



HAL
open science

La contribution des usages d'un portefeuille d'outils de gestion à l'hybridation de rôle: le cas des cadres de santé à l'hôpital public

Marc-Antoine Jacob

► To cite this version:

Marc-Antoine Jacob. La contribution des usages d'un portefeuille d'outils de gestion à l'hybridation de rôle: le cas des cadres de santé à l'hôpital public. Gestion et management. Université Grenoble Alpes [2020-..], 2023. Français. NNT: 2023GRALG005 . tel-04629934

HAL Id: tel-04629934

<https://theses.hal.science/tel-04629934v1>

Submitted on 1 Jul 2024

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

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

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

École doctorale : EDSG- Sciences de gestion

Spécialité : Sciences de Gestion

Unité de recherche : Centre d'Etudes et de Recherches appliquées à la gestion

La contribution des usages d'un portefeuille d'outils de gestion à l'hybridation de rôle: le cas des cadres de santé à l'hôpital public

The place of management tool's portofolio uses in the hybridization of roles: the case of nurse managers at public hospital

Présentée par :

Marc-Antoine JACOB

Direction de thèse :

Annick VALETTE

PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Grenoble Alpes

Directrice de thèse

Rapporteurs :

Célia LEMAIRE

PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Lyon 3 Jean Moulin

Irène GEORGESCU

PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université de Montpellier

Thèse soutenue publiquement le **11 décembre 2023**, devant le jury composé de :

Annick VALETTE

PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Grenoble Alpes

Directrice de thèse

Célia LEMAIRE

PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Lyon 3 Jean Moulin

Rapporteuse

Irène GEORGESCU

PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université de Montpellier

Rapporteuse

Christian DEFELIX

PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université Grenoble Alpes

Président

Benoît JOURNE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Nantes Université

Examineur



L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Celles-ci doivent être considérées comme propres à leur auteur.

A Léa,

A Auguste, Alix, Léopold et Côme,

**La contribution des usages d'un portefeuille d'outils de
gestion à l'hybridation des rôles : le cas des cadres de santé
à l'hôpital public**

Université Grenoble-Alpes / CERAG

REMERCIEMENTS

A l'issue de ces presque quatre années de parcours doctoral, l'accomplissement de cette thèse est dû à beaucoup d'entre vous.

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement ma directrice de thèse, Annick, pour sa guidance éclairée, sa patience infinie ainsi que son expertise du monde hospitalier et des rôles organisationnels, précieuses tout au long de ces années. Ses conseils judicieux, sa disponibilité constante, sa passion pour la recherche et la qualité de ses relectures ont été déterminants pour la réussite de ce travail. Annick, je te suis également infiniment reconnaissant pour ta sympathie et ton intérêt pour les événements familiaux qui ont ponctué mes années de thèse.

Je tiens également à remercier bien sincèrement les membres de mon jury. Merci au Professeur Irène Georgescu d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse et d'avoir discuté avec beaucoup d'intérêt, de bienveillance et de rigueur scientifique une de mes communications au colloque ARAMOS à Genève en novembre 2022. Je suis très reconnaissant au Professeur Celia Lemaire qui, en plus d'avoir accepté la charge de rapporteur de cette thèse, a toujours été très attentionnée envers moi, notamment en décalant des créneaux de présentation lors du colloque de l'AFC en juin 2023 à Lyon pour s'adapter à mes contraintes familiales. Pour tout cela, je te remercie vivement Celia. Au Professeur Christian Defelix, j'adresse mes remerciements pour avoir accepté de participer à mon jury et pour ses remarques pertinentes lors la présentation de l'avancée de mes travaux au CERAG. Au Professeur Benoît Journée j'adresse mes remerciements et je suis heureux qu'il ait accepté d'être membre du jury de cette thèse. Merci Benoît pour tes encouragements tout au long de ces années, merci pour la qualité des tes cours lors du master recherche à l'ESCP qui ont confirmé mon souhait de faire une thèse, merci pour ton amitié et la qualité de nos relations comme collègues à l'IAE Nantes.

J'ai une pensée soutenue pour les doctorants ou dorénavant docteurs avec qui j'ai échangé ou travaillé, à Grenoble, à Nantes, à Genève, à Lyon, à Paris ou ailleurs. Votre collaboration et votre camaraderie ont été précieuses.

Je remercie également mes collègues et amis de l'IAE Nantes, qui pour certains savent ce qu'est être PRAG et doctorant. Qu'ils reçoivent ma reconnaissance sincère pour nos rires souvent, pour notre désarroi parfois face à l'évolution de la situation dans cet IAE que nous aimons, pour les échanges et les discussions autour de mes sujets de recherche. Vous m'avez tous aidé et je remercie en particulier Hélène, Zahra, François, Benoit, Sophie, Catherine, Pascal, Agnès, Nathalie, Mathias, Annette, Sandra, Stéphanie, Alain, Hanh, Sandrine, Céline, Laetitia, Florence et aussi bien sûr Max, qui me guide et me soutient de là-haut.

Cette thèse est aussi une étape attendue de la part d'un normalien. Je suis extrêmement reconnaissant à l'Ecole Normale Supérieure de Paris Saclay pour la qualité de la formation reçue pendant les 4 années passées au département Economie-Gestion. J'en garde des connaissances solides et des amitiés fortes. Merci à tous mes enseignants de l'ENS, en particulier Sabine Sépari, qui a confirmé mon goût pour les sciences de gestion en particulier durant l'année de prépa agreg. J'ai noué des relations nombreuses avec des normaliens de ma promo ou d'autres, nous avons beaucoup échangé sur nos parcours, nos thèses en cours ou achevées pour certains : ils m'ont été précieux pendant cette thèse. Je pense en particulier à Astrid, qui partage avec moi l'expérience d'avoir une famille nombreuse, d'être PRAG et de mener une thèse en parallèle : je te souhaite beaucoup de succès dans la suite de ton parcours de thèse. Mes amis de promo sont nombreux, mais je distingue en particulier Matthieu et Julien, (je n'oublie pas Ariane et Betty) : votre amitié n'a jamais failli depuis notre rencontre en 1^{ère} année d'ENS. Vous avez accompagné mon mariage comme témoins, la naissance de mes enfants comme parrains et également cette thèse : je vous en remercie infiniment.

Le soutien, la patience et la joie de vivre de mes amis ont été précieux. Vous êtes nombreux, et vous citer serait donc long, mais je vous exprime ma gratitude pour tous ces dîners, bars, restos et fêtes que nous avons partagés. Certains d'entre vous ont connu personnellement ce parcours doctoral, d'autres non, mais vous avez tous pris soin constamment de me demander comment avançait ma thèse et si la fin était proche. Ça y est, c'est maintenant !

Je tiens à exprimer tous mes remerciements à ma famille pour son soutien indéfectible, ses encouragements et son amour constant. Vous avez été ma source d'inspiration tout au long de ce parcours académique. Je remercie ma maman, qui m'a toujours encouragé à développer ma curiosité et a valorisé les différentes étapes de mon parcours scolaire et académique. Je remercie mes frères et mes sœurs, pour leur amour, nos rires, nos discussions et l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail. Enfin, rien ne serait possible sans mon épouse et mes enfants. Léa, je te remercie

pour ton amour, ta patience, ton souci constant de me rendre heureux et d'épanouir nos enfants. Cette thèse a été pour toi synonyme de sacrifice, de travail, d'abnégation : je te remercie infiniment pour tous les efforts que tu as consentis, tout en t'efforçant toi-même professionnellement de concilier et d'hybrider tes rôles soignant et gestionnaire. Je suis heureux d'être désormais plus disponible pour notre vie familiale et je te suis très reconnaissant d'avoir été autant présente pour notre famille. Enfin, mes enfants ont ponctué cette thèse, puisque trois d'entre eux sont venus au monde durant ces quatre années. Merci Auguste, Léopold et Côme de vos sourires, de vos succès, de votre amour sincère et de votre joie de vivre qui donnent un sens à chaque chose. Vous êtes, avec votre maman, ma raison de vivre, d'espérer et de croire. Mon Alix, toi qui es née et t'es envolée au Ciel au début de cette thèse, tu n'as eu de cesse de me guider et de veiller sur moi. Merci à toi pour toutes les grâces que tu nous envoies.

SOMMAIRE

Introduction générale- Panser le budget ou budgétiser les soins : le dilemme du cadre de santé à l'hôpital public	15
0.1. Une problématique issue de la tension entre les rôles organisationnels gestionnaire et soignant dévolus aux cadres de santé à l'hôpital dans un climat d'<i>accountability</i>	16
0.2. Formulation de la question de recherche et de sous-questions	21
0.3. Présentation de l'approche et du terrain de la recherche	23
0.4. Objectifs de la thèse	23
0.5. Architecture de la thèse	27
Partie I- Cadre contextuel et théorique	30
Chapitre 1- De la notion d'outil de gestion à l'étude des usages situés d'un portefeuille d'outils de gestion à l'hôpital public	33
1.1. De l'outil de gestion au portefeuille d'outils : éléments de définition	34
1.1.1 Eléments de définition des outils de gestion	34
1.1.2. Focus sur la notion de portefeuille d'outils de gestion.....	40
1.2. Au sein d'un panorama d'approches théoriques des outils de gestion : inscription dans une perspective néo-institutionnelle.....	45
1.3. Vers une approche située des usages des outils de gestion à l'hôpital public	54
1.3.1. Notion d'usage situé des outils de gestion.....	54
1.3.2. Typologies des rôles et des usages des outils de gestion dans la littérature ...	58
1.3.3. Typologie des usages situés des outils de gestion	65
1.3.4. Le découplage : un usage spécifique des outils de gestion mis en évidence par une approche néo-institutionnelle de l'hôpital	72
Chapitre 2- L'hybridation des rôles des cadres de santé à l'hôpital public : quelle place pour les usages d'un portefeuille d'outils de gestion	78
2.1. Être cadre de santé à l'hôpital public : des rôles à hybrider à l'interface de groupes professionnels séparés par des frontières professionnelles fortes.....	79
2.1.1. L'hôpital : une organisation pluraliste conférant une position pivot aux cadres de santé	79
2.1.1.1. L'hôpital : une organisation marquée par un pluralisme institutionnel.....	79
2.1.1.2. Les cadres de santé : une position pivot qui nécessite de favoriser la coopération en jouant sur les frontières professionnelles de l'hôpital	83

2.1.1.3. Tenir les rôles des cadres de santé à l'hôpital suppose un travail frontière	86
2.1.2. Les cadres de santé, des managers publics soumis à des rôles en tension.....	89
2.1.2.1. Les cadres de santé : des managers publics qui tiennent deux rôles en tension	89
2.1.2.2. Spécificités des rôles des cadres de santé liés à l'hôpital public	93
2.2. Le New Public Management : des pressions fortes à la performance qui façonnent les pratiques des cadres de santé, et donc leurs usages du portefeuille.....	98
2.2.1. Les réformes hospitalières issues du New Public Management : impact sur les rôles des cadres de santé.....	98
2.2.1.1. Les réformes issues du New Public Management et leurs effets sur la gouvernance hospitalière et le rôle des cadres de santé	99
2.2.1.2. Embedded agency : le comportement des cadres de santé comme un compromis entre des pressions institutionnelles fortes et leur capacité de réflexivité	108
2.2.2. Panorama des pressions institutionnelles exercées sur les cadres de santé à l'hôpital public	112
2.2.3. Du contexte d' <i>accountability</i> induit par le NPM à l' <i>accountingization des hôpitaux</i>	120
2.2.3.1. Origine et définitions de l' <i>accountability</i>	120
2.2.3.2. Place des outils de gestion dans l'hybridation des rôles des cadres de santé	123
Partie II- Méthodologie et épistémologie.....	136
Chapitre 3- Une recherche inscrite dans un paradigme interprétativiste.....	137
3.1. Création du design de recherche.....	137
3.2. Première approche de l'épistémologie	140
3.3. Choix du paradigme interprétativiste et de la démarche de recherche qualitative et compréhensive.....	142
3.3.1. Panorama des paradigmes épistémologiques existants	142
3.3.2. Choix du paradigme épistémologique interprétativiste	146
3.3.3. Choix d'une démarche qualitative.....	153
3.3.4. Une approche compréhensive induite par le paradigme interprétativiste.....	155
Chapitre 4- L'étude de cas du CHU TONUS.....	158
4.1. La collecte des données : des entretiens, des observations et des données secondaires..	158
4.1.1. La sélection de l'échantillon et la constitution du guide d'entretien	158
4.1.2. La réalisation des entretiens	164

4.2.	Le traitement des données	167
4.2.1.	Méthode d'analyse qualitative retenue.....	167
4.2.2.	Démarche d'analyse du contenu	168
Partie III- Résultats.....		179
Chapitre 5- Un portefeuille d'outils de gestion associé à des usages protéiformes qui structurent les rôles organisationnels et les frontières professionnelles à l'hôpital.....		182
5.1.	Présentation du portefeuille d'outils de gestion des effectifs et de son développement..	182
5.1.1.	Le contexte de la gestion des effectifs au CHU TONUS	182
5.1.2.	Histoire du développement d'un portefeuille d'outils de gestion devenu incontournable	186
5.1.3.	Présentation du portefeuille d'outils de gestion des effectifs du CHU TONUS	193
5.1.3.1.	PLUME.....	196
5.1.3.2.	CARYOTYPE	197
5.1.3.3.	SAISON.....	199
5.1.3.4.	AVENIR	200
5.1.3.5.	PHARE	202
5.1.3.6.	LUMIERE	205
5.2.	Typologie des usages, qualitatifs et quantitatifs, des outils de gestion des effectifs	211
5.2.1.	Le pilotage quotidien	211
5.2.2.	La prévision	219
5.2.3.	L'évaluation.....	224
5.2.4.	La légitimation.....	232
5.2.5.	Le découplage.....	240
5.2.6.	La traduction.....	248
5.3.	Les usages du portefeuille d'outils de gestion : des moyens pour les cadres de tenir leur(s) rôle(s) en répondant aux pressions tout en faisant valoir leur marge de liberté	259
5.3.1.	Des usages du portefeuille d'outils de gestion au service du rôle gestionnaire des cadres	259
5.3.2.	Des usages du portefeuille d'outils de gestion au service de l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé.....	262
5.4.	User du portefeuille d'outils de gestion dans les situations complexes de gestion des effectifs.....	273
5.4.1.	Les usages du portefeuille au service de la gestion au sein du groupe des cadres de santé.....	273

5.4.2.	Les usages du portefeuille au service d'une gestion pluri professionnelle des effectifs	278
5.5.	Les conséquences des usages du portefeuille sur les frontières professionnelles.....	287
5.5.1.	Des usages du portefeuille d'outils de gestion qui estompent les frontières professionnelles	288
5.5.1.1.	L'estompement des délimitations physiques entre groupes professionnels	291
5.5.1.2.	L'estompement des délimitations cognitives entre groupes professionnels	291
5.5.1.3.	L'estompement des délimitations relationnelles entre groupes professionnels	293
5.5.1.4.	L'estompement des délimitations structurelles entre groupes professionnels	294
5.5.2.	Des usages du portefeuille d'outils qui renforcent les frontières entre les différents groupes professionnels de l'hôpital	295
5.5.2.1.	Le renforcement des délimitations physiques entre groupes professionnels	298
5.5.2.2.	Le renforcement des délimitations cognitives entre groupes professionnels	299
5.5.2.3.	Le renforcement des délimitations relationnelles entre groupes professionnelles	300
5.5.2.4.	Le renforcement des délimitations structurelles entre les groupes d'acteurs	301
5.5.3.	Des usages du portefeuille qui ont pour conséquence d'étendre le périmètre d'influence d'un groupe professionnel.....	302
5.5.3.1.	L'extension du périmètre physique des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels	304
5.5.3.2.	Un usage du portefeuille qui étend du périmètre cognitif des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels	305
5.5.3.3.	L'extension du périmètre relationnel des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels	306
5.5.3.4.	Des usages du portefeuille qui étendent le périmètre structurel des cadres de santé	306
5.6.	Variables explicatives des usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs.....	309
5.6.1.	La maîtrise technique des outils de gestion	310
5.6.1.1.	L'ancienneté dans la fonction d'encadrement influence le niveau de maîtrise technique des outils	311

5.6.1.2. Existence d'une expérience de « faisant fonction » de cadre de santé détermine le niveau de maitrise technique des outils	313
5.6.1.3. La proximité culturelle du cadre de santé aux outils influe sur leur degré de maitrise technique.....	314
5.6.2. Le souhait de carrière du cadre utilisateur	318
5.6.2.1. Absence de souhait d'ascension professionnelle.....	318
5.6.2.2. Souhait d'évolution de carrière modérée	323
5.6.2.3. Souhait d'ascension professionnelle élevée	326
5.6.3. Le mode d'appropriation des outils de gestion par les cadres de santé.....	332
5.6.3.1. Perspective d'appropriation rationnelle.....	333
5.6.3.2. Perspective d'appropriation sociopolitique	335
5.6.3.3. Perspective d'appropriation cognitive	339
5.6.3.4. Perspective d'appropriation symbolique	341
Partie IV- Discussion.....	350
Chapitre 6- Les usages du portefeuille d'outils de gestion : des vecteurs d'hybridation des rôles.....	354
6.1. Une hybridation des rôles instrumentée par les usages du portefeuille d'outils de gestion	356
6.2. Les caractéristiques du portefeuille d'outils de gestion au cœur de la dynamique d'hybridation des rôles	360
6.2.1. La modularité du portefeuille	360
6.2.2. La polyvalence du portefeuille : un répertoire d'usages possibles.....	365
6.2.2.1. Les usages instrumentaux du portefeuille d'outils de gestion : vecteurs du rôle gestionnaire	366
6.2.2.2. Les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion : vecteurs d'hybridation des rôles	368
6.2.3. La conception initiale et continue du portefeuille d'outils de gestion : un atout pour l'hybridation des rôles des cadres de santé	376
6.3. Des variables personnelles des utilisateurs du portefeuille d'outils de gestion favorisant leur hybridation de rôles.....	378
6.3.1. Le niveau de maitrise technique du portefeuille d'outils de gestion par les utilisateurs	379
6.3.2. Les souhaits de carrière du cadre de santé.....	379
6.3.3. La perspective d'appropriation des outils du portefeuille	380
6.3.3.1. Appropriation rationnelle du portefeuille d'outils.....	381
6.3.3.2. Appropriation sociopolitique du portefeuille d'outils de gestion.....	382

6.3.3.3. Appropriation cognitive du portefeuille d'outils de gestion.....	384
6.3.3.4. Appropriation symbolique des outils du portefeuille	385
6.4 Une hybridation dynamique permise par les usages du portefeuille d'outils de gestion.....	388
Chapitre 7- User du portefeuille d'outils de gestion pour conduire un travail frontière.....	397
7.1. Des usages du portefeuille d'outils de gestion mis en œuvre au sein d'espaces de discussion	399
7.2. Usages instrumentaux d'évaluation dans un espace de discussion entre cadres : un travail frontière ultérieur nécessaire	403
7.3. Usages sociopolitiques du portefeuille et espace de discussion interprofessionnel : un travail frontière préalable à l'hybridation.....	406
7.4. Trois modalités du travail sur les frontières professionnelles permises par les usages du portefeuille d'outils de gestion	410
7.4.1. Le travail frontière collaboratif.....	413
7.4.2. Le travail frontière conservateur.....	415
7.4.3. Le travail frontière extensif	417
Partie V- Contributions théoriques et managériales et conclusion	422
Chapitre 8- Contributions théoriques et managériales de la recherche.....	423
8.1. Apports théoriques.....	423
8.2. Apports managériaux.....	428
Chapitre 9- Conclusion générale, limites et perspectives de la recherche.....	432
BIBLIOGRAPHIE	438
Liste des abréviations.....	472
Liste des tableaux	474
Liste des figures.....	475

Introduction générale- Panser le budget ou budgétiser les soins : le dilemme du cadre de santé à l'hôpital public

SOMMAIRE DE L'INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale- Panser le budget ou budgétiser les soins : le dilemme du cadre de santé à l'hôpital public	15
0.1. Une problématique issue de la tension entre les rôles organisationnels gestionnaire et soignant dévolus aux cadres de santé à l'hôpital dans un climat d'<i>accountability</i>	16
0.2. Formulation de la question de recherche et de sous-questions	21
0.3. Présentation de l'approche et du terrain de la recherche	23
0.4. Objectifs de la thèse	23
0.5. Architecture de la thèse	27

0.1. Une problématique issue de la tension entre les rôles organisationnels gestionnaire et soignant dévolus aux cadres de santé à l'hôpital dans un climat d'*accountability*

Depuis les années 1990, de très nombreuses organisations publiques ont connu une évolution profonde de leur fonctionnement consistant en une maîtrise budgétaire accrue d'une part et en une modification de la gouvernance et des attentes portées sur les managers de ces organisations d'autre part. Le *New Public Management* (Hood, 1991, 1995) a touché en particulier les hôpitaux, les obligeant à transformer leurs pratiques tant au Royaume Uni (Llewellyn et Northcott, 2005), qu'en Italie (Jacobs et *al.*, 2004; Jacobs, 2005), qu'aux Etats-Unis (Chua et Degeling, 1993; Preston, 1992) ou bien encore dans les pays scandinaves (Blomgren, 2003; Kurunmäki, 1999, 2004) et également en France. Les réformes issues du *New Public Management* ont pour visée de rétablir la confiance des contribuables dans le management des organisations publiques (Laufer et Burlaud, 1997) en améliorant leur efficacité, leur efficience et leur responsabilité (Drevet, 2017 ; Steccolini, 2019).

En France, la demande croissante de soins liée au vieillissement de la population, le développement de technologies médicales de plus en plus élaborées et onéreuses, l'aggravation du déficit de la Sécurité Sociale ont conduit à l'émergence d'une Nouvelle Gouvernance Hospitalière (Claveranne, 2003). Dès lors, les hôpitaux, et les managers qui y évoluent, doivent rendre compte de leur gestion pour prouver qu'ils se conforment, en apparence ou dans les faits, aux pressions à l'amélioration de la performance qui émanent des institutions. Cette nouvelle gouvernance hospitalière invite les managers des hôpitaux, et singulièrement les cadres de santé, à adopter des méthodes managériales et des outils comptables standardisés pour prouver leur effort d'efficience dans l'usage des ressources humaines (Flachere et Habran, 2019) d'une part, mais aussi à s'engager dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins d'autre part, qui se matérialise notamment pour l'obligation faite aux hôpitaux de connaître des processus de contrôle de la qualité comme l'accréditation (Triantafillou, 2014 ; Vega, 2022).

Ainsi, la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » (HPST) de 2009 prévoit notamment la réorganisation des hôpitaux publics en pôles dirigés par un trio d'acteurs (médecin chef de pôle, cadre soignant de pôle et cadre administratif). Ces acteurs, dont les cadres de santé, voient leur rôle gestionnaire renforcé puisqu'ils doivent respecter des objectifs financiers, résumés dans les

contrats de pôle passés avec la direction générale, et se justifier de l'atteinte ou non des objectifs fixés au moyen d'outils de gestion. D'un autre côté, la loi HPST entend promouvoir la qualité et la sécurité des soins en rendant obligatoire la publication d'indicateurs relatifs à la qualité des soins. Le pilotage de la qualité des soins est dévolu par la loi HPST notamment à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques pour les paramédicaux, dont la supervision est assurée par le coordinateur générale des soins et toute l'équipe des cadres de santé. Ainsi donc, le travail des cadres de santé est marqué par la coexistence de deux rôles attendus d'eux, gestionnaire d'un côté et soignant de l'autre, qui peuvent entrer en tension l'un avec l'autre. Les actions nécessaires pour tenir le rôle soignant, tels que prévoir un *slack* d'effectif afin de favoriser la qualité des soins (Altintas et Royer, 2009 ; Barreda et *al.*, 2022) et préserver des temps de concertation pluridisciplinaire par exemple ; sont parfois contradictoires avec les besoins du rôle gestionnaire (ne pas remplacer l'absentéisme afin de restreindre la masse salariale).

D'une part, les cadres de santé sont investis d'un rôle gestionnaire, les invitant à se focaliser sur la gestion efficiente des ressources humaines paramédicales et à être économes dans la gestion de l'absentéisme en particulier, via des mesures internes (non remplacement, mutualisation de personnel entre plusieurs services, auto remplacement) plutôt que de recourir à des mesures externes plus coûteuses, comme le recrutement externe ou l'intérim (Achmet et Commeiras, 2018). Les réformes successives instaurent à l'hôpital public des contraintes financières visant à réduire le *slack* de ressources humaines (Naro et Travaillé, 2020). Ce rôle gestionnaire qui met en œuvre une « *régulation par les coûts* » (Alphonse-Tilloy et *al.*, 2021), implique l'usage d'outils de gestion qui constitue « *un moyen privilégié d'activation de nouveaux apprentissages* » (Aggeri et Hatchuel, 1997, p.1). Toutefois, recourir à des outils de gestion ne signifie pas pour autant que les cadres de santé ne se les approprient facilement ni qu'ils s'alignent avec la logique convoyée par les outils. La littérature indique que la seule « *absorption de connaissances comptables* » (Ostergren, 2009) par des acteurs non financiers comme les cadres de santé ne suffit pas à les rendre capables d'identifier les leviers d'actions permettant d'améliorer la performance financière de leur unité. L'usage d'outils de gestion ne garantit pas une modification des pratiques (Flachère et Habran, 2019) des cadres de santé en faveur de mesures de restriction budgétaire. Le rôle gestionnaire dévolu aux cadres de santé invite ces derniers à focaliser leur action sur la communauté paramédicale, dont ils assurent le management via le recours à des outils de gestion, afin de restreindre la masse paramédicale dont ils ont la responsabilité.

D'autre part, la direction des hôpitaux, les équipes médicales et paramédicales attendent également des cadres de santé un rôle soignant, soit une implication dans le pilotage de la qualité des soins, dans la préservation de temps de concertation pluridisciplinaire des équipes, dans l'affectation ciblée par compétence des personnels paramédicaux aux différents postes de travail ou encore dans la réflexion sur les parcours des patients : ce rôle soignant invite à prévoir un *slack* d'effectif (Barreda et al., 2022) et à travailler en coopération avec les différents groupes professionnels de l'hôpital. Bien que l'hôpital soit une organisation particulièrement segmentée en différents groupes professionnels, le rôle soignant des cadres de santé, en particulier les missions d'amélioration de la qualité des soins, le pilotage des compétences individuelles de l'équipe ou encore l'animation d'une unité ou d'un pôle hospitalier, nécessite de faire coopérer plusieurs groupes d'acteurs. A l'hôpital, les différents groupes professionnels sont séparés par des frontières professionnelles particulièrement prégnantes (Abbott, 1988), qui distinguent les acteurs par leurs objectifs, leurs pratiques professionnelles et leur vision de l'hôpital : l'amélioration de la qualité des soins et la concertation pluriprofessionnelle implique donc d'agir sur ces frontières professionnelles pour faire agir de concert les différents acteurs de l'hôpital. Ainsi, le rôle soignant des cadres de santé implique d'améliorer la qualité des soins et de susciter la coopération interprofessionnelle à l'hôpital, en décloisonnant l'organisation et en agissant sur les frontières professionnelles, particulièrement prégnante à l'hôpital, afin de les rendre moins rigides.

Face aux rôles en tension qui sont dévolus aux cadres de santé à l'hôpital public, plusieurs modalités de gestion des tensions existent, parmi lesquelles la sélection d'acteurs socialisés préalablement aux différents mondes porteurs des logiques qu'ils doivent hybrider, le recours à des ressources cognitives, matérielles et politiques spécifiques afin de dépasser les tensions ou encore l'hybridation des rôles tenus (Valette et al., 2018). Tenir un rôle hybride de professionnel-gestionnaire présente en effet de nombreuses difficultés (Burellier et Valette, 2011) : l'hybridation attendue des rôles n'entraîne pas nécessairement une hybridation des rôles tenus. Les professionnels hospitaliers se caractérisent par une grande variabilité dans la façon dont ils reçoivent ce paradoxe entre le besoin de satisfaire une demande de soins croissante et complexe avec la limitation grandissante des dépenses de santé (Valette et Burellier, 2014) : un phénomène de diffraction s'observe tant dans la réception de ces tensions que dans leur traitement (Valette et al., 2018). Conscient que la gestion des tensions de rôles n'est pas uniforme selon les acteurs, nous souhaitons investiguer le processus d'hybridation des rôles

tenus, entendu comme le renouvellement de la manière de relier et de transformer réciproquement (Flachère et Habran, 2019, p. 125) les rôles gestionnaire et soignant incarnés par les cadres de santé.

Afin de mieux comprendre l'exigence de combiner des rôles en tension, il convient de mettre en avant le fait que les réformes issues du New Public Management ont instauré un climat d'*accountability* à l'hôpital public (Barreda, 2018) : les managers sont en permanence tenus de rendre compte de leur travail au moyen d'indicateurs produits par des outils de gestion. Le recours aux outils de gestion n'a rien d'évident pour des managers comme les cadres de santé qui doivent à la fois promouvoir la qualité des soins et la réflexion pluridisciplinaire sur le travail hospitalier (rôle soignant) et restreindre la masse salariale afin de respecter un contexte budgétaire toujours plus contraint (rôle gestionnaire).

La fréquentation du terrain de notre recherche, le CHU TONUS, nous a permis de soulever progressivement cette tension entre les différents rôles tenus par les cadres de santé à l'hôpital public. Parmi les nombreux prismes d'analyse qui s'offrent au chercheur pour étudier la façon dont les rôles sont tenus, non-tenus, transformés, reliés ou encore hybridés par les cadres de santé, il nous a semblé que l'étude des usages des outils de gestion était fondamentale. En effet, les cadres de santé déclarent tous que le recours à ces outils de gestion est omniprésent dans leur travail, et que ceux-ci peuvent alternativement leur permettre de tenir leurs rôles, ou au contraire qu'ils entravent ou rendent complexe la tenue d'un ou des deux rôle(s) qui leur sont dévolu(s). Cette recherche se focalise sur les usages d'un ensemble d'outils de gestion des effectifs interconnectés entre eux, soit un portefeuille d'outils de gestion (Amans et *al.*, 2020 ; Mazars-Chapelon, 2010). Etudier les usages des outils de gestion peut permettre d'appréhender la façon dont les acteurs tiennent leur(s) rôle(s) et mobilisent des logiques institutionnelles (Drevet, 2017 ; Gilbert et *al.*, 2023). La littérature insiste sur le potentiel des outils de gestion, en particulièrement s'ils sont eux-mêmes hybridés et qu'ils facilitent un travail au contact des différents groupes d'acteurs, au-delà des frontières professionnelles qui les séparent, pour aider les professionnels-managers hospitaliers à mettre en œuvre l'hybridation de leurs rôles : « *Lorsque les systèmes d'informations et les dispositifs d'incitation sont eux-mêmes déjà hybridés, qu'il y a possibilité de rendre des comptes sur les enjeux paradoxaux plutôt que des comptes partiels à des acteurs qui s'ignorent, que des dispositifs facilitent l'insertion et l'échange entre individus de différentes fonctions et métiers, la gestion des paradoxes semble alors facilitée* » (Valette et *al.*, 2018)

Ainsi, l'étude des usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs, qui constituent une matérialisation possible du travail des cadres de santé, peut permettre de comprendre comment les cadres de santé peuvent s'en saisir pour favoriser l'hybridation de leurs rôles dans un contexte d'*accountability* à l'hôpital public rendant de plus en plus complexe la tenue des rôles gestionnaire et soignant. Nous portons la focale sur les rôles tenus par les cadres de santé, et non pas sur les rôles prescrits, dans la mesure où notre recherche se fonde sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'une quarantaine de managers paramédicaux d'un centre hospitalo-universitaires français, complété de vingt demi-journées d'observation et de la collecte de données secondaires. Ainsi, nous cherchons à accéder à la façon dont les cadres de santé tiennent leurs rôles gestionnaire et soignant à l'hôpital public ainsi qu'à comprendre si les usages d'un portefeuille d'outils de gestion des effectifs peuvent favoriser la tenue de ces rôles voire leur hybridation. Les différentes réformes de l'hôpital public ont tendance, comme cela a été souligné précédemment, à renforcer les attentes de rôles, tant gestionnaire que soignant, à l'égard des cadres de santé, ce qui contribue à renforcer les tensions entre les deux. Nous mobilisons dans cette recherche le concept de l'agence enchâssée, ou *embedded agency* (Garud et al., 2007), qui permet d'appréhender les rôles tenus par les cadres de santé à travers leurs usages d'un portefeuille d'outils de gestion des effectifs comme un compromis entre les pressions institutionnelles qui s'exercent sur eux, c'est-à-dire les rôles organisationnels attendus d'eux par les différents groupes d'acteurs de l'hôpital, et leur capacité à dévier, à s'aligner, à recombinaison ou encore à hybrider ces rôles attendus du fait de leur réflexivité propre. Le travail des cadres de santé à l'hôpital public suppose donc de parvenir, dans certaines situations et face à certains interlocuteurs, à s'investir dans l'hybridation de leurs rôles tenus, entendu comme un processus visant à relier et à transformer en permanence des rôles organisationnels de plus en plus en tension. Notre travail de recherche entend étudier la façon dont les usages d'un portefeuille d'outils de gestion des effectifs, omniprésent dans le travail des cadres de santé, peut favoriser cette hybridation des rôles.

La question de recherche qui structure notre travail est donc la suivante :

Comment les usages d'un portefeuille d'outils de gestion peuvent-ils favoriser l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant tenus par les cadres de santé à l'hôpital public ?

0.2. Formulation de la question de recherche et de sous-questions

La question de recherche formulée précédemment présente un intérêt majeur pour plusieurs raisons. D'une part, elle fait référence à une tension. En effet, les cadres de santé sont majoritairement occupés par des tâches de confection de plannings et de gestion des effectifs (Achmet et Commeiras, 2018), qui sont effectuées dans l'immédiateté et de manière incessante (Bourgeon, 2013) : cela oblige les cadres de santé à focaliser de plus en plus leur attention et leur travail sur la communauté paramédicale, dans une logique d'efficacité et de maîtrise de la masse salariale. Ce rôle gestionnaire des cadres de santé, tourné vers la gestion des ressources humaines paramédicales dans une perspective de réduction des coûts, se renforce à chaque nouvelle réforme affectant l'hôpital public.

D'autre part, il est également attendu des cadres de santé qu'ils mènent des activités au long cours, ayant pour objectif d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients et de favoriser des temps de réflexion pluridisciplinaire sur les parcours de soins, ce qui fait appel au rôle soignant des cadres. A ce titre, les cadres de santé sont tenus de susciter la coopération entre les différents groupes professionnels, ce qui suppose de mener à long terme des activités impliquant l'ensemble des professionnels de l'hôpital, à l'instar de la rédaction d'un projet de service, le pilotage des compétences individuelles et collectives ou encore la réflexion sur les parcours proposés aux patients. Là encore, les récentes réformes de l'hôpital public renforcent les attentes à l'égard du rôle soignant des cadres de santé, en introduisant notamment des indicateurs de suivi de la qualité des soins et de recueil des événements indésirables service par service, afin de responsabiliser les cadres de santé sur ces questions.

Ces deux rôles organisationnels confiés aux cadres de santé semblent donc s'opposer par leur temporalité (court terme voire immédiateté versus long terme), par les interlocuteurs en lien avec lesquels ils sont menés (échanges entre cadres de santé et / ou avec les professionnels paramédicaux versus l'ensemble des groupes professionnels) et également par les logiques institutionnelles auxquelles ils font appel (gestionnaire versus soignante). Les cadres de santé sont donc au centre de tensions entre leur rôle soignant et leur rôle gestionnaire (Riviere, 2022 ; Adriaenssens et *al.*, 2017) : ces tensions se faisant de plus en plus fortes au fil des réformes qui se succèdent à l'hôpital public. La transition d'un professionnel de santé vers une rôle gestionnaire oblige à entamer un travail de conciliation d'attentes multiples afin de parvenir à une hybridation de rôles (Iedema et *al.*, 2003 ; Hallier et Forbes, 2004). Alors que les travaux

relatifs à l'hybridation se focalisent principalement sur des niveaux d'analyse macro et méso (Flachere et Habran, 2019), un besoin se fait jour de recherche orientées vers l'étude des microprocessus par lesquels l'hybridation se développe (Battilana et *al.*, 2017). En particulier, la littérature appelle à étudier les conditions permettant à des acteurs moins étudiés que les médecins managers de favoriser l'hybridation des rôles (McGivern et *al.*, 2015, p. 413 ; Hoff, 2000). L'intérêt d'étudier les usages d'un portefeuille d'outils de gestion pour comprendre dans quelle mesure ceux-ci peuvent favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé est donc majeur compte tenu des besoins exprimés dans la littérature.

Par ailleurs, les usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs sont nécessairement spécialisés pour certains, car concentrés sur l'ajustement technique des maquettes et des plannings des personnels paramédicaux en temps réel, et transversaux pour d'autre, puisqu'ils doivent aussi permettre d'évaluer la qualité des soins ou d'identifier une stratégie pertinente pour l'unité, au regard du profil des patients accueillis, des compétences détenues par l'ensemble des groupes professionnels et de la situation médico-financière de l'unité. Il est donc pertinent d'étudier comment ces usages variés peuvent incarner les rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé, et dans quelle mesure ils peuvent favoriser l'hybridation de ces rôles.

Compte tenu de ces éléments, la question peut être décomposée en sous-questions de recherche relatives aux usages des outils de gestion et aux conséquences de ces usages sur l'organisation.

- Quels sont les différents usages des outils de gestion des effectifs par les cadres de santé, à la fois dans une dimension qualitative et quantitative ?
- Quels facteurs influencent les usages des outils de gestion par les cadres de santé ?
- Comment l'hybridation des rôles organisationnels tenus par les cadres de santé peut-elle être menée par les usages d'un portefeuille d'outils de gestion ?
- Comment les usages du portefeuille d'outils peuvent-ils permettre aux cadres de santé de conduire l'hybridation de leurs rôles tout en répondant aux attentes de plus en plus différentes qui pèsent sur eux, en tenant compte de la pluralité d'acteurs, de situations et de logiques en œuvre à l'hôpital public ?

0.3. Présentation de l'approche et du terrain de la recherche

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons mené un travail de terrain via une observation non participante (vingt demi-journées), la conduite de quarante et un entretiens semi-directifs auprès de managers paramédicaux et la collecte de données secondaires au sein du CHU TONUS, hôpital public français. Notre méthodologie est qualitative et nous nous situons dans une approche épistémologique interprétativiste. Le CHU TONUS est le premier employeur de sa région, il dispose d'équipements techniques de pointe et emploie en 2022 plus de 13 000 professionnels, dont 3 000 professionnels médicaux et 6 800 paramédicaux. Le CHU TONUS dispose de son propre Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) qui forme une quarantaine de cadres de santé chaque année, dont entre six et dix collaborateurs du CHU TONUS (les autres étudiants cadres de santé sont issus de centres hospitaliers de la région). L'accès au terrain a été facilité par notre intervention comme enseignant dans le master délivré aux étudiants cadres de santé au sein de l'IFCS du CHU TONUS. Nos observations et les entretiens réalisés ont eu pour ambition de comprendre comment les cadres de santé utilisent le portefeuille d'outils de gestion des effectifs, dans quels buts et selon quelles temporalités. Nous avons également cherché à identifier comment ces usages du portefeuille d'outils peuvent permettre aux cadres de santé de tenir les rôles gestionnaire et soignant, et les conditions permettant à ces cadres de santé de s'en saisir pour favoriser l'hybridation de leurs rôles.

0.4. Objectifs de la thèse

De nombreux objectifs, tant théoriques qu'empiriques, sont associés à ce travail doctoral.

Au niveau théorique, cette thèse entend apporter une contribution à la littérature en comptabilité et en contrôle afin de mieux identifier les différents usages d'un portefeuille d'outils de gestion et les facteurs qui influencent ces usages. Ce travail doctoral entend également relier ces connaissances issues de la comptabilité et du contrôle avec des travaux plus organisationnels, afin de saisir comment les usages d'un portefeuille d'outils de gestion peuvent contribuer à l'hybridation des rôles à l'hôpital public dans un contexte où les tensions entre les rôles gestionnaire et soignant s'accroissent. La notion d'hybridation ayant été beaucoup étudiée à un niveau d'analyse macro et méso, des travaux récents pointent la nécessité de développer des modèles dédiés aux microprocessus favorisant l'hybridation (Flachère et Habran, 2019 ;

Battilana et *al.*, 2017 ; McPherson et Sauder, 2013). Nous répondons donc à cette lacune. La littérature portant sur l'hybridation des rôles fait état d'un besoin de recherche portant sur les modalités de mise en œuvre de l'hybridation des rôles par les acteurs de l'hôpital (McGivern et *al.*, 2015) : nous proposons d'étudier la contribution des usages d'un portefeuille d'outils de gestion des effectifs au processus d'hybridation des rôles tenus par les cadres de santé, dans un contexte où les rôles gestionnaire et soignant attendus d'eux sont de plus en plus en tension. Des travaux récents (Flachère et Habran, 2019) mettent en avant l'importance de la conception des outils, des espaces d'échange favorisés par le recours aux outils ou encore le fait de relier évaluation financière et activité opérationnelle comme facteurs favorisant l'hybridation des rôles à l'hôpital public. Nous enrichissons donc cette arène théorique en identifiant les différents usages possibles d'un portefeuille d'outils par les cadres de santé à l'hôpital public, et en montrant dans quelle mesure ces différents usages peuvent permettre de favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé à l'hôpital.

Premièrement, la littérature en comptabilité et en contrôle fait état du manque de travaux permettant d'élaborer des typologies, tant qualitatives (qu'est-il fait avec l'outil ?) que quantitatives (à quelle temporalité et dans quelles occasions cet usage de l'outil a-t-il lieu ?). des usages des outils de gestion (Petit et Lux, 2020 ; Hussenot, 2006). Notre recherche améliorera donc la connaissance des usages situés des outils de gestion (Annisette et Richardson, 2011 ; Moriniere et Georgescu, 2021), dans le cadre du contexte spécifique des cadres de santé tenus d'incarner des rôles en tension à l'hôpital public. En effet, si la littérature managériale décrit différents usages des outils de gestion (Burchell et *al.*, 1980 ; Hofstede, 1981 ; Ansari et Euske, 1987 ; Simons, 1990) et certaines régularités dans ceux-ci, il faut noter que ces travaux doivent s'inscrire dans le contexte organisationnel au sein duquel les usages ont lieu. L'hôpital partage les spécificités des organisations publiques (Guthrie et Parker, 2017), comme le fait que les enjeux de légitimité et de communication d'un groupe d'acteurs vis-à-vis des autres groupes professionnels y soient plus prégnants que dans le secteur privé (Verrier, 1989 ; Petit et Lux, 2020), puisque les objectifs y sont particulièrement complexes et ambigus (Rainey et Bozeman, 2000). Les usages des outils de pilotage de la performance dans un contexte d'organisation publique sont modifiés par le fait qu'au-delà de leur fonction première, ils doivent aussi participer à construire la légitimité de son utilisateur (Franco-Santos et *al.*, 2007 ; Spekle et Verbeeten, 2014), c'est-à-dire donner à voir que les acteurs se conforment aux attentes de rôles qu'expriment leurs interlocuteurs à leur égard. En plus de cette dimension des

outils de gestion comme contributeurs à la communication et à la construction de légitimité d'acteurs vis-à-vis d'autres groupes professionnels, il faut tenir compte du fait que les utilisateurs des outils qui y sont ici étudiés sont des cadres de santé. Ceux-ci sont des professionnels de santé qui ont souhaité évoluer vers une fonction de manager. Les usages des outils de gestion par les cadres de santé sont des moyens de mettre en œuvre leur rôle gestionnaire, notamment lorsque les usages des outils ont pour but de vérifier que les effectifs déployés respectent le budget de remplacé alloué ; et/ ou leur rôle soignant, lorsque le portefeuille d'outils est utilisé afin d'améliorer la qualité des soins ou d'attribuer les paramédicaux disposant de compétences particulières à des patients nécessitant des soins complexes. Ces spécificités influencent nécessairement les usages des outils de gestion par les cadres de santé au sein des hôpitaux : il convient donc d'ancrer cette recherche dans une vision située des outils de gestion (Morinière et Georgescu, 2021 ; Amans et *al.*, 2020 ; Jerman et *al.*, 2020, Annisette et *al.*, 2017 ; Annisette et Richardson, 2011 ; Annisette et Trivedi, 2013 ; Chenhall et *al.*, 2013). La littérature est assez lacunaire pour décrire les différents usages des outils de gestion au sein d'organisations pluralistes, à l'exception des travaux dédiés aux usages des outils de gestion par les directeurs d'établissements médico-sociaux (Lux, 2013) ou par des directeurs d'hôpital (Petit et Lux, 2020). A notre connaissance, aucune recherche ne s'est intéressée aux différents usages des outils de gestion des effectifs à l'hôpital public par les cadres de santé : notre travail vise donc à répondre à cette lacune.

Deuxièmement, la plupart des recherches en contrôle dédiées aux usages portent sur un outil de gestion en particulier. Nous nous inscrivons dans un courant de la recherche en contrôle qui entend porter la focale sur le recours à un portefeuille d'outils de gestion (Amans et *al.*, 2020 ; Mazars-Chapelon, 2010), dans la mesure où l'analyse du recours à divers outils de gestion interconnectés permet de mieux appréhender la façon dont ces usages contribuent à incarner différents rôles, logiques et valeurs. L'étude des usages d'un portefeuille d'outils de gestion a été faite dans le secteur culturel (Amans et *al.*, 2020 ; Mazars-Chapelon, 2010), dans une régie d'eau (Camous et *al.*, 2022 ; Eggricks et *al.*, 2022), à l'université (Boitier et Rivière, 2016 ; Vogel et *al.*, 2023) ou encore dans l'habitat social (Laguecir et *al.*, 2020). Nous souhaitons enrichir la littérature en proposant une recherche dédiée aux usages d'un portefeuille d'outils de gestion des effectifs à l'hôpital public, afin de donner à voir comment ceux-ci peuvent contribuer à l'hybridation des rôles des cadres de santé.

Troisièmement, au-delà d'expliquer comment les usages d'un portefeuille d'outils contribue à l'hybridation des rôles des cadres de santé, il importe de comprendre les facteurs qui influencent

les différents usages du portefeuille d'outils. Nonobstant le modèle d'acceptation des technologies (Davis et *al.*, 1989) qui connaît des applications dans le secteur de la santé (Hung et *al.*, 2012), il existe peu de travaux permettant d'identifier les facteurs explicatifs d'un type d'usage d'un outil en particulier, à l'exception d'une recherche quantitative sur les variables favorisant un usage donné d'un outil de gestion par des directeurs d'établissements médico-sociaux (Lux, 2019). Notre travail ambitionne de répondre à ce besoin en identifiant les facteurs techniques et personnels (liés aux utilisateurs) qui permettent d'expliquer les différents usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs.

En plus des objectifs de contributions théoriques qui viennent d'être exposées, ce travail doctoral poursuit plusieurs objectifs empiriques.

Premièrement, il y a un intérêt à donner à voir aux membres du CHU TONUS les différents usages des outils de gestion des effectifs réalisés par les cadres de santé. En effet, parmi les outils de gestion des effectifs étudiés au long de ce travail doctoral, l'un d'entre eux (PLUME) est commercialisé par une entreprise multinationale de services du numérique qui en cessera la distribution en 2024. La direction générale, la direction des ressources humaines et la direction des soins infirmiers du CHU TONUS sont donc désireuses de connaître les divers usages des outils de gestion par les cadres de santé, et leurs facteurs explicatifs, afin de pouvoir établir un cahier des charges pertinent pour la détermination du nouvel outil qui sera amené à remplacer PLUME.

Deuxièmement, dans un contexte de désaffection des professionnels de santé pour la fonction de cadre de santé, au motif notamment d'une difficulté ressentie à répondre aux différentes attentes d'interlocuteurs multiples, notre recherche permet d'identifier des leviers dont les cadres de santé peuvent se saisir afin de recourir au portefeuille d'outils de gestion à leur disposition de façon à faciliter l'hybridation de leurs rôles. Nos résultats sont donc susceptibles de déjouer le fatalisme exprimé par de nombreux acteurs de l'hôpital quant à l'impossibilité de concilier les différents rôles des cadres de santé et d'identifier les processus par lesquels le recours à un portefeuille d'outils de gestion peut contribuer à hybrider ces rôles et à le faire savoir aux autres groupes professionnels de l'hôpital.

Troisièmement, la connaissance des différents usages des outils de gestion des effectifs par les cadres paramédicaux présente un intérêt pour tous les enseignants-chercheurs (dont l’auteur de cette thèse) qui assurent des cours dans les masters dédiés à la formation des cadres au sein des Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS). En effet, alors que les étudiants cadres de santé expriment généralement une réticence forte face à l’apprentissage des disciplines comptables et financières (celles-ci étant souvent associées aux pressions à la réduction des coûts qu’ils subissent dans les hôpitaux), nos résultats ambitionnent de faire comprendre que les différents usages d’un portefeuille d’outils de gestion peuvent être favorables aux cadres de santé. Ceux-ci sont en mesure de leur permettre d’hybrider les différents rôles qui leur sont dévolus et ainsi de répondre aux attentes spécifiques de différents interlocuteurs dans des situations variées.

0.5. Architecture de la thèse

TABLEAU 1- ARCHITECTURE DE LA THESE

Etat de l’art	<p>Partie I- Cadre contextuel et théorique</p> <p>Chapitre 1- De la notion d’outils de gestion à l’étude des usages situés d’un portefeuille d’outils de gestion à l’hôpital public</p> <p>Chapitre 2- L’hybridation des rôles des cadres de santé à l’hôpital public : quelle place pour les usages d’un portefeuille d’outils de gestion</p> <p>Partie II- Méthodologie et épistémologie</p> <p>Chapitre 3- Une recherche inscrite dans un paradigme interprétativiste</p> <p>Chapitre 4- L’étude de cas du CHU TONUS</p>
---------------	---

<p>Résultats empiriques et contributions</p>	<div data-bbox="486 600 1390 651" data-label="Section-Header"> <p>Partie III- Résultats de la recherche</p> </div> <div data-bbox="502 707 1374 875" data-label="Text"> <p>Chapitre 5- Un portefeuille d’outils de gestion associés à des usages protéiformes qui structurent les rôles organisationnels et les frontières professionnelles de l’hôpital</p> </div> <div data-bbox="486 987 1390 1039" data-label="Section-Header"> <p>Partie IV- Discussion</p> </div> <div data-bbox="502 1099 1374 1267" data-label="Text"> <p>Chapitre 6- Les usages du portefeuille d’outils de gestion : des vecteurs d’hybridation des rôles en tension des cadres de santé à l’hôpital public</p> </div> <div data-bbox="502 1379 1374 1547" data-label="Text"> <p>Chapitre 7- Incarner des rôles hybrides et une position pivot : le travail frontière mené par les cadres de santé au moyen du portefeuille d’outils de gestion</p> </div> <div data-bbox="486 1603 1390 1655" data-label="Section-Header"> <p>Partie V- Contributions de la recherche et conclusion</p> </div> <div data-bbox="502 1715 1374 1794" data-label="Text"> <p>Chapitre 8- Contributions théoriques et managériales</p> </div> <div data-bbox="502 1895 1374 1951" data-label="Text"> <p>Chapitre 9- Conclusion générale, limites et perspectives</p> </div>
--	--

Partie I- Cadre contextuel et théorique

La première partie de ce travail a pour vocation de présenter le cadre contextuel et théorique dans lequel s'inscrit cette recherche. Le cadre théorique néo-institutionnel qui irrigue notre travail sera décliné de deux façons.

Tout d'abord, nous commençons par étudier les outils de gestion, avant d'évoluer vers le notion de portefeuille d'outils de gestion. Puis, après avoir dressé un panorama des approches théoriques relatives aux outils de gestion, nous justifions notre choix du prisme néo-institutionnel. Enfin, nous ancrons notre recherche dans une approche située des usages d'un portefeuille d'outils de gestion : les caractéristiques de l'organisation hospitalière dans lesquels nous étudions les usages d'un portefeuille d'outils de gestion seront étudiées, de même que les spécificités liées aux cadres de santé utilisateurs.

Puis, nous orienterons la revue de littérature vers les travaux mettant en lumière la place des usages des outils de gestion dans le processus d'hybridation de rôles. La position pivot des cadres de santé à l'hôpital public sera évoquée, de même que le fait que deux rôles organisationnels en tension sont attendus d'eux. Nous focalisons notre recherche sur les rôles tenus par les cadres de santé par l'intermédiaire de leurs usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs. La lecture de la situation au prisme du concept d'*embedded agency* permet de comprendre que les rôles tenus les cadres de santé sont un compromis entre les pressions institutionnelles qu'exercent sur eux les différents groupes d'acteurs de l'hôpital (rôles attendus) et leur capacité de réflexivité qui les poussent à tenir, à ne pas tenir, à relier, à découpler ou bien encore à enclencher l'hybridation de leurs rôles tenus, dans un concept où les tensions entre les rôles gestionnaire et soignant sont croissantes. Nous terminerons par mettre en avant les différentes réformes issues du New Public Management qui exacerbent les tensions entre les rôles gestionnaire et soignant pour les cadres de santé.

SOMMAIRE DE LA PARTIE 1

Partie I- Cadre contextuel et théorique	30
Chapitre 1- De la notion d’outil de gestion à l’étude des usages situés d’un portefeuille d’outils de gestion à l’hôpital public	33
1.1. De l’outil de gestion au portefeuille d’outils : éléments de définition	34
1.1.1 Eléments de définition des outils de gestion	34
1.1.2. Focus sur la notion de portefeuille d’outils de gestion.....	40
1.2. Au sein d’un panorama d’approches théoriques des outils de gestion : inscription dans une perspective néo-institutionnelle.....	45
1.3. Vers une approche située des usages des outils de gestion à l’hôpital public	54
1.3.1. Notion d’usage situé des outils de gestion.....	54
1.3.2. Typologies des rôles et des usages des outils de gestion dans la littérature ...	58
1.3.3. Typologie des usages situés des outils de gestion	65
1.3.4. Le découplage : un usage spécifique des outils de gestion mis en évidence par une approche néo-institutionnelle de l’hôpital	72
Chapitre 2- L’hybridation des rôles des cadres de santé à l’hôpital public : quelle place pour les usages d’un portefeuille d’outils de gestion	78
2.1. Être cadre de santé à l’hôpital public : des rôles à hybrider à l’interface de groupes professionnels séparés par des frontières professionnelles fortes.....	79
2.1.1. L’hôpital : une organisation pluraliste conférant une position pivot aux cadres de santé 79	
2.1.1.1. L’hôpital : une organisation marquée par un pluralisme institutionnel.....	79
2.1.1.2. Les cadres de santé : une position pivot qui nécessite de favoriser la coopération en jouant sur les frontières professionnelles de l’hôpital	83
2.1.1.3. Tenir les rôles des cadres de santé à l’hôpital suppose un travail frontière	86
2.1.2. Les cadres de santé, des managers publics soumis à des rôles en tension.....	89
2.1.2.1. Les cadres de santé : des managers publics qui tiennent deux rôles en tension	89
2.1.2.2. Spécificités des rôles des cadres de santé liés à l’hôpital public	93
2.2. Le New Public Management : des pressions fortes à la performance qui façonnent les pratiques des cadres de santé, et donc leurs usages du portefeuille.....	98
2.2.1. Les réformes hospitalières issues du New Public Management : impact sur les rôles des cadres de santé.....	98

2.2.1.1. Les réformes issues du New Public Management et leurs effets sur la gouvernance hospitalière et le rôle des cadres de santé	99
2.2.1.2. Embedded agency : le comportement des cadres de santé comme un compromis entre des pressions institutionnelles fortes et leur capacité de réflexivité	108
2.2.2. Panorama des pressions institutionnelles exercées sur les cadres de santé à l'hôpital public	112
2.2.3. Du contexte d' <i>accountability</i> induit par le NPM à l' <i>accountingization des hôpitaux</i>	120
2.2.3.1. Origine et définitions de l' <i>accountability</i>	120
2.2.3.2. Place des outils de gestion dans l'hybridation des rôles des cadres de santé	123

Chapitre 1- De la notion d'outil de gestion à l'étude des usages situés d'un portefeuille d'outils de gestion à l'hôpital public

Les réformes hospitalières qui se succèdent depuis plus de deux décennies, évoquées plus haut, ont comme constante d'instaurer dans les organisations de santé le recours à des outils de gestion nouveaux afin de moderniser le système de régulation (Claveranne, 2003). Les autorités mettent en avant plusieurs objectifs pour justifier le déploiement de cette instrumentation de gestion : amélioration de la qualité des soins, responsabilité des acteurs de l'hôpital et également maîtrise des dépenses de santé dans un contexte de restriction budgétaire majeure. Cette instrumentation se met en œuvre au moyen d'outils de gestion variés, définis comme tout signe (unité porteuse de sens), technique ou savoir-faire qui oriente et facilite une action collective (de Vaujany, 2006).

Si le terme d'outil de gestion est mobilisé ici, il n'est pourtant pas le signifiant unique utilisé dans la littérature managériale. Les chercheurs utilisent en effet des vocables multiples : « *l'instrument de gestion* » (Soler, 1993), « *l'innovation managériale* » (Kimberly, 1981), les « *machines de gestion* » (Girin, 1981); « *modèle de gestion* » (Hatchuel et Moisdon, 1993), « *dispositif de gestion* » (Gilbert et Raulet-Croset, 2021 ; Moisdon, 1997) ou encore « *appareil gestionnaire* » (Hatchuel et Weil, 1992). Nous commencerons par définir l'outil de gestion avant de porter la focale sur la notion de portefeuille d'outils de gestion. Puis, une revue des principales approches théoriques des outils de gestion sera réalisée et il sera montré pourquoi cette recherche s'inscrit dans une approche néo institutionnelle des outils de gestion. Enfin, la notion d'usage situé des outils de gestion sera détaillée afin de contextualiser l'étude des usages d'un portefeuille d'outils de gestion des effectifs par les cadres de santé à l'hôpital public.

1.1. De l'outil de gestion au portefeuille d'outils : éléments de définition

1.1.1 Éléments de définition des outils de gestion

Le terme d'outil est emprunté au champ lexical du travail manuel. Selon le dictionnaire Trésor de la Langue Française, un outil désigne « *un objet fabriqué, utilisé manuellement, doté d'une forme et de propriétés physiques adapté à un procédé de production déterminé et permettant de transformer l'objet de travail selon un but fixé* ». Il apparaît donc qu'un outil est un instrument pouvant revêtir des formes multiples, afin de servir un objectif en particulier. En poursuivant cette définition, l'outil représente alors un ustensile indispensable au travail de l'artisan, ou plus généralement de l'acteur, voire un prolongement de sa main (Gilbert, 1998)

Dans le prolongement de la théorie *behavioriste* de la firme développée par Cyert et March (1963), une analyse comportementale des outils de gestion se fait jour à partir des années 1980 (Gilbert et Mourey, 2021, p.12). Au sein des organisations, un outil de gestion est donc un instrument déployé afin de faciliter l'atteinte d'un objectif, notamment la performance de cette organisation. Ainsi, contrairement à la dimension matérielle de l'outil artisanal ou industriel, l'outil de gestion peut prendre une forme dématérialisée, et bien entendu numérique. Dans les organisations actuelles, et à l'hôpital en particulier, les outils de gestion sont légion, promus en particulier par des réformes managériales ou encore par des cabinets de conseil en stratégie ou en organisation. Logiciels de gestion de paye, fichiers de suivi de l'absentéisme, outils de gestion des plannings, tableurs permettant de simuler rapidement la masse salariale nécessaire à la création d'une nouvelle activité, matrices stratégiques, outils comptables et financiers : tous ces outils de gestion structurent les organisations au quotidien, y compris l'hôpital public.

Bien que les outils de gestion soient particulièrement nombreux et intégrés par les acteurs dans leur travail quotidien, y compris à l'hôpital, il n'existe pas pour autant de définition univoque. Plusieurs acceptions s'entendent en effet pour appréhender le terme d'outil de gestion. Parmi celles-ci, on peut retenir qu'un outil de gestion est « *un dispositif formalisé permettant l'action collective* » (David, 1998). Cette définition pose l'idée qu'un outil de gestion est nécessairement formalisé, et qu'il peut donc être reconnu par des utilisateurs différents car il possède une forme précise. Dans la même perspective, l'outil de gestion est

également décrit par Moisdon (1997) comme « *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* ». Dans le cadre de notre recherche, toutes les entités formalisées, qui permettent d'instaurer un raisonnement face à des situations de gestion rencontrées à l'hôpital à partir de l'analyse de différentes données constituent donc des outils de gestion.

Au CHU TONUS, les outils de gestion utilisés sont très nombreux. En effet, les objectifs poursuivis par les acteurs de l'hôpital étant pluriels, l'instrumentation de gestion est prolifique. De surcroît, pour répondre à un même objectif, comme assurer la gestion des effectifs paramédicaux, il existe plusieurs outils, chacun d'entre eux véhiculant une vision spécifique de la situation de gestion. Ainsi, certains outils conçoivent les équipes paramédicales comme des éléments d'une masse salariale à ne pas dépasser, tandis que d'autres outils les interprètent comme des compétences spécifiques à mettre en regard du profil des patients accueillis et d'autres encore comme des effectifs à déployer pour respecter un ratio de soignant par rapport au nombre de malades pris en charge. Ces différents outils concourent tous au même objectif de gestion des effectifs paramédicaux, mais ils convoient des variables différentes pour cela. Les spécificités du terrain de notre recherche nous conduisent donc à retenir les définitions de Vaujany (2006) et Moisdon (1997), qui décrivent l'outil de gestion comme pouvant être un ensemble d'outils ou encore comme la mise en relation de différentes variables afin de réaliser des actes de gestion. Nous retiendrons cette acception du terme outil de gestion, de façon à comprendre que cette notion peut en réalité rassembler différentes formalisations qui incorporent des variables et des notions plurielles pour faciliter la conduite de l'action collective.

De surcroît, il est possible d'enrichir la compréhension de ce terme en rappelant que Gilbert (2006) entend par outil de gestion « *tout moyen, conceptuel ou matériel, doté de propriétés structurantes, par lequel une personne engagée dans un processus de gestion, à la fois acteur social et sujet psychologique, poursuivant certains buts organisationnels, dans un contexte donné, met en œuvre une technique de gestion* ».

Il ressort différentes caractéristiques communes à ces définitions de l'outil de gestion. Tout d'abord, l'outil de gestion est toujours un moyen formalisé, utilisé par un acteur humain, afin de structurer son travail dans le but d'atteindre des objectifs. La définition de Gilbert est plus engagée, puisqu'elle fait apparaître l'idée que l'outil de gestion ne peut être compris

indépendamment de son environnement. Cette mise en évidence du contexte organisationnel d'une part et du rôle de l'acteur qui l'utilise d'autre part, dans la définition de l'outil de gestion est fondamentale dans notre recherche. En effet, l'outil de gestion est toujours socialement situé. Dans notre travail doctoral, le contexte organisationnel hospitalier et le fait que les utilisateurs soient des cadres de santé s'entremêlent pour structurer les usages des outils de gestion. Ces derniers ne peuvent être appréhendés en les séparant de leur contexte et des acteurs qui les utilisent. Le caractère situé des outils de gestion est rappelé par Gilbert (1998): "*L'appellation d'outil a peut-être pour avantage de mettre en avant 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*". Or, comme le rappelle Colasse (1996), il faut se détourner d'une vision passive de l'outil de gestion, qui tendrait à le comprendre comme "*un auxiliaire neutre au service d'une volonté stratégique*", dénué "*d'épaisseur ou d'autonomie*" (Aggeri et Labatut, 2014). Il convient ici de se détacher d'une conception « *représentationniste et computationnelle* » des outils de gestion, qui voit ces derniers comme des instruments agissant indépendamment des acteurs qui les utilisent, induisant des résultats prévisibles et déterministes. Cette vision, dans laquelle s'inscrit entièrement l'image des organisations vues comme des machines (Morgan, 1998), postule que l'acteur n'agit en aucun cas sur l'outil dans cette hypothèse, seul l'environnement formaterait l'outil, qui dicterait alors l'action à ses utilisateurs. Nous nous détournons de cette vision postulant que « *l'outil, déterminé par les données réelles de l'action, « reflet » de situations génériques, produirait à son tour des conséquences pratiques, par exemple des décisions de la part des acteurs, de façon productible et déterministe* » (Lorino, 2002).

A l'opposé, la conception « *pragmatique et sémiotique* » (Lorino, 2002) sous-entend que l'outil de gestion ne peut être appréhendé seul, indépendamment de son contexte et de ses utilisateurs. Cette conception s'inscrit dans des perspectives offertes par des travaux réalisés en psychologie de la connaissance, en psychologie du travail ou encore en ergonomie. Cette conception est qualifiée de sémiotique, car l'outil de gestion est assimilable à un signe ; et également de pragmatique, car l'outil est nécessairement un signe d'action, un instrument permettant l'action. Lorino (2002) identifie, comme pour tous les signes, une nécessaire double nature de l'outil. L'outil est à la fois « *un objet, un artefact engagé dans l'action* » (*ibid*) d'une part, et également « *un schème d'action, un concept, dans la pensée du sujet* » (*ibid*). Précisons ici que le schème d'action constitue un protocole d'action, une façon prédéterminée de réagir face à un type de situation particulier. Lorino (2002) définit ce schème d'action comme « *un concept, un schème*

mental, fondé sur l'expérience, de nature opératoire (il associe des opérations à des fins attendues). Il est pensé pour être applicable de manière générique à toute une famille de situation ». L'intérêt de la vision pragmatique et sémiotique des outils de gestion est de considérer à la fois l'outil lui-même, comme artefact, mais aussi le protocole mental, la prédisposition à l'action induite par cet outil sur l'acteur qui l'utilise. Dans cette optique, les outils de gestion sont alors « *des éléments incorporés au comportement et à l'action des acteurs de l'organisation* » (Lorino, 2002). On comprend alors que la connaissance ne réside pas dans l'outil seul, mais qu'elle est construite par l'acteur lorsqu'il utilise l'outil, mettant en œuvre des schèmes d'action et reflétant son expérience. L'outil est alors construit en permanence par ses usages, car il ne peut être compris qu'en intrication avec son utilisateur, dans un contexte social donné. En outre, puisqu'utiliser l'outil revient à mettre en œuvre un schème d'action, il convient d'étudier la nature des réactions qui sont instaurées chez l'utilisateur par l'outil lorsqu'il est mis en œuvre dans une organisation complexe. En effet, alors que l'hôpital poursuit des objectifs très différents, notamment la maîtrise des dépenses de personnel d'une part et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins d'autre part, considérer que l'outil contient un schème d'action revient à comprendre qu'en utilisant l'outil, l'acteur va appliquer un mode d'action unique dans un environnement soumis à des attentes diverses. Dès lors, les usages de l'outil conduisent les utilisateurs à arbitrer entre des attentes variées, ou bien à incarner une approche hybridant les différents rôles et attentes qui s'exercent à son égard.

Comme tous les acteurs dans les organisations, les cadres de santé mobilisent au quotidien des outils de gestion. Il semble illusoire, au regard de la classification des outils de gestion détaillée plus tôt, de considérer que l'on peut comprendre le sens donné par les acteurs aux outils de gestion dans leur travail en recourant à une vision représentationniste. Aussi, nous développerons dans cette thèse des idées s'inscrivant toutes dans une optique pragmatique et sémiotique, considérant que l'outil est à la fois un artefact et un schème d'action. Ainsi, même si les outils de gestion des effectifs influencent le raisonnement de gestion des cadres de santé, ceux-ci se saisissent aussi de ces outils en étant influencés par leurs valeurs professionnelles, par leurs rôles organisationnels et par les différentes logiques institutionnelles qui prévalent à l'hôpital.

Pour mieux comprendre l'outil de gestion, la description de ses composantes s'impose. Hatchuel et Weil (1992) considèrent ainsi que l'outil de gestion est le produit de trois composantes en interaction : le substrat technique, la philosophie gestionnaire et une vision simplifiée des relations organisationnelles.

Le substrat technique correspond à l'abstraction nécessaire au fonctionnement de l'outil, à l'artefact sur lequel est établi l'outil. Le substrat technique correspond donc au support sur lequel repose concrètement l'outil (Gilbert, 1998), à une réalité objective qui permet de localiser l'outil (Chiapello et Gilbert, 2013). Aujourd'hui, de nombreux outils de gestion prennent la forme d'un substrat numérique (tableurs, logiciels, applications...). En ce qui concerne l'ensemble des outils de gestion des effectifs utilisé au CHU TONUS, son substrat technique réside dans des tableurs informatiques qui sont à disposition des managers.

La philosophie gestionnaire désigne l'esprit dans lequel a été conçu l'outil. Cette notion de philosophie gestionnaire peut être rapprochée de l'idée de Chiapello et Gilbert (2013) qui attribue à chaque outil de gestion une dimension fonctionnelle, et donc une finalité organisationnelle. Dans cette optique, les auteurs indiquent que l'outil de gestion doit servir un intérêt, le plus souvent la performance de l'organisation. Dans une organisation privée, la philosophie gestionnaire est orientée vers la rentabilité, tandis que de nombreuses organisations publiques à l'instar de l'hôpital, ont développé des outils dont la philosophie gestionnaire est plutôt axée vers l'efficacité de l'usage des ressources afin d'atteindre l'équilibre budgétaire. L'assemblage d'outils de gestion des effectifs du CHU TONUS procède d'une double philosophie, liée au contexte de sa conception. En effet, le cadre paramédical qui a développé ce portefeuille d'outils de gestion entendait à la fois permettre aux cadres de santé de respecter un impératif d'efficacité budgétaire, en mesurant la consommation de masse salariale associée aux différents choix de gestion, mais aussi en leur offrant la possibilité de piloter la qualité des soins à travers le portefeuille.

Enfin, **une vision simplifiée des relations organisationnelles** est incorporée dans chaque outil de gestion. Ce dernier prévoit donc les différents rôles qu'il doit permettre à ses utilisateurs de jouer et les acteurs de l'organisation avec qui ils seront en interaction. Là encore, cette dimension de l'outil de gestion rappelle que ce dernier ne peut être pleinement appréhendé que de façon située dans un contexte organisationnel donné et en lien avec des acteurs et utilisateurs identifiés. L'ensemble d'outils de gestion des effectifs est ici conçu afin de permettre aux cadres de santé d'assurer leurs missions, tout en étant en mesure d'utiliser le portefeuille afin d'entrer en relation, par des moyens diversifiés, avec les autres groupes professionnels de l'hôpital, pour mener à bien leurs différentes missions, notamment celles qui impliquent une coopération interprofessionnelle. L'outil de gestion étudié s'inscrit donc dans une relation qui place les cadres de santé dans une position pivot à l'hôpital, en leur laissant la possibilité d'utiliser

certaines modules du portefeuille afin d'entrer en relation, selon des processus variés, avec l'ensemble des autres groupes professionnels.

Ainsi donc, ces différents éléments de définition et de caractérisation des outils de gestion, appliquées à l'assemblage d'outils de gestion des effectifs utilisés au CHU TONUS, mettent en exergue le caractère structurant de l'outil sur la conduite et le rôle des utilisateurs, tout comme les utilisateurs et l'environnement dans lequel ils évoluent structurent l'outil.

Parmi les différents éléments de définition des outils de gestion, nous retenons qu'un outil de gestion est toujours un dispositif formalisé qui constitue un « *schéma de raisonnement reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation* » (Moisdon, 1997). Selon la vision sémiotique et pragmatique (Lorino, 2002) dans laquelle nous inscrivons notre recherche, il convient de prendre en considération l'environnement dans lequel l'outil est utilisé. Ainsi, à l'hôpital où les objectifs, les attentes et les interlocuteurs sont pluriels, utiliser un outil de gestion présente l'avantage de prendre en compte des variables protéiformes afin de construire un raisonnement le plus large possible, permettant d'intégrer les différents objectifs, attentes et interlocuteurs. De surcroît, l'outil de gestion constitue également « un schème d'action » (Lorino, 2002), structurant le comportement de l'utilisateur face à une situation de gestion rencontrée. Or, l'ensemble des outils de gestion des effectifs utilisés au CHU TONUS est associé à une philosophie gestionnaire (Hatchuel et Weil, 1992) qui pousse les utilisateurs à intégrer à la fois l'impératif d'efficience dans le recours aux ressources humaines mais également le pilotage continu de la qualité et de la sécurité des soins. De surcroît, la vision simplifiée des relations organisationnelles (*ibid*) incorporée dans l'assemblage d'outils de gestion des effectifs du CHU TONUS place les cadres de santé dans une position pivot à l'hôpital public, en leur donnant les moyens à travers les outils de gestion des effectifs de mener à bien leurs missions en interagissant avec les différents groupes professionnels de l'hôpital.

Il apparaît donc que les outils de gestion des effectifs du CHU TONUS sont de nature à permettre d'intégrer des contraintes, rôles et attentes pluriels à l'hôpital public, et à structurer le comportement des cadres de santé qui les utilisent de manière à déclencher chez eux une conduite qui tienne compte de ces différents enjeux. De surcroît, les spécificités de la philosophie gestionnaire et de la vision simplifiée des relations incorporées dans ces outils

de gestion des effectifs du CHU TONUS positionnent les cadres de santé dans une position pivot à l'hôpital, les incitant à conduire leur action en interagissant avec les différents groupes professionnels de l'hôpital de façon à développer une gestion efficiente des ressources humaines tout en pilotant la qualité et la sécurité des soins.

Dans cette section, les caractéristiques des outils de gestion ont été identifiées. Nous avons ancré notre travail dans une approche pragmatique et sémiotique (Lorino, 2002), qui insiste sur l'importance de la prise en considération de l'environnement dans l'étude des outils de gestion. Or, au CHU TONUS, les cadres de santé n'utilisent pas un outil de gestion de manière isolée pour assurer leur travail, mais ils recourent à un ensemble d'outils de gestion des effectifs interconnectés. L'analyse isolée d'un outil semble donc insuffisante, et il convient de porter notre intérêt sur la notion de portefeuille d'outils de gestion.

1.1.2. Focus sur la notion de portefeuille d'outils de gestion

Les spécificités de notre terrain de recherche (le CHU TONUS) impliquent de porter la focale sur un ensemble d'outils de gestion des effectifs, interconnectés entre eux, qui méritent d'être étudié globalement. En effet, au-delà de toutes les caractéristiques des outils mises en avant par la littérature, les outils de gestion évoluent rarement de manière isolée (Detchessahar et Journe, 2007). Les contributions théoriques récentes conduisent à mettre en avant l'intérêt d'étudier les outils de gestion, et de contrôle de gestion singulièrement, de manière holistique (Gourbier et *al.*, 2022 ; Camous et *al.*, 2022 ; Amans et *al.*, 2020 ; Otley, 2016 ; Chenhall, 2003). Dans notre travail doctoral, nous nous intéresserons à l'ensemble des outils de gestion des effectifs à la disposition des cadres de santé d'un CHU, qui sont interconnectés. Cet assemblage gestionnaire correspond exactement à la définition du portefeuille d'outils de gestion, donnée par Amans et *al.* (2020), dans le prolongement des travaux de Detchessahar et Journe (2007) et Mazars-Chapelon (2010). Au sein d'un portefeuille, il existe divers outils qui agissent entre eux à l'image d'un système (Amans et *al.*, 2020), selon les objectifs visés et le niveau de structuration de l'action (Rabardel, 2005). La littérature considère en effet qu'un ensemble de dispositifs constitue un système de contrôle de gestion lorsqu'il présente une « *cohérence interne* » (correspondant à la situation où la valeur d'un outil ou d'une pratique de gestion dépend de l'usage d'un autre outil ou d'une autre pratique selon Grabner et Moers, 2013), lorsque les différents outils sont interdépendants et que les concepteurs ont

intentionnellement produit ces interdépendances (Tahar, 2020 ; Van der Kolk, 2019 ; Grabner et Moers, 2013). L'ensemble des outils de gestion des effectifs déployés au CHU TONUS s'inscrit donc entièrement dans les critères de définition du portefeuille, ou du système, d'outils de gestion. Il présente en effet une cohérence interne, puisque la modification des données dans un outil modifie les données contenues dans l'ensemble des autres outils, et les différents outils sont interdépendants, puisque pour exécuter une tâche avec un outil il est nécessaire d'avoir préalablement complété les informations dans les autres outils. Enfin, le concepteur du portefeuille d'outils de gestion des effectifs du CHU TONUS a conçu ces interdépendances à dessein, pour inciter les cadres paramédicaux à utiliser l'entièreté de la palette d'outils de gestion.

De manière générale, le portefeuille d'outils de gestion désigne l'ensemble des éléments de contrôle et de pilotage qui sont interconnectés et peuvent donner lieu entre eux à des relations bénéfiques (transfert d'informations présentes dans un outil nécessaires au fonctionnement d'un autre outil) ou au contraire à des relations nuisibles (Van der Kolk et Schokker, 2016 ; Grabner et Moers, 2013 ; Järvenpää et Lämsiluoto, 2011) telles que la redondance ou le découplage. Au sein d'un portefeuille d'outils de gestion, ces derniers peuvent être substituables ou bien complémentaires (Mazars-Chapelon, 2010). Dans le portefeuille d'outils de gestion utilisé au sein du CHU TONUS, chaque outil permet de réaliser une tâche bien différente, mais l'une des tâches est toujours un prérequis pour pouvoir en effectuer une autre : les outils sont donc complémentaires.

Le nombre de configurations potentielles d'un portefeuille d'outils de gestion étant infini (Sandelin, 2008), la littérature est riche de tentatives d'élaboration de typologies de ces packages ou portefeuilles d'outils de gestion, couramment appelés systèmes de contrôle de gestion. Une des premières définitions qui apparaît dans la littérature en contrôle est celle de Simons (1995) qui définit les systèmes de contrôle de gestion comme « *des routines et procédures managériales utilisées pour maintenir ou modifier les activités et objectifs organisationnels* ». Ces typologies se fondent sur différents critères de différenciations des portefeuilles à l'instar de l'objet du contrôle (Van der Kolk, 2019 ; Cäker et Siverbo, 2011), du degré d'autonomie accordé aux utilisateurs du portefeuille (Bedford et Malmi, 2015) ou encore selon le caractère formel ou informel du contrôle (Evans et Tucker, 2015). La littérature s'inscrivant dans une approche située des outils de gestion met en avant le fait qu'un portefeuille d'outils de gestion est contingent aux caractéristiques internes et externes de l'organisation au sein duquel il est mis en place (Bedford et Malmi, 2015). Il a en effet été mis en avant que trois

facteurs influencent les caractéristiques d'un portefeuille d'outils de gestion (Meyssonnier et Zawadzki, 2008) : la volonté des acteurs (qui correspond à un facteur subjectif), la qualité technique des outils (facteur objectif) et enfin les situations de gestion rencontrées (facteur contextuel). Cette typologie conduit donc à prendre conscience de manière accrue de l'importance de considérer les objectifs et modes de fonctionnement des acteurs, la nature des outils ainsi que les caractéristiques des situations de gestion afin de mieux comprendre le portefeuille d'outils de gestion.

Parmi les nombreux travaux en contrôle, la typologie qui fait référence en ce qui concerne les portefeuilles d'outils de gestion, couramment appelé systèmes de contrôle de gestion, élaborée par Malmi et Brown (2008), distingue les natures du contrôle réalisé par l'outil. Selon ces auteurs, le contrôle peut être :

- cybernétique : c'est-à-dire que le contrôle se fait en boucle, en recourant à des outils calculatoires, tels que les budgets et les systèmes de mesure, qui permettent de comparer la situation réalisée avec les objectifs fixés par l'organisation elle-même ou en comparaison avec les autres organisations
- administratif : il regroupe l'ensemble des outils administratifs comme l'organigramme, les techniques managériales, les processus de délégation de responsabilité, les règles et procédures en vigueur dans une organisation ou encore les modes et structures de gouvernance. Ainsi, la maîtrise des ressources humaines paramédicale est une mission dévolue aux cadres de santé à l'hôpital, ce qui constitue un mode de contrôle administratif puisque en assignant une tâche à une catégorie spécifique d'acteurs, ceux-ci se savent très contrôlés et incités à agir de façon conforme aux prescriptions.
- Culturel : ensemble des normes, logiques institutionnelles et professionnelles, bonnes pratiques, habitudes et mythes qui guident les comportements. Il sera montré ultérieurement qu'à l'hôpital public, les valeurs et logiques mises en avant par les acteurs sont protéiformes et variables selon les catégories professionnelles. Ainsi, les acteurs soignants priorisent la qualité des soins donnés aux patients, les personnels administratifs et la direction privilégient l'efficacité dans l'utilisation des ressources tandis que les financeurs et les autorités de tutelle incitent à la rationalisation des dépenses de santé. Les cadres de santé font donc face à ces différentes logiques qu'ils doivent prendre en compte, via leurs usages

du portefeuille d'outils de gestion, dans leurs choix de gestion. Ce contrôle culturel rejoint donc les éléments de définition des outils de gestion étudiés précédemment, qui insistaient sur le fait que l'outil permet d'intégrer un grand nombre de variables issues d'entités différentes d'une organisation (Moison, 1997) afin de proposer un schème d'action (Lorino, 2002) à l'utilisateur qui structure sa conduite de manière à intégrer les différentes attentes qui pèsent sur lui.

- planificateur (fixations d'objectifs mesurables dans un horizon temporel défini). Ainsi, le portefeuille d'outils de gestion des effectifs ventile, par pôle et par unité au sein de pôle, les masses salariales paramédicales à respecter ainsi que les enveloppes allouées au budget du remplacement des absences.
- via les rétributions et compensations : le contrôle se fait en accordant des récompenses financières et non financières, aux agents ou aux structures qui ont atteint les objectifs fixés par l'organisation. A l'hôpital public, la réforme conduisant à l'organisation polaire s'est accompagnée de l'émergence de contrats de pôle, signés par la direction d'un hôpital et le trio à la tête du pôle (médecin chef, cadre de santé de pôle, cadre administratif). Ces contrats stipulent les objectifs (en termes d'activité clinique, de gestion des ressources humaines ou encore de consommation de mensualités de remplacement) assignés au pôle : si ceux-ci sont atteints, la direction prévoit fréquemment d'accorder des postes supplémentaires au pôle qui a produit des efforts.

Les différentes natures du contrôle identifiées ici ne sont pas exclusives. En effet, le portefeuille d'outils de gestion utilisé par les cadres de santé du CHU TONUS présente des caractéristiques issues de différentes natures du contrôle mises en avant par Malmi et Brown (2008). Il apparaît néanmoins que l'élément de contrôle qui est le plus large et le plus profondément ancré dans les organisations, et donc dans les raisonnements des acteurs, est l'élément culturel (Lemaire, 2021). Cette prédominance des pressions culturelles dans le contrôle exercé par le portefeuille d'outils de gestion est confirmée par Chenhall (2003, p. 129) qui indique que les systèmes de contrôle de gestion renvoient « *à l'utilisation systématique du contrôle de gestion de manière conjointe à d'autres formes de contrôle personnel ou culturel* ». Ainsi, loin d'être un instrument neutre au service d'une mission donnée, le portefeuille d'outils de gestion doit se concevoir comme « *un ensemble de système de règles, de pratiques, de valeurs et d'activités managériales mises en place pour diriger le comportement des employés* » (Malmi et Brown, 2008, p. 290).

Il conviendra par conséquent d'identifier dans quelle mesure le portefeuille d'outils de gestion des effectifs mobilisé par les cadres de santé au CHU TONUS est capable d'intégrer différentes pratiques, valeurs, logiques et règles professionnelles et culturelles, afin de suggérer aux utilisateurs des pratiques qui les intègrent et les combinent. L'approche théorique qui aborde les outils de gestion spécifiquement sous un prisme culturel est principalement la théorie neo-institutionnelle (Robson et Ezzamel, 2023) : nous mobiliserons donc ce cadre théorique.

De surcroît, la présente recherche intervenant dans un centre hospitalo-universitaire, il convient de prendre conscience que le portefeuille d'outils de gestion étudié évolue dans une organisation publique. La littérature mettant en exergue les spécificités du portefeuille d'outils de gestion dans une organisation publique est abondante (Gourbier et *al.*, 2022 ; Moriniere et Georgescu, 2021 ; Tahar, 2020 ; Van Der Kolk, 2019 ; Boitier et Riviere, 2016 ; King et Clarkson, 2015 ; Van Der Kolk et Schokker, 2016 ; Cäker et Siverbo, 2011 ; Järvenpää et Lämsiluoto, 2011 ; Cristofoli et *al.* 2010; Ahrens et Chapman, 2007 ; Ahrens et *al.*, 2018 ; Jorgensen et Messner, 2010). Le portefeuille étudié dans ce travail doctoral présente la particularité d'intervenir dans une organisation publique pluraliste, constituée d'acteurs ayant des logiques d'action et des objectifs divergents, comme cela sera développé ultérieurement. De ce fait, le portefeuille d'outils de gestion peut être l'objet de clivages de la part des acteurs (Burlaud et Chatelain-Ponroy, 2013) ou bien aboutir à un compromis (Bollecker, 2016) qui peut prendre la forme de l'hybridation de rôles en particulier.

Notre recherche porte sur les usages d'un ensemble d'outils de gestion des effectifs par les cadres de santé afin de soutenir l'hybridation de leurs rôles à l'hôpital public. Il est donc fondamental de mettre en avant qu'un outil de gestion peut se comprendre comme « *un ensemble d'objets de gestion intégrés dans une logique fonctionnelle et répondant à des règles de gestion* » (de Vaujany, 2006). Nous n'étudions donc pas un outil de gestion isolé, mais bien un « *ensemble d'outils de gestion interconnectés* » (Amans et *al.*, 2020) : il s'agit donc d'un portefeuille d'outils de gestion. La littérature est abondante en ce qui concerne les caractéristiques des portefeuilles d'outils, désignés parfois sous le vocable de « *package de contrôle* » (Malmi et Brown, 2008). Ceux-ci présentent en effet la particularité d'incorporer différents éléments de contrôle (administratif, planification, rétribution, cybernétique et

culturel). Conformément aux travaux de Lemaire (2021), nous considérons que le portefeuille d'outils de gestion des effectifs que nous étudions est dominé par un contrôle culturel.

Il convient donc de comprendre dans quelle mesure le portefeuille d'outils de gestion des effectifs utilisés par les cadres de santé au CHU TONUS peut intégrer des pratiques, valeurs, enjeux professionnels et culturels variés, et structurer ainsi le comportement des cadres de santé en favorisant l'hybridation de leurs rôles. Parmi la diversité des approches théoriques relatives aux outils de gestion, que nous développons à présent, il apparaît que le cadre théorique néo-institutionnel est particulièrement propice à proposer un prisme d'analyse culturelle des outils de gestion (Robson et Ezzamel, 2023). Nous allons détailler dans la prochaine section les différentes approches théoriques permettant d'appréhender les outils de gestion puis nous justifierons du choix de retenir le cadre néo-institutionnel.

1.2. Au sein d'un panorama d'approches théoriques des outils de gestion : inscription dans une perspective néo-institutionnelle

Après avoir effectué un travail de clarification quant à la définition retenue dans ce travail doctoral des outils de gestion, il convient d'ancrer ces derniers dans un champ de littérature. A cet effet, il est pertinent de retracer les différents points de vue sur les outils de gestion qui ont été développés entre la fin du XIX^{ème} siècle et la fin du XX^{ème} siècle (Chiapello et Gilbert, 2013). Ces travaux soulignent tout d'abord qu'à chaque période temporelle, les outils de gestion déployés dans les organisations et les visions qu'y attachent les acteurs sont contingents à « *l'idéologie dominante* » (Barley et Kunda, 1992, p. 363), c'est-à-dire « *un courant de discours qui promulguent, même de façon implicite, un ensemble d'hypothèses sur la nature des objets dont ils traitent* » (*ibid*). Dans leurs travaux, Chiapello et Gilbert (2013) font état de deux

idéologies majoritaires qui ont présidé à la vision des outils de gestion durant la période : les théories rationnelles d'une part et les théories normatives d'autre part.

Précédemment, il a été expliqué que nous considérons qu'un outil de gestion est un « *un dispositif formalisé permettant l'action collective* » (David, 1998). Celui-ci n'est jamais conçu de manière isolée, mais au contraire tout outil, ou portefeuille d'outils, incorpore des logiques et des règles de gestion (de Vaujany, 2006) considérées comme acceptables dans un groupe social donné. La littérature sur les systèmes de contrôle de gestion abonde dans ce sens en présentant plusieurs éléments de contrôle intégrés dans ces systèmes (Malmi et Brown, 2008), parmi lesquels le contrôle culturel semble dominant (Chenhall, 2003 ; Camous, 2020 ; Lemaire, 2021). Aussi, puisque tout outil est dépendant de la culture du groupe social dont il est issu et des logiques institutionnelles véhiculées dans son environnement, nous nous inscrivons dans une approche normative des outils de gestion (Chiapello et Gilbert, 2013).

Cette conception normative des outils de gestion postule que la performance et le pilotage d'une organisation dépendent de l'implication des acteurs au service de la performance et du partage de valeurs entre eux, contrairement à l'approche rationnelle qui prône la stricte application d'outils de gestion scientifiquement conçus. Selon cette approche normative, la portée de la technique, et donc des outils de gestion, dans les organisations est à relativiser. Il ne s'agit pas d'une position technophobe, mais plutôt d'une mise en perspective de l'importance de la technique au profit de facteurs humains. Les théories normatives reposent sur l'analyse faite par Roethlisberger et Dickson (1939), distinguant dans toute organisation la structurelle formelle (guidée par deux logiques : celles de coût et d'efficacité) de la structurelle informelle (où la logique des sentiments domine). Les théories normatives mettent en avant le fait que les mécanismes de production ne sont pas les éléments majeurs de l'efficacité productive d'une organisation, mais que les déterminants psychologiques et sociaux des acteurs au travail sont primordiaux (Chiapello et Gilbert, 2013). L'école des relations humaines (1920-1950) s'inscrit dans le courant des théories normatives. Les différents auteurs qui s'y rattachent considèrent ainsi que l'efficacité productive d'une organisation dépend des conditions de travail (Elton Mayo), de la motivation (Abraham Maslow ou Frederick Herzberg) ou encore des styles de leadership pratiqués (Kurt Lewin).

Au sein des approches normatives des outils de gestion, trois courants se dégagent (Chiapello et Gilbert, 2013) : les approches critiques, institutionnelles et interactionnelles. Si les approches

critiques sont intéressantes puisqu'elles donnent à voir les effets de domination d'un groupe social induits par les outils, et alors que les approches interactionnelles insistent sur l'inscription des outils dans leur relation avec les acteurs, le prisme retenu jusqu'à présent nous pousse à adopter une conception institutionnaliste des outils de gestion. Celle-ci met l'accent sur la construction sociale inhérente à tout outil de gestion et postule qu'un outil de gestion ne peut être appréhendé que par l'analyse de son contexte social et institutionnel. L'approche institutionnaliste se décompose elle-même en trois mouvements : structurationniste, conventionnaliste et néo-institutionnaliste. Ceux-ci seront décrits avant de les discuter et de mettre en avant le fait que l'approche néo-institutionnaliste est la plus adaptée à la prise en compte des spécificités de l'hôpital public et à la question de recherche posée.

L'école structurationniste

L'approche institutionnaliste des outils de gestion comprend une école structurationniste, inspirée des travaux d'Anthony Giddens. Selon Giddens (1984), les systèmes sociaux (c'est à dire les comportements, pratiques et discours individuels) ne peuvent être compris seuls, mais uniquement en interaction avec les structures sociales. Parallèlement, les structures sociales (organisation, postes de travail) ne peuvent être compris qu'en analysant l'impact exercée sur elles par les systèmes sociaux. Giddens (1984) nomme ce processus de co-construction récursif « *dualité du structurel* ». La position des outils de gestion dans cette théorie de la dualité du structurel n'est pas clairement établie. Deux thèses s'affrontent à ce sujet.

D'une part, il est affirmé que les outils de gestion sont des éléments porteurs de la structure sociale : Caglio (2003) va même jusqu'à affirmer que les outils de gestion sont la structure sociale. Orlikowski (1992) utilise les travaux de Giddens pour élaborer un modèle conceptuel triadique comprenant les individus, l'organisation et la technologie. Dans cette perspective, les acteurs et la technologie se structurent mutuellement (les acteurs, par leurs usages, modifient les outils de gestion, mais d'un autre côté ces outils, par leur caractère normatif et leur mode d'évaluation, influencent les comportements des acteurs). Orlikowski (1992) nomme ce phénomène « *dualité de la technologie* ». D'autre part, d'autres auteurs affirment que les outils de gestion, qui sont des artefacts, ne sont pas plus que les individus, porteurs de la structure sociale. A ce titre, les outils de gestion auraient un effet structurant indirect, via l'encadrement des pratiques et l'orientation des comportements qu'ils induisent.

Au CHU TONUS, les outils de gestion, par les éléments de mesure et de contrôle de la masse salariale qu'ils emploient, invitent les cadres de santé à adopter leur rôle gestionnaire. D'autres

fonctionnalités du portefeuille d'outils de gestion invitent plutôt au pilotage de la qualité et de la sécurité des soins, ce qui inscrit davantage les cadres de santé dans un rôle soignant. Face à ces deux rôles en tension dévolus aux cadres de santé, l'analyse des relations réciproques entre les utilisateurs (cadres de santé) et la technologie (le portefeuille d'outils de gestion) permet de comprendre que les deux se transforment mutuellement. En effet, lorsqu'un cadre de santé adopte le rôle gestionnaire, le recours, parfois obligatoire, aux fonctionnalités du portefeuille focalisées sur les valeurs soignantes l'invite à tenir compte également de son rôle soignant. Inversement, la volonté de l'acteur de prioriser son rôle soignant dans une situation particulière peut le conduire à prioriser un effectif paramédical élevé dans une unité, tout en ne donnant pas à voir cette situation en répartissant, sur le portefeuille d'outils, les effectifs dans des unités différentes de leur affectation réelle. Le portefeuille d'outils de gestion des effectifs et les cadres de santé s'influencent donc réciproquement : la dualité du structurel est donc bien à l'œuvre au CHU TONUS.

En dépit de son intérêt, cette approche structurationniste accorde peu de place à la dimension culturelle et à la pluralité des rôles et des attentes qui s'exercent sur les utilisateurs. Cette approche structurationniste n'est donc pas adaptée pour illustrer comment les usages du portefeuille d'outils de gestion peuvent favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé à l'hôpital public.

L'approche conventionnaliste

Le courant de l'économie des conventions, auquel appartiennent notamment Boltanski, Thevenot ou Eymard-Duvernay, distingue deux acceptions du terme convention (Biencourt et *al.*, 2001). D'une part, la convention est un moyen de coordonner les comportements dans un contexte d'incertitude (le fait de rouler à droite de la chaussée est une convention permettant de former les comportements, comme rappelé par Chiapello et Gilbert (2013)). D'autre part, la convention coordonne également les représentations des situations et des personnes. Au sein de chaque convention, la « *grandeur* » des acteurs est évaluée au moyen « *d'épreuves* » selon Boltanski et Thevenot (1991). On remarque que certains outils de gestion, à l'instar des systèmes d'évaluation de la performance, font office d'épreuves permettant d'estimer la grandeur des acteurs selon Bourguignon et Chiapello (2005). En effet, l'outil de gestion est

dans ce cas un dispositif développé par la direction, permettant d'évaluer dans quelle mesure les acteurs d'une organisation répondent aux critères considérés comme majeurs dans une convention donnée. Ainsi, on peut rejoindre la théorie développée par Gomez (1994; 1997) selon laquelle les outils de gestion participent du « *dispositif matériel* » permettant de faciliter la diffusion et la compréhension d'une convention. Comme le montrent Eyraud (2004) avec la transformation de la comptabilité des entreprises chinoises ou Chiapello (2005) avec celle des entreprises européennes depuis 2005, les outils de gestion comptable, loin d'être neutres, incorporent en réalité une multitude de conventions sur l'économie de marché et les représentations des entreprises. Dans cette perspective, les outils de gestion sont des dispositifs qui conduisent les acteurs à incorporer en permanence les conventions qui prévalent dans les organisations dans lesquelles ils évoluent. L'étude des outils de gestion permet ainsi d'identifier les valeurs phares à l'œuvre dans une convention (ce que Boltanski et Thevenot nomment les « *cités* »). En comparant les valeurs de la convention officiellement affichée par l'organisation aux variables mesurées par les outils de gestion (c'est à dire les « *épreuves* » permettant de juger de la « *grandeur* » des acteurs), un écart peut apparaître. Celui-ci correspond à un décalage entre les valeurs revendiquées officiellement par une organisation et celles que l'organisation valorise en pratique, cet écart est théorisé par Brunsson (1992) sous le vocable d'hypocrisie organisationnelle.

L'approche par les conventions présente l'avantage de recourir à une approche située des outils de gestion, au sens d'Annisette et Richardson (2011) : il a ainsi été montré que les usages des instruments de mesure de la performance à l'hôpital sont susceptibles de faire intervenir des valeurs issues de conventions différentes, et selon les situations, de faciliter des compromis ou au contraire de créer des tensions (Moriniere et Georgescu, 2021). Ces auteurs montrent ainsi que les usages des outils de mesure de la performance peuvent concilier des tensions et faire naître des compromis entre acteurs poursuivant des valeurs différentes d'une part mais qu'ils aggravent au contraire les tensions entre les soignants partageant les mêmes valeurs. Toutefois, notre recherche porte sur des professionnels, les cadres de santé, qui ne peuvent se réduire à une convention ou à une cité donnée : ils sont en effet des professionnels de santé qui ont choisi de devenir manager. L'approche conventionnaliste peut donc être réductrice et échouer à mettre en avant la pluralité des logiques présentes au sein même du groupe des cadres de santé. De surcroît, nous utilisons une grille de lecture différente de celle de Moriniere et Georgescu (2021), puisque nous entendons identifier précisément les différents usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs à l'hôpital afin de comprendre comment ceux-ci peuvent

permettre de favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé. Nous souhaitons donc orienter notre recherche non pas tellement vers les valeurs issues des différentes conventions, mais bien plutôt partir des usages réellement mis en œuvre afin de comprendre ce qu'ils disent des rôles joués par les cadres de santé afin notamment de comprendre à quelles attentes ou pressions ils répondent. Cette approche conventionnaliste, beaucoup utilisée dans la littérature en contrôle actuellement (Vogel et *al.*, 2023), n'est donc pas calibrée pour répondre à notre question de recherche. Nous retenons toutefois l'importance de considérer les usages des outils de gestion comme étant situés (Annisette et Richardson, 2011), et nous nous intéressons en particulier aux faits que les rôles joués par les acteurs à travers les usages des outils de gestion sont structurés par des pressions exercées sur eux par les institutions. Nous inscrivons donc notre recherche dans une approche néo-institutionnelle, qui va désormais être présentée.

L'école néo-institutionnaliste

Cette école considère que les organisations, et les acteurs qui y évoluent, sont encadrés dans des croyances qui définissent les comportements considérés comme efficaces. Convergente avec l'approche sémiotique et pragmatique (Lorino, 2002), la vision néo institutionnelle affirme que la comptabilité au sens large « *ne peut plus être considérée comme un processus neutre et objectif. Elle doit plutôt être appréhendée comme une importante partie du réseau des relations de pouvoir qui sont tissées dans la fabrique de la vie organisationnelle et sociale* » (Miller et O'Leary, 1987, p. 240). Ainsi, la théorie néo institutionnelle (TNI) pour laquelle nous optons permet d'accorder une attention au réseau au sein duquel les outils de gestion sont mobilisés, afin de mettre en relation les différents groupes professionnels qui évoluent au sein d'une organisation avec la pluralité des usages des outils de gestion réalisés par les acteurs. En effet, un « *des apports fondamentaux de la TNI à la compréhension des systèmes de contrôle de gestion* » (Boitier et Riviere, 2011, p. 82) est la nécessaire prise en compte du contexte social, des institutions et de la dimension culturelle. L'hôpital étant une organisation où les identités professionnelles sont particulièrement marquées, le prisme néo institutionnel s'inscrit dans une « *tradition européenne* » et canadienne de la littérature managériale qui étudie les outils de gestion sous un angle socialisé (Pezet, 2005, p. 445). En effet, des travaux récents (Vogel et *al.*, 2023 ; Camous et *al.*, 2022 ; Camous, 2020 ; Amans et *al.*, 2020 ; Gourbier et *al.*, 2022 ; Postaire et *al.*, 2021 ; Boitier et Riviere, 2016) insistent sur l'importance d'inscrire la compréhension des usages des outils de gestion dans un contexte de coexistence de logiques

institutionnelles et de rôles organisationnels variés. Cette notion de logique institutionnelle, issue des travaux phares de la TNI (Friedland et Alford, 1991 ; Thornton et *al.*, 2012), est définie plus récemment comme « *un système de croyances et valeurs, socialement et historiquement construit, composé de symboles et pratiques matérielles, par lesquels individus et organisations donnent du sens à leurs activités* » (Boitier et Riviere, 2016, p. 49). Poursuivant l'analyse et y ajoutant le poids de la culture, les logiques institutionnelles se conçoivent comme des modèles historiques et socialement construits de pratiques matérielles et de symboles culturels (Mutch, 2018) qui produisent du sens auprès des acteurs et des organisations dans leur activité quotidienne, afin de s'organiser dans le temps et dans l'espace (Gourbier et *al.*, 2022). Ainsi, le prisme néo institutionnel aborde les outils de gestion des effectifs comme immergés dans un contexte hospitalier, caractérisé par des logiques institutionnelles et des rôles organisationnels multiples et parfois contradictoires (rôle gestionnaire versus rôle soignant par exemple), entourés par des groupes professionnels exprimant à l'égard des cadres de santé des attentes distinctes. Ces logiques institutionnelles modifient en profondeur les stratégies, les structures et les pratiques organisationnelles (Thornton et *al.*, 2012). En ce qui concerne les cadres de santé, les missions qui leur sont confiées consistent d'une part à maîtriser la masse salariale paramédicale, ce qui induit de se conformer à un rôle gestionnaire ; et à assurer des missions transversales telles que l'optimisation de la qualité des soins ou la rédaction d'un projet de soins d'autre part, ce qui fait appel à un rôle soignant. Ainsi, les différents choix de gestion réalisés par les cadres de santé via le portefeuille d'outils de gestion des effectifs sont à inscrire dans ce contexte de diversité de logiques institutionnelles qui s'exercent. La question de recherche posée dans ce travail doctoral nécessite donc de recourir au prisme néo institutionnel pour tenir compte de l'influence des logiques institutionnelles multiples qui pèsent sur les cadres de santé dans l'exercice de leurs rôles organisationnels à travers leurs usages du portefeuille d'outils de gestion.

A cet égard, le courant néo-institutionnel, et en particulier une de ses branches récemment développée (*Institutional Logic Perspective* ou la Perspective des logiques Institutionnelles) et appliquée aux outils de gestion, met en exergue le fait que les pratiques des acteurs, et singulièrement leurs usages des outils de gestion, se comprennent en adoptant un prisme culturel (Robson et Ezzamel, 2023). Ainsi, alors que les acteurs sont confrontés à des logiques et des rôles en tension, leurs choix de gestion doivent se comprendre comme des réponses à cette multiplicité de logiques et de rôles, compte tenu des situations sociales et des interactions

avec d'autres acteurs qui apparaissent (Thornton et *al.*, 2012, p. 80). Ainsi donc, analyser les pratiques et les usages des outils de gestion nécessite, selon le prisme néo institutionnel dans lequel nous nous inscrivons, d'appréhender le champ culturel, ou *cultural field*, dans lequel l'outil de gestion est immergé (Robson et Ezzamel, 2023). Les auteurs mettent en avant le fait que le champ culturel constitue un nouveau niveau d'analyse des pratiques de gestion dans une logique néo institutionnelle, qui présente l'avantage d'accorder de l'importance à la diversité des logiques, des valeurs et des rôles qui prévalent dans cet espace social. Compte tenu de notre question de recherche portant sur les liens entre usages d'un portefeuille d'outils de gestion et hybridation des rôles des cadres de santé, l'approche néo-institutionnelle des outils de gestion colorée d'un prisme culturel, est particulièrement pertinente.

La littérature met en exergue que ces logiques institutionnelles multiples peuvent entrer en tension, ce qui se matérialise et se concrétise notamment via les outils de gestion. En effet, tout portefeuille de contrôle de gestion est « *un artefact, une construction de l'esprit, il n'est pas conçu sur des bases purement techniques, sans prendre en compte des intérêts. Il est donc autant l'expression d'un pouvoir que l'enjeu de pouvoirs* » (Chatelain-Ponroy et Sponem, 2011, p. 5). A l'hôpital, combiner le rôle soignant (qui impose d'accorder du temps à chaque patient, de prévoir un *slack* d'effectif et de favoriser la collaboration interprofessionnelle) avec le rôle gestionnaire (qui implique d'améliorer la productivité pour atteindre l'équilibre budgétaire à l'hôpital) crée des tensions chez les professionnels de santé (Horner et *al.*, 2012), et en particulier chez les cadres de santé (Riviere, 2022). Or, il apparaît que le prisme néo-institutionnel est particulièrement adapté pour mettre en lumière la façon dont les outils de gestion peuvent modifier les comportements et les pratiques des acteurs (Lounsbury, 2008), ici en l'occurrence pour comprendre quelle est leur place dans l'émergence d'une hybridation des rôles des cadres de santé.

Ainsi, la TNI considère que les formes organisationnelles et les pratiques adoptées en réponse à ces logiques institutionnelles et aux rôles organisationnels ne sont pas forcément sélectionnées en raison de leur efficacité, mais plutôt car elles sont réputées légitimes dans l'environnement organisationnel. Les pratiques des acteurs, parmi lesquelles leurs usages des outils de gestion, deviennent parfois récurrentes et socialement acceptées car elles sont considérées comme légitimes: ces pratiques deviennent des institutions, c'est à dire « *un comportement social répétitif allant plus ou moins de soi et sous-tendu par des systèmes normatifs et des*

compréhensions cognitives qui donnent du sens aux échanges sociaux et permettent ainsi à l'ordre social de s'auto reproduire » (Greenwood et al., 2008). Ainsi, le portefeuille d'outils de gestion des effectifs, et leurs usages par les cadres de santé à l'hôpital public, peuvent être compris comme des institutions : le contrôle de gestion via le suivi de la masse salariale à l'hôpital peut être adopté car elle est considérée comme une institution, car très légitime dans un contexte organisationnel marqué par le New Public Management.

Compte tenu de la pluralité des missions dévolues aux cadres de santé à l'hôpital public, ceux-ci doivent raisonner en intégrant des logiques institutionnelles et des rôles contradictoires. Les différents usages qu'ils font du portefeuille d'outils de gestion présentent un intérêt majeur puisqu'ils donnent à voir la manière dont les cadres de santé parviennent à arbitrer entre les rôles organisationnels, selon les situations de gestion et les interlocuteurs concernés, voire à hybrider les différents rôles qui leur sont dévolus, et donc les logiques institutionnelles qui les sous-tendent. Le prisme néo institutionnel est retenu dans cette thèse, dans la mesure où c'est la grille de lecture qui accorde le plus d'importance aux logiques institutionnelles et donc aux rôles organisationnels que celles-ci forgent, dans lesquels les usages du portefeuille d'outils de gestion s'inscrivent. Dans le prochain chapitre, le contexte organisationnel de l'hôpital sera détaillé, afin de mieux mettre en avant la nature des logiques institutionnelles et des rôles organisationnels qui infusent les usages des outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital.

A l'issue de ce passage en revue des différentes visions théoriques des outils de gestion, nous inscrivons résolument notre travail doctoral dans une approche néo institutionnelle. En effet, il est notoire que le *New Public Management* a conduit à une prolifération des outils de gestion (Moison, 1997). Face aux pressions des Agences Régionales de Santé et des financeurs à l'efficacité des hôpitaux, les managers de ces organisations sont tenus de mobiliser des outils de gestion, singulièrement un portefeuille d'outils de gestion des effectifs pour les cadres de santé.

Le prisme néo-institutionnel permet d'accorder une importance particulière aux logiques institutionnelles en présence, et aux rôles organisationnels qu'elles forgent, et de les mettre

en relation avec l'analyse des usages des outils de gestion dans ce contexte. Le cadre théorique néo institutionnel permettant d'appréhender selon un prisme culturel (Robson et Ezzamel, 2023) les usages des outils de gestion, il est pertinent afin de comprendre comment les usages d'un portefeuille d'outils de gestion peuvent permettre aux cadres de santé d'exercer l'hybridation de leurs rôles à l'hôpital public.

1.3. Vers une approche située des usages des outils de gestion à l'hôpital public

Dans cette section, nous allons définir la notion d'usage situé des outils de gestion, et faire notamment la distinction avec la notion d'utilisation. Puis, nous approfondirons le raisonnement en évoquant les typologies des différents usages des outils de gestion identifiés dans la littérature.

1.3.1. Notion d'usage situé des outils de gestion

Le terme d'usage, bien qu'omniprésent dans la littérature gestionnaire et sociologique, est assez polysémique, ce qui le rend complexe (Bachelet, 2004 ; Breton et Proulx, 2002 ; cités par Lux, 2013) et ambigu (Vitalis, 1994). Ainsi, concernant la notion d'usage, ses « *acceptions pourraient être distribuées dans un continuum allant de l'emploi à l'appropriation, en passant par la demande, l'utilisation, la pratique* » (Chambat, 1994, p. 249).

Selon le dictionnaire Trésor de la Langue Française, l'usage fait référence au « *fait de se servir de quelque chose, d'appliquer un procédé, une technique, de faire agir un objet, une matière selon leur nature, leur fonction propre afin d'obtenir un effet qui permette de satisfaire un besoin* ». Cette définition permet de mettre en lumière le fait que l'usage correspond à la manière de recourir à un outil, par exemple à un outil de gestion, afin de produire un résultat satisfaisant le besoin de l'utilisateur. Il apparaît clairement ici qu'un même outil pourra être l'objet de plusieurs usages différents, car selon son intention, l'acteur pourra « *faire agir* » certaines fonctions de l'outil plus que d'autres.

La notice du Trésor de la Langue Française abonde en indiquant que l'usage correspond aussi à « *une pratique, manière d'agir ancienne et fréquente, ne comportant pas d'impératif moral, qui est habituellement et normalement observée par les membres d'une société déterminée, d'un groupe social donné* ». Cette seconde définition présente l'intérêt de stipuler que les

usages varient selon la fréquence de leur utilisation : il y a donc des usages fréquents, d'autres occasionnels ou encore des usages rares. En outre, la notice du dictionnaire pointe ici le fait que l'usage est propre à un groupe social donné. En cela, cette définition de l'usage s'inscrit dans la continuité de la vision pragmatique et sémiotique (Lorino, 2002) des outils de gestion à laquelle nous adhérons, qui insiste pour dire que la prise en compte des utilisateurs est indispensable à l'analyse des outils de gestion. Ainsi, la présente recherche portera son attention à analyser les usages d'un portefeuille d'outils de gestion par un groupe professionnel identifié, celui des cadres de santé, à l'hôpital public, afin de comprendre comment ceux-ci peuvent favoriser l'hybridation de leurs rôles.

Les dimensions qualitative (quel type d'usage est réalisé et quand quel objectif ?) et quantitative (quelle est la fréquence de recours à un tel usage ?) sont rassemblées dans la définition de la notion d'usage donnée par Belisle et al. (2002, p. 8) : « *activité sociale repérée pour sa fréquence, qui consiste à user de quelque chose, à s'en servir à une fin précise, à l'appliquer pour satisfaire un besoin* ».

Des travaux récents (Petit et Lux, 2020) font état d'un besoin de produire de la recherche permettant d'explorer les deux dimensions de la notion d'usage des outils de gestion : la dimension quantitative, c'est-à-dire à quelle fréquence les usages ont lieu et à quelle occasion, et la dimension qualitative, soit quel rôle est assigné à l'outil par l'acteur dans sa façon d'y avoir recours. Ce double impératif est pleinement pris en compte dans la définition de l'usage de l'outil de gestion élaborée par Hussenot (2006) : « *ce que font les individus avec un objet et comment ils le font à un moment précis* ». Ainsi, si cette lacune de la recherche doit être comblée, c'est bien parce qu'étudier les usages des outils de gestion de manière tant qualitative que quantitative oblige à ancrer l'analyse des outils dans le contexte organisationnel. Ainsi, si un même outil revêt plusieurs usages différents, c'est en raison du fait que son utilisateur souhaite adapter la façon dont il mobilise le portefeuille d'outils aux interlocuteurs concernés, à la situation de gestion vécue, à son contexte personnel et professionnel et donc au(x) rôle(q) qu'il souhaite incarner. Ainsi, l'enjeu d'étudier les usages des outils de gestion sous une double dimension qualitative et quantitative s'explique par la nécessité d'ancrer l'analyse des usages dans la situation des acteurs et des organisations : cette perspective permet d'accéder aux usages situés des outils de gestion

Il est à noter que la notion retenue dans ce travail doctoral est celle d'usage, que nous distinguons d'un autre terme parfois utilisé relativement aux outils de gestion : l'utilisation.

En ce qui concerne l'utilisation, cette notion correspond à un rapport établi entre un fait empirique et un fait prescrit. Autrement dit, l'utilisation évalue la conformité entre l'usage prescrit au sein d'un groupe social et l'usage réel (Breton et Proulx, 2002). Par ailleurs, l'utilisation correspond à un comportement moyen tandis que l'usage fait référence à un individu dans un contexte organisationnel et temporel donné. Ainsi, Rabardel (2005) écrit « *l'utilisation est la manière générique d'agir avec un instrument socialement admis en particulier au sein d'une communauté professionnelle, c'est la pratique générique de l'instrument ; l'usage est la façon dont le sujet agit, ici et maintenant, avec l'instrument. L'utilisation est générique, l'usage est singulier et situé* ». Par ailleurs, il a été indiqué précédemment que définir un usage nécessitait d'identifier des régularités dans les occasions ou la fréquence à laquelle l'utilisateur décidait de mobiliser l'outil d'une façon donnée ; l'utilisation correspond à l'étape précédente, celle où il n'y a pas encore eu de régularité mise en évidence. En effet, « *tout au long du processus d'implantation et de généralisation d'une technologie nous avons à faire des utilisations et non de véritables usages sociaux. Ces utilisations ne devraient être considérées que comme des « contributions » au processus de formation d'usages.* » (Lacroix et al., 1992, p.4 ; cité par Lux, 2013, p. 175). Dès lors, l'utilisation d'un outil est un matériau brut qui, une fois regroupé par occurrence et codé par le chercheur, permet de faire émerger différents usages des outils de gestion. De surcroît, puisque nous entendons répondre à une lacune de la littérature en analysant les dimensions tant qualitatives que quantitatives du recours aux outils de gestion, il convient de se focaliser sur des mobilisations récurrentes des outils de gestion, c'est-à-dire sur leurs usages.

Enfin, la littérature fait aussi état de la notion de rôle des outils de gestion. Ici, la frontière entre rôle et usage est poreuse. En effet, certains chercheurs considèrent que ces notions se rejoignent et utilisent alternativement les deux termes pour désigner la même chose (Martineau, 2008). Toutefois, la littérature fait parfois apparaître une distinction entre le rôle, qui serait un usage prescrit par le concepteur de l'outil ou par ceux qui le mettent à la disposition des acteurs ; et l'usage, qui serait l'usage réellement constaté (Akrich, 2006). Puisque notre recherche étudie les pratiques du portefeuille d'outils de gestion réellement mises en œuvre par les cadres de santé et leur contribution à l'hybridation de leurs rôles, nous privilégions le concept d'usage à celui de rôle. En outre, nous considérons que les acteurs ne se soumettent pas inconditionnellement aux prescriptions institutionnelles, ils sont au contraire à même de

détourner les outils pour les mobiliser d'une façon différente de ce qui était prévu par les institutions, conformément à la notion d'agence enchâssée ou *embedded agency* qui sera développée ultérieurement. Pour faire apparaître la diversité des utilisations réelles des outils de gestion, il est donc pertinent de se concentrer sur la notion d'usage.

A ce propos, Hussenot (2006), cité par Lux (2013), distingue deux périodes dans la littérature relative aux usages des outils de gestion. Entre 1980 et 2000, les publications scientifiques relient l'usage aux individus qui les utilisent : seuls les acteurs décideraient de l'usage qu'ils souhaitent effectuer d'un outil. A partir des années 2000, au-delà de prendre en considération le rôle déterminant de l'acteur dans le choix de l'usage, la littérature enrichit la compréhension de cette relation par la prise en compte d'influences d'ordre sociologique, psychologique ou encore cognitive dans les usages des outils de gestion. Les acteurs ne sont donc plus les seuls décideurs des usages, ceux-ci sont aussi contraints par le contexte organisationnel, culturel et plus généralement par les logiques institutionnelles qui s'exercent dans l'organisation au sein de la laquelle les usages ont lieu. Cette version plus récente de la littérature managériale entend donc étudier l'usage situé des outils de gestion, ce qui est parfaitement cohérent avec l'analyse sémiotique et pragmatique (Lorino, 2002) des outils de gestion qui a été présentée précédemment.

Nous souhaitons donc contribuer à enrichir la littérature en présentant une typologie des usages d'un portefeuille d'outils de gestion à l'hôpital qui adopte une double dimension, à la fois qualitative et quantitative. Des travaux récents mettent d'ailleurs en exergue le manque de recherche sur les usages des outils selon cette double orientation (Petit et Lux, 2020), en particulier dans le secteur de la santé.

Compte tenu de la littérature relative aux usages des outils de gestion, nous retiendrons qu'un usage correspond à la façon dont un acteur, ou un groupe d'acteurs, mobilise un outil à une occasion ou à une fréquence relativement stable, afin d'atteindre un objectif.

La littérature permet de comprendre que deux dimensions président à la compréhension de la notion d'usage : l'aspect quantitatif (à quelle fréquence l'outil est-il utilisé ? Dans quelles occasions cet usage se produit-il ?) et l'aspect qualitatif (comment l'outil est-il utilisé ? Quel

est son rôle lorsque l'acteur choisit de le mobiliser de cette façon ?). Ces deux dimensions (Petit et Lux, 2020) des usages des outils de gestion sont insuffisamment explorées concomitamment en recherche. Hussenot (2006) rappelle que l'usage est une notion située, impliquant un outil, un acteur et une périodicité en le définissant ainsi: « *ce que font les individus avec un objet et comment ils le font à un moment précis* ». Notre recherche entend donc répondre aux lacunes de la littérature en donnant à voir les différents usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé, tant dans une optique qualitative que quantitative, afin de comprendre comment ceux-ci peuvent favoriser l'hybridation de leurs rôles à l'hôpital public.

1.3.2. Typologies des rôles et des usages des outils de gestion dans la littérature

A partir de la décennie 1980, de nombreux travaux de recherche se sont intéressés aux usages des outils de gestion. Ainsi, selon Berry (1983), l'usage le plus connu des outils de gestion est de réduire la complexité. En effet, face à l'incertitude de l'environnement et à la quantité croissante d'informations à gérer, les acteurs disposent d'une rationalité limitée (Simon, 1947). Les outils permettent à des acteurs dotés d'une rationalité limitée de concevoir de façon simplifiée la situation organisationnelle à laquelle ils font face : « *Nous étudierons d'abord les instruments de gestion comme une réponse à la complexité : toute situation de gestion est d'une complexité dépassant les capacités d'analyse des hommes et ceci prend un relief particulier dans les grandes organisations où l'encombrement du temps des agents et l'urgence des choix poussent aux outils simples, aux idées simples, aux critères de jugement expéditifs.* » (Berry, 1983, p. 6). Les outils de gestion seraient donc utilisés comme un moyen de maîtriser la situation en réduisant sa complexité au moyen de quelques indicateurs fournis par les outils de gestion, qualifiés d' « abrégés » du bon et du vrai lors des conférences au Centre de Recherche en Gestion de Polytechnique et au Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines de Paris. (Riveline, 1983). Les outils de gestion peuvent donc être abordés comme des heuristiques de décision au service des utilisateurs : « *Les abrégés du vrai se résument souvent à quelques chiffres simples ; on mesure par exemple l'état d'un pays à l'aide de quatre chiffres (inflation, chômage, solde du commerce extérieur, solde budgétaire) ; on évalue la santé d'une entreprise à travers quelques ratios comptables ; on caractérise une activité d'une entreprise en la*

positionnant dans une matrice à quatre cases [...] Les abrégés du bon s'énoncent souvent de façon lapidaire ; on dit par exemple « le déficit budgétaire ne doit pas dépasser 3% [...] Tous ces raccourcis permettent de gagner du temps et c'est leur fonction immédiatement apparente pour qui étudie la gestion : les décideurs demandent sans cesse qu'on leur fournisse des chiffres simples, des idées simples et faciles à défendre. » (Berry, 1983, p. 8-9) En ce qui concerne le portefeuille d'outils de gestion des effectifs utilisé par les cadres de santé du CHU TONUS, il constitue par certains aspects un « abrégé » de gestion au sens où il fournit des heuristiques de décision. Ainsi, alors que ce portefeuille d'outils est conçu pour maîtriser la masse salariale, les effectifs, les plannings, les compétences soignantes et les soins, les cadres de santé en retirent quelques indicateurs reflétant leur gestion des ressources humaines. Il est fréquent lors de discussions entre les cadres de santé du CHU TONUS que ceux-ci évoquent le nombre de jours où leur unité a fonctionné à « -1, -2 ou -3 ». Cela signifie que le respect des effectifs soignants prévus par les maquettes de travail est tellement ancré dans le raisonnement des cadres de santé, qu'ils comparent entre eux le nombre de jours où ils n'ont pas remplacé les professionnels paramédicaux absents (en raison de l'absence de remplaçant disponible ou par souhait de respecter le budget alloué au remplacement) et où leur unité a donc fonctionné avec un, deux voire trois professionnels manquants par rapport aux effectifs prévus dans la maquette du service. Au-delà de cet usage des outils de gestion comme heuristique de décision qui structure le raisonnement des acteurs, il existe de nombreux autres usages qui ont été progressivement mis en lumière.

C'est principalement durant les décennies 1980-1990 que sont apparus les premiers travaux s'intéressant aux rôles, c'est-à-dire aux usages prescrits, et aux usages des outils de gestion. Toutefois, comme évoqué précédemment, il n'y a pas de consensus clair dans la littérature pour différencier les usages et les rôles. Nous utiliserons dorénavant le terme d'usage, même s'il renvoie parfois à des usages prescrits.

En étudiant les outils de gestion comptable, Burchell et *al.* (1980) élaborent une typologie des usages des outils de gestion centrée sur le degré d'incertitude : incertitude liée aux objectifs de l'action d'une part et incertitude liée aux conséquences des décisions prises par le dirigeant d'autre part.

TABLEAU 2- LES ROLES DE LA PRATIQUE COMPTABLE (BURCHELL ET AL, 1980, P. 14)

		Ambiguïté des objectifs	
		Relativement faible	Relativement forte
Incertitude quant aux conséquences de l'action	Relativement faible	Aide à la décision (<i>answer machine</i>)	Fourniture de munition / d'argument (<i>ammunition machine</i>)
	Relativement élevée	Outils d'apprentissage (<i>learning machine</i>)	Outils de justification (<i>rationalization machine</i>)

Cette matrice demeure célèbre puisqu'elle préfigure la plupart des usages des outils de gestion qui seront élaborés ensuite par les différents travaux de recherche. De manière assez proche, Ansari et Euske (1987) identifient différents usages des outils de gestion selon les utilisateurs concernés d'une part et les finalités de la pratique de gestion.

TABLEAU 3- LES ROLES DE LA COMPTABILITE DANS LES ORGANISATIONS (ANSARI ET EUSKE, 1987, P. 553)

		Utilisateurs concernés	
		Internes	Externes
Orientation de la décision	Aide à l'information	Mesure de l'efficacité	Accès aux ressources
	Influence	Influence des comportements	Légitimité

Cette matrice permet de montrer une fois encore que « *le rôle des outils de gestion est multidimensionnel* » (BERRY, 1983). Les usages sont en effet différents selon les utilisateurs concernés et la finalité dans laquelle la pratique comptable a lieu. Il faut mettre en évidence le fait que la diversité des usages des outils de gestion selon les utilisateurs concernés (internes ou externes à l'organisation) est congruente avec la vision néo-institutionnelle des outils dans laquelle nous nous inscrivons. En effet, la théorie néo-institutionnelle postule que les pratiques organisationnelles, lorsqu'elles sont conformes aux pressions institutionnelles, peuvent être un moyen d'obtenir plus facilement des ressources (Pfeffer et Salancik, 1978; Meyer et Rowan, 1977) ou bien encore être « *des preuves de la légitimité des actions entreprises dans l'organisation* ». (Pfeffer, 1981, p.4 ; Touron, 2000)

La plupart des recherches sur les outils de gestion, et en particulier de contrôle, opposent, de façon tacite ou explicite, deux grands types d'usage.

Nous qualifions la première catégorie d'usages instrumentaux des outils de gestion, dans la mesure où elle fait référence aux usages premiers de l'outil de gestion, c'est-à-dire à ses dimensions prescrites et opérationnelles, qui sont également les plus attendues puisqu'elles font appel aux fonctionnalités visibles de l'outil. Cet « *usage technique* » est défini par Mayer (1981), cité par Berry (1983), comme « *la fonction officielle d'un outil de gestion* » (Berry,

1983, p. 20) ou encore « *sa fonction explicite* » (*ibid*). Le tableau suivant, issu des travaux de Lux (2013) et enrichi par la littérature plus récente, présente les différentes dénominations sous lesquelles ce que nous considérons comme des usages instrumentaux sous évoqués dans la littérature.

TABLEAU 4- RECENSEMENT DES USAGES INSTRUMENTAUX DES OUTILS DE GESTION DANS LA LITTÉRATURE

Dénomination dans la littérature	Détails de l'usage
Utilisation instrumentale	« <i>utilisations internes aux associations/ organisations</i> » (Amans et al., 2010, p. 240)
Rôle prescrit	« <i>L'outil de gestion [...] vu dans sa dimension purement instrumentale, traduisant la volonté de ses créateurs par ses modes d'emploi prescrits.</i> » (Rat-Aspert et al., 2022, p. 86)
Dimension technicienne	Meilleure façon d'implanter et d'utiliser l'outil au sein des entreprises (Berland, 2005, p. 369)
Fonctions explicites	« <i>Objectifs déclarés des outils de gestion</i> » (Gilbert, 1998) Fonctions manifestes (Merton, 1949)
Fonctions instrumentales	« <i>Les fonctions instrumentales renvoient à ce à quoi sert concrètement l'outil</i> » (Mazars-Chapelon, 2001, p. 47)
Attache technique	Usage flexible des outils de gestion pour les modifier au plus près des besoins du terrain (Flachere, 2015). « <i>Une certaine flexibilité instrumentale (l'outil est modifié)</i> » mais toujours dans une direction proche du rôle prescrit (Rat-Aspert et al., 2022, p. 86)

Ainsi, les usages instrumentaux des outils de gestion sont majoritairement des usages prescrits, qui s'exercent au sein d'une organisation, afin d'assurer une mission explicite encouragée par la direction ou par les institutions. Les usages instrumentaux peuvent inclure des modifications légères des outils de gestion, mais qui ont pour ambition de s'adapter encore plus au terrain afin de remplir la mission pour laquelle l'outil a été conçu. Ces usages sont tournés vers le travail concret de l'utilisateur.

L'autre catégorie, souvent nommée usages politiques, correspond aux usages officieux, tacites des outils de gestion, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas nécessairement prescrits ou assumés par le concepteur de l'outil et qui permettent à l'utilisateur d'émettre un signal quant à la façon dont il veut se situer dans l'organisation ou dans son environnement.

TABLEAU 5-RECENSEMENT DES USAGES POLITIQUES DES OUTILS DE GESTION DANS LA LITTÉRATURE

Dénomination dans la littérature	Détails de l'usage
Usages sociocognitifs	« Offre aux acteurs des occasions de débats » (Gourbier et al., 2022 ; Drevetton, 2008 ; de Vaujany, 2006 Amans et al., 2020)
Usages bricolés ou décalés	« Les utilisateurs s'éloignent progressivement des usages prescrits dans leurs rapports quotidiens aux outils de gestion et inventent d'autres usages. [...] Ces usages bricolés ou décalés sont une manifestation de leur appropriation par les utilisateurs » (Dambrin et Grall, 2021).
Usage institutionnel	« Rôle dans la régulation des rapports sociaux » (Mayer, 1981 ; Berry, 1983)
Attache cognitive	Les outils de gestion permettent d'appréhender de façon différente son rôle via une « financiarisation de l'encadrement des effectifs soignants » (Flachere, 2015, p. 277)
Utilisation politique	« à entendre dans une acception proche de son sens étymologique- polis signifie cité, ville- et aristotélicien. [...] Les utilisations qui sont qualifiées de politiques [...] sont l'ensemble des usages à visée externe » (Amans et al., 2010, p. 240)
Usage à dimension managériale ou interactive	« L'usage à dimension managériale ou interactive peut regrouper plusieurs pratiques allant, du simple dialogue

	<i>avec les parties prenantes internes, à l'accompagnement de la mutation visant à faire évoluer l'organisation et le comportement de ces parties prenantes</i> » (Lux, 2019, p. 205 ; Simons, 1990) « <i>Catalyseur de l'action</i> » (Grimand, 2011)
Fonctions latentes	Merton (1949)
Fonctions symboliques	« « <i>les fonctions symboliques correspondent à l'usage plus intangible, plus symbolique qui peut en être fait</i> » (Mazars-Chapelon, 2001, p. 47)
Fonction inter-organisationnelle	Description des moyens par lesquels un outil de gestion façonne les relations inter-organisationnelles (Lemaire, 2021)
Attache cérémonielle	Les outils de gestion sont des moyens de matérialiser de façon cérémonielle le rôle de l'acteur au sein de son organisation (Flachere, 2015)
Attache stratégique	Les outils de gestion permettent de faire travailler ensemble des acteurs (cadres de santé et cadres supérieurs) afin de déstabiliser les autres sources de pouvoir à l'hôpital (Flachere 2015)

La particularité des usages politiques est donc qu'ils ont une visée externe (Amans, 2010), dans la mesure où ils ont vocation à envoyer un signal à l'ensemble des acteurs d'une organisation voire à des acteurs situés en dehors de l'organisation. Les usages politiques relèvent donc du symbole (Mazars-Chapelon, 2001), de la cérémonie (Flachere, 2015) voire de la stratégie (Flachere, 2015).

Dès lors, étudier les usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs par les cadres de santé, et analyser leur nature instrumentale ou politique, est un moyen de comprendre leur portée, leur ambition et les interlocuteurs visés. L'analyse des usages du portefeuille d'outils de gestion permet donc de saisir les rôles que les cadres de santé incarnent à l'hôpital public, et en particulier la façon dont ils contribuent à l'hybridation de ces rôles.

1.3.3. Typologie des usages situés des outils de gestion

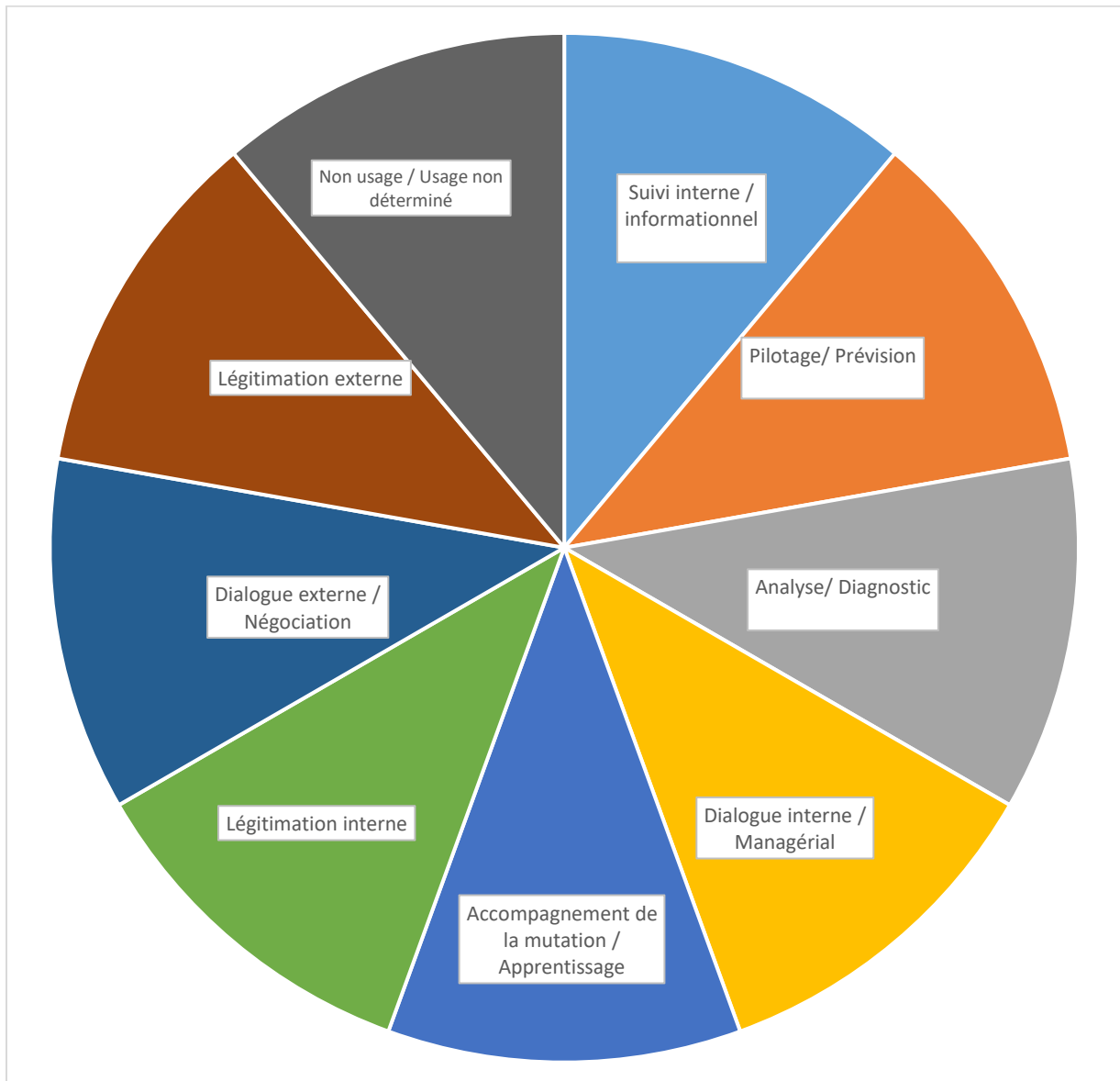
La place des outils de gestion dans l'étude des dynamiques organisationnelles et du comportement des acteurs a longtemps été ignorée (Chiapello et Gilbert, 2013), ceux-ci étant présentés comme des artefacts neutres. Ce sont les recherches alternatives en comptabilité développées à partir des années 1980, en particulier au Centre de Recherche en Gestion (Berry, 1983) et au Centre de Gestion Scientifique (Moison, 1997), qui renouvellent l'approche des outils de gestion, désormais considérés comme des objets organisationnels centraux « *en action et en interaction avec les acteurs* » (Flachere et al., 2023). L'approche sociologique considère ainsi que les outils de gestion existent sous deux états : un état circulant (l'outil étant considéré indépendamment de l'organisation et de l'environnement au sein duquel il évolue) et un état inscrit, selon lequel l'outil ne peut être appréhendé au sein de son contexte organisationnel et en lien avec les acteurs qui l'ont conçu et qui l'utilisent (Chiapello et Gilbert, 2013). Certains de ces travaux se fondent sur l'économie des conventions (Boltanski et Thévenot, 1991) afin de saisir les outils de gestion dans leur dimension située (Morinière et Georgescu, 2021 ; Amans et al., 2020 ; Jerman et al., 2020 ; Annisette et al., 2017 ; Annisette et Richardson, 2011 ; Annisette et Trivedi, 2013 ; Chenhall et al., 2013).

Alors que toute la littérature évoquée jusqu'à présent porte sur les usages des outils de gestion de manière générale, il existe peu de travaux s'intéressant aux usages des outils de gestion dans un contexte hospitalier, à l'exception de travaux récents (Morinière, 2021 ; Morinière et Georgescu, 2021 ; Barreda, 2018 ; Flachere, 2015 ; Bérard et al., 2015 ; Flachere et Habran, 2019). Ces travaux, bien qu'ils accordent une place importante au contexte organisationnel au sein duquel les usages des outils de gestion se déroulent, ne se focalisent toutefois pas sur une catégorie d'utilisateurs en particulier. Ils interrogent en effet les usages des outils de gestion à l'hôpital aussi bien par les médecins, que par les administratifs, les contrôleurs de gestion, les cadres de santé ou encore les paramédicaux. La richesse de ces travaux, incontestable, ne permet toutefois pas d'identifier d'isolément les usages des outils de gestion par les cadres de santé et de les mettre en relation avec les rôles gestionnaire et soignant auxquels sont soumis singulièrement ces professionnels.

La contribution majeure à l'élaboration d'une typologie des usages situés des outils réside dans la thèse consacrée aux usages outils de gestion par les directeurs d'établissements médico-

sociaux de Lux (2013). Cet auteur propose un diagramme synthétisant les usages des outils de gestion dans les établissements médico-sociaux (dont les caractéristiques diffèrent toutefois de l'hôpital) représenté dans la figure 6.

TABLEAU 6- TYPOLOGIE DES USAGES DES OUTILS DE GESTION PAR LES DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX (LUX, 2013, P. 188)



L'avantage de cette matrice est qu'elle tend à l'exhaustivité et s'appuie sur une méta-analyse solide. En effet, les différents usages des outils de gestion intégrés par LUX (2013) dans son diagramme sont convergents avec de nombreux travaux préalables, comme en atteste le tableau 7, inspiré des travaux de Lux (2013).

TABEAU 7-COMPARAISON DES USAGES DES OUTILS DE GESTION DE LUX (2013) AVEC CEUX IDENTIFIES DANS LA LITTERATURE

USAGE chez Lux (2013)	Types d'usages décrits préalablement dans la littérature
Suivi interne / Informationnel	<p>Information, simple suivi (David, 1998 ; Amans et <i>al.</i>, 2010 ; Martineau, 2012)</p> <p>Aide à l'information (Ansari et Euske, 1987)</p> <p>Répliquer le réel (Lorino, 2002)</p> <p>Refléter les différentes dimensions de la performance de l'entreprise (Simons, 1995)</p> <p>Informations nécessaires aux managers (Simons, 1995)</p> <p>Mesurer des résultats (Hofstede, 1967)</p> <p>Observation continue des évènements capables de modifier les prévisions (Baudet, 1941)</p>
Pilotage / Prévision	<p>Prendre des décisions (Lavigne, 2000 ; Lafontaine 2003 ; Chalayer-Rouchon et <i>al.</i>, 2006 ; Grimand et Bachelard, 2005 ; Rouchon et <i>al.</i>, 2010)</p> <p>Fixer des objectifs (Lavigne, 2000)</p> <p>Gérer (Lavigne, 2000)</p> <p>Aide à la gestion opérationnelle (Gilbert, 1998)</p> <p>Prévision et élaboration de programme d'activité (Baudet, 1941)</p> <p>Planification (Hopwood, 1976)</p> <p>Pilotage automatique de l'entreprise afin d'obtenir une performance améliorée (Moisdon, 2005)</p> <p>Gestion prévisionnelle (Bouquin, 2001)</p> <p>Prévision, fixation d'objectifs et planification des moyens (Bunce et <i>al.</i>, 1995 ; Amans et <i>al.</i>, 2010)</p>
Analyse / Diagnostic	<p>Evaluation des besoins (Sponem et Lambert, 2010)</p> <p>Corriger les actions individuelles (Postaire et <i>al.</i>, 2021)</p> <p>Réflexion sur les transformations (David, 1998)</p> <p>Analyse du contexte (Gilbert, 1998)</p> <p>Evaluer la performance (Bunce et <i>al.</i>, 1995)</p>

Dialogue interne / Managérial	<p>Diffusion d'une culture médico-économique au sein d'un hôpital (Flachere, 2015)</p> <p>Améliorer les échanges entre les acteurs (Gomez-Conde et <i>al.</i>, 2019 ; Postaire et <i>al.</i>, 2021)</p> <p>Produire du compromis (Gourbier et <i>al.</i>, 2022)</p> <p>Conformation / Normalisation des comportements (David, 1998)</p> <p>Catalyseur de l'action, focalisent l'attention des acteurs et les mettant en mouvement (Grimand, 2011)</p> <p>Pouvoir (Chalayer-Rouchon et <i>al.</i>, 2006)</p> <p>Influence interne (Ansari et Euske, 1987 ; de Vaujany, 1999 ; Rocher, 2008)</p> <p>Echange et partage (de Vaujany, 1999)</p> <p>Communication (Moison, 2005)</p> <p>Interagir très fortement avec les subordonnés (Simons, 1995)</p> <p>Coordination entre les différents services (Baudet, 1941)</p> <p>Négociation avec les partenaires internes (Amans et <i>al.</i>, 2010)</p> <p>Management interne (Martineau, 2012)</p>
Accompagnement de la mutation / Apprentissage	<p>Aider les managers à formuler des réponses à un environnement changeant (Postaire et <i>al.</i>, 2021)</p> <p>Initier un changement (Bruant-Bisson et <i>al.</i>, 2012 ; Moison et Pepin, 2010 ; Martin, 2006)</p> <p>Apprentissage (Chalayer-Rouchon et <i>al.</i>, 2006)</p> <p>Accompagner un changement (David, 1998)</p> <p>Support d'apprentissage (Berry, 1983 ; Moison, 1997)</p> <p>Machine d'apprentissage (Burchell et <i>al.</i>, 1980 ; Rocher, 2008)</p>
Légitimation interne	<p>Légitimité à l'interne (Bede et <i>al.</i>, 2012)</p> <p>Répondre aux pressions internes (Aubouin et <i>al.</i>, 2012)</p> <p>Légitimation interne et externe (Rouchon et <i>al.</i>, 2010)</p>
Dialogue externe / Négociation	<p>Négociation et influence (de Vaujany, 1999)</p> <p>Echange et partage (de Vaujany, 1999)</p> <p>Plaidoyer politique (Covaleski et Dirsmith, 1983)</p> <p>Machine politique (Burchell et <i>al.</i>, 1980)</p>

Légitimation externe	<p>Légitimité à l'externe (Bede et <i>al.</i>, 2012 ; Busson-Villa et Gallopel-Morvan, 2012 ; Eggrickx, 2012)</p> <p>Être entendu par rapport à une logique institutionnelle combattue ou soutenue (Amans et <i>al.</i>, 2020 ; Boitier et Riviere, 2016)</p> <p>Légitimation interne et externe (Rouchon et <i>al.</i>, 2010)</p> <p>Légitimation de l'action (Chalayer-Rouchon et <i>al.</i>, 2006, Rocher, 2008)</p> <p>Accroître la confiance envers les financeurs (Bouquin, 2001)</p> <p>Valorisation (de Vaujany, 1999)</p> <p>Influence externe (Ansari et Euske, 1987)</p> <p>Machine à rationaliser (Burchell et <i>al.</i>, 1980)</p>
Non usage / Usage non déterminé	<p>Travaux relatifs aux « <i>non usagers</i> » (Wyatt et <i>al.</i>, 2003 ; Jaureguiberry, 2010)</p> <p>Rituel, habitude (Samuelson, 1986)</p>

Cette typologie (Lux, 2013) est riche d'enseignements dans la mesure où elle fait partie des rares travaux qui ont pris soin d'identifier précisément les différents usages des outils de gestion. Conscients que différents usages se recoupaient, et après extension des travaux à d'autres organisations médico-sociales, Petit et Lux (2020) ont élaboré une nouvelle typologie des usages outils de gestion qui peut être représentée ainsi :

- Le non-usage des outils (« *ghost machine* ») : le non-usage caractérise souvent des outils de gestion fournis par les autorités de tutelle des hôpitaux, qui ne sont jamais utilisés par les opérationnels ou les cadres hospitaliers
- La gestion courante (« *monitoring* ») qui correspond aux situations où les outils de gestion sont utilisés pour organiser le travail au quotidien dans les hôpitaux
- La gestion stratégique (« *strategic decision making* ») : les outils de gestion sont utilisés pour fournir des données permettant aux utilisateurs d'étayer leur raisonnement stratégique
- L'audit (« *attention focusing* ») : les outils sont utilisés pour porter l'attention sur une unité de l'organisation en particulier, afin de mieux comprendre son fonctionnement et le contrôler
- La légitimation (« *legitimizing* ») : les outils de gestion sont utilisés par les utilisateurs pour se construire une légitimité face aux autres acteurs, internes ou externes

- La porosité (« *porosity* ») : décrit une situation où la pratique managériale implique de mobiliser au moins deux outils de gestion
- La continuité (« *continuity* ») : fait qu'un même outil de gestion puisse être utilisé selon des différents usages, soit au même moment, soit à différentes étapes de son cycle de vie

Cette typologie reprend celle de Lux (2013), en ajoutant deux nouvelles notions : la porosité, soit l'usage simultané d'au moins deux outils de gestion ; et la continuité, qui rappelle qu'un même outil de gestion peut être utilisé différemment selon les contextes et les acteurs. Cette notion de continuité rappelle le concept de « *drift* » (Quattrone et Hopper, 2001 ; Andon *et al.* 2007), soit le fait que « *les outils de gestion sont, dans cette perspective, dotés d'une agence, ils ne sont pas des objets stables et passivement manipulés par des utilisateurs mais suivent une trajectoire, indéterminée, qui leur est propre* » (Dambrin et Grall, 2021, p. 107). Il serait ainsi intéressant d'étudier les différents déterminants, liés à la fois aux situations et aux acteurs impliqués, de la continuité des usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs

Malgré son intérêt, cette typologie des usages des outils de gestion (Lux, 2013 ; Petit et Lux, 2020) est insuffisante pour répondre à notre question de recherche en plusieurs points. D'une part, le contexte de ces typologies (usages des outils de gestion par des directeurs administratifs d'établissements médico-sociaux) est très différent du nôtre. En effet, l'hôpital public est une organisation pluraliste par essence, comme cela sera détaillé ultérieurement, qui voit coexister en son sein quatre mondes professionnels régis par des logiques institutionnelles différentes. Dès lors, l'analyse des usages du portefeuille d'outils au sein de l'hôpital public doit prendre en compte ces données, compte tenu de l'approche située des outils de gestion dans laquelle nous nous engageons. De surcroît, les utilisateurs du portefeuille que nous étudions (cadres de santé) sont des professionnels tenus d'exercer des rôles en tension, comme nous le détaillerons plus tard. Cette particularité se reflète nécessairement dans leurs usages du portefeuille d'outils de gestion, et la typologie des usages qui sera faite doit prendre en considération cette pluralité de rôles attendus des cadres de santé.

De surcroît, les typologies présentées plus tôt n'apportent pas d'éclairage quantitatif sur les usages outils de gestion. La recherche récente (Petit et Lux, 2020) fait pourtant état du manque de travaux qui permettent d'analyser les usages des outils de gestion concomitamment dans leurs dimensions qualitative (quels usages sont réalisés ?) et quantitative (dans quelles circonstances ?) : nous ambitionnons donc de prolonger ces travaux en développant cette double dimension afin de combler cette lacune.

De surcroît, de nombreux travaux en ressources humaines et en organisation (McGivern et *al.*, 2015, Valette et *al.*, 2018) insistent sur la nécessité de conduire des recherches permettant d'identifier la contribution de dispositifs, comme un portefeuille d'outils de gestion, à l'hybridation des rôles des acteurs de l'hôpital. Il existe ainsi un besoin de travaux focalisés sur les outils permettant « *de rendre des comptes sur les enjeux paradoxaux plutôt que des comptes partiels à des acteurs qui s'ignorent, des dispositifs qui facilitent l'insertion et l'échange entre individus de différentes fonctions et métiers* » (Valette et *al.*, 2018). Notre objectif consiste donc à proposer une recherche qui contribue à relier deux champs de la littérature qui s'ignorent trop souvent : les travaux liés à l'hybridation des rôles d'une part, et ceux liés aux usages des outils de gestion d'autre part.

Dans ses travaux, Hussenot (2006) élabore une typologie des outils de gestion qui tient compte d'une dimension quantitative liée à la fréquence de recours. Cet auteur identifie cinq types d'usage :

- Usage de l'outil conforme à l'usage prescrit : il a pour objectif de communiquer / envoyer un signal de conformité afin de gagner en légitimité
- Alimentation non continue de l'outil : le recours à ces outils par les acteurs est ponctuel, quand ils en ont besoin ou quand un évènement le nécessite
- Utilisation de toutes les fonctionnalités de l'outil, mais de façon aléatoire
- Usage intensif de l'outil, mais celui-ci demeure sans lien avec l'action de l'acteur par ailleurs. Cela peut correspondre à un usage de façade.
- Seules les fonctionnalités majeures de l'outil sont utilisées. Cela correspond à différentes pratiques : usage partiel, usage détourné

Outre le fait qu'elle s'efforce d'introduire une distinction des usages par la fréquence, la typologie de Hussenot (2006) s'avère précieuse puisqu'elle permet de faire apparaître des usages non conformes à la prescription : des usages partiels et des usages factices (l'outil est complété par l'utilisateur mais n'est pas mis en pratique ou ne modifie pas le quotidien au sein de l'organisation). Ces pratiques relèvent d'une notion abondamment documentée dans la littérature néo-institutionnelle : le découplage. Cet usage, non étudié dans les typologies (Lux, 2013 ; Petit et Lux, 2020), revêt une importance particulière compte tenu du cadre théorique néo-institutionnel adopté. En effet, cette approche théorique distingue les réponses effectives aux pressions émises par la direction, c'est-à-dire les pratiques effectives de gestion d'équipe

et d'unité par les cadres de santé, des réponses de façade qui peuvent être véhiculées par les outils de gestion dans un message envoyé à la direction. Puisque le découplage est un usage non étudié dans les typologies des usages des outils de gestion que nous avons présenté mais qu'il revêt une importance afin d'accéder aux usages du portefeuille d'outil de gestion dans une perspective néo-institutionnelle, nous y consacrons la prochaine section.

1.3.4. Le découplage : un usage spécifique des outils de gestion mis en évidence par une approche néo-institutionnelle de l'hôpital

La théorie néo-institutionnelle, cadre théorique dont les caractéristiques ont été exposées précédemment, met en avant qu'un écart peut apparaître entre les normes et règles prescrites par les institutions et leur application concrète par les acteurs internes (Boxenbaum et Jonsson, 2008). Les structures organisationnelles peuvent adopter, en réponse aux pressions institutionnelles caractérisant leur environnement, des structures ayant pour but de prouver leur légitimité, faisant fi de la recherche d'efficacité pour le pilotage de l'organisation : on parle de découplage. Dans cette situation, la structure formelle adoptée est déconnectée de la réalité des pratiques organisationnelles (Meyer et Rowan, 1977, p. 55). En situation de découplage, les structures formelles sont mises en œuvre de façon cérémonielle : leur conformité par rapport aux attentes environnementales est symbolique, et non effective (Fiss et Zajac, 2006). Le découplage peut être défini ainsi : « *déconnection délivrée entre les structures organisationnelles qui renforcent la légitimité et les pratiques organisationnelles qui sont considérées par l'organisation comme étant les plus efficaces* » (Meyer et Rowan, 1977, p. 58). Le découplage ne se substitue donc pas au pilotage effectif de l'organisation mais il s'y additionne. Zelinschi et al. (2013), citant Westphal et Zajac (2001), décrivent le découplage comme « *un mécanisme de protection à travers lequel l'organisation maintient sa légitimité externe par des pratiques formelles qui incarnent des finalités socialement acceptables, tout en conservant des routines informelles qui ont évolué dans le temps* ». De la même façon, le découplage implique que « *la structure formelle d'une organisation devient une mascarade, et les liens entre cette structure de contrôle et l'activité réelle deviennent de plus en plus lâches* »¹ (Scott et Meyer, 1994, p. 225).

¹ *Decoupling: formal structure becomes in part a masquerade, and detailed control linkages between it and activity are avoided* » (SCOTT and MEYER, 1994, p. 225)

Certains auteurs préfèrent ne pas parler de découplage, mais font référence à la notion de *loose coupling* (Weick, 1976; Orton et Weick, 1990) afin de ne pas instaurer de connotation péjorative: le découplage est alors perçu comme source de progrès organisationnel, au sens où cela permet à l'organisation de gérer ses ambiguïtés. A l'opposé, Brunsson (1986) utilise le terme d'hypocrisie organisationnelle, afin d'insister sur les notions de tromperie et de triche associées au découplage.

S'il a parfois été reproché une importance excessive accordée par la littérature au découplage (Lounsbury, 2008), d'autres recherches tendent à penser qu'il a parfois au contraire été insuffisamment étudié dans sa globalité. Ainsi, la variable temporelle semble avoir un effet encore insuffisamment étudié sur le découplage (Tilcsik 2010; Parker, 2011). Or, les outils de gestion connaissant un *drift* (Dambrin et Grall, 2021 ; Quattrone et Hopper, 2001 ; Andon et al. 2007), il paraît crucial de comprendre les facteurs qui expliquent comment les usages d'un même outil, ou d'un portefeuille d'outils de gestion, diffèrent au cours du temps et selon les situations de gestion. Il apparaît en effet que le découplage n'est pas constant au cours du temps, voire même que progressivement, toute organisation tend à ajuster ses pratiques réelles sur les pratiques affichées : un phénomène de colonisation des outils de gestion dans la quotidien organisationnel apparaît alors (Power, 1999).

Les causes du découplage sont multiples, mais trois en particulier sont recensées (Oliver, 1991) : il s'agit des causes politique, technique et culturelle. Tout d'abord, le découplage est lié à une cause politique (Di Maggio et Powell, 1991) : il n'apparaît que si un rapport de force équilibré entre gestionnaires et professionnels existe dans une organisation (Meyer et Rowan, 1977). De surcroît, le découplage peut apparaître en raison d'un motif technique : c'est le cas lorsque la norme prescrite est impropre à faire fonctionner efficacement une organisation au quotidien. Cette norme est alors détournée, puis progressivement abandonnée (Meyer et Rowan, 1977). Dans les organisations de santé, la direction et les cadres de santé acceptent progressivement qu'un écart apparaisse entre les normes et la pratique quotidienne : le découplage s'ancre alors (Mainhagu, 2015) au motif que l'application de l'usage prescrit est impossible à mettre en œuvre au regard de la charge de travail des cadres de santé. Enfin, un motif culturel préside au découplage : les professionnels sont des acteurs désireux de préserver des valeurs fortes liées à leur identité (Delmas et Toffel, 2008). Si les normes institutionnelles sont perçues comme incompatibles avec ces valeurs professionnelles, les professionnels vont entamer une démarche visant à les transformer (Oliver, 1991), voire à les supprimer (Mainhagu, 2015).

Compte tenu de notre question de recherche, l'étude de la notion de découplage paraît fondamentale. Certains environnements organisationnels, dont l'hôpital, sont ainsi particulièrement propices au découplage. Afin de s'opposer à des normes institutionnelles, définies par Favereau et Le Gall (2003) comme des règles régissant les conduites selon des principes généraux, les organisations doivent être animées par des acteurs disposant d'une puissance d'action. Les établissements de santé présentent plusieurs caractéristiques les rendant très propices au découplage (Kellogg, 2009): les institutions émettrices de normes évoluent dans un environnement très différent du leur (Fligstein, 1985), les identités professionnelles y sont très fortes (Binder, 2002; Rao et al., 2003) et des acteurs, autres que les managers, disposant d'une posture très forte au sein de leur secteur professionnel y évoluent (Rao et al., 2003). Au sein de ces organisations, les managers intermédiaires semblent jouer un rôle particulièrement notoire dans la mise en œuvre d'un couplage ou d'un découplage par rapport aux règles prescrites, au sens où appliquer ces dernières suppose d'impulser un changement des pratiques et des routines relevant de l'encadrement (Dutton et Ashford, 1993 ; Kalev et Dobbin, 2006). Les cadres de santé hospitaliers sont donc particulièrement bien « *situés* » pour pouvoir réaliser du découplage avec les outils de gestion qui sont à leur disposition.

Les indicateurs comptables habituels s'inscrivent plus facilement dans les pratiques des organisations privées, puisque ces dernières sont habituées à mesurer le résultat ou encore la rentabilité. En revanche, ces indicateurs sont peu adaptés à la complexité d'une organisation publique de service, traditionnellement « *loosely-coupled* », dans laquelle la mesure de la production est par essence complexe (Kurunmaki et al., 2003). Prenant l'exemple du National Health Service, le secteur hospitalier public britannique, Kurunmaki et al. (2003) expliquent qu'il est difficile de mesurer avec un indicateur financier la valeur des services produits, et que la seule mesure connue est le budget global alloué à l'établissement de santé. Par conséquent, la complexité de l'activité hospitalière se prêtant peu à la mesure financière de la valeur créée, le découplage entre l'activité centrale et les structures formelles est fréquente dans les organisations de santé (*ibid*). Etudiant la réforme du secteur public suédois dans les années 1960 et 1970, Brunsson (1992, p. 107) évoque le découplage en indiquant que « *l'importance du budget semble souvent être d'ordre symbolique. Les travaux relatifs au budget représentent un*

*bon exemple de l'incohérence entre les décisions et les paroles : l'activité quotidienne demeure faiblement couplée avec les décisions budgétaires ».*²

Ces éléments soulignent combien le contexte organisationnel, institutionnel et professionnel des cadres de santé au sein du CHU TONUS est propice à la présence, parmi les différents usages du portefeuille d'outils de gestion, de découplage. Il conviendra de se questionner sur la place du découplage dans l'hybridation des rôles des cadres de santé, et d'élargir la réflexion sur les usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs au CHU TONUS en envisageant la possibilité qu'il y ait du découplage, alors même que cette notion est absente de la typologie des usages des outils dans le médico-social par les directeurs administratifs (Lux, 2013).

C'est durant la décennie 1980 que la littérature s'est enrichie de travaux consacrés aux usages des outils de gestion.

Une distinction entre deux catégories génériques d'usage des outils de gestion émerge de la littérature. D'une part, les usages instrumentaux correspondent aux usages premiers de l'outil de gestion, c'est-à-dire à ses dimensions prescrites et opérationnelles, qui sont également les plus attendues puisqu'elles font appel aux fonctionnalités visibles de l'outil et qu'elles s'exercent au sein d'une organisation. D'autre part, il existe des usages politiques des outils de gestion, soit des usages officieux, tacites des outils de gestion, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas nécessairement prescrits ou assumés par le concepteur de l'outil mais qui participent néanmoins de son utilisation et qui permettent à l'utilisateur d'émettre un signal quant à la façon dont il veut se situer dans l'organisation ou dans son environnement. Les usages sociopolitiques peuvent être intra organisationnels ou bien au contraire rayonner au-delà.

En France, Berry (1983) dresse une typologie des usages des outils de gestion tandis que dans le monde anglo-saxon, des recherches empiriques (Burchell et *al.*, 1980 ; Ansari et Euske, 1987) élaborent des matrices d'usages des outils de gestion triés selon le degré d'incertitude ou les utilisateurs mobilisés. La littérature s'est ensuite étoffée depuis les années 1990 pour décrire de nombreux usages, dont la plupart des travaux sont repris dans une revue de littérature

² « *the chief importance of the budget often seems to have been symbolical. Work on the budget provided an important platform for the reflection of the inconsistencies in talk and decisions, while actions remained pretty loosely linked to the budgetary decisions* » (BRUNSSON, 1992, p. 107)

réalisée par Lux (2013) que nous actualisons et enrichissons. Il en résulte neuf usages principaux, filtrés de manière qualitative, représentés dans le diagramme de Lux (2013). Dans une recherche ultérieure dont le terrain porte sur des organisations médico-sociales, Petit et Lux (2020) font état de sept usages des outils de gestion par les directeurs de structure : le non-usage, la gestion courante, la gestion stratégique, l'audit, la légitimation, la porosité et encore la continuité. Ces travaux sont particulièrement intéressants puisqu'ils font partie des rares contributions qui se sont efforcés d'identifier les usages situés des outils de gestion.

Toutefois, il apparaît, comme indiqué dans la section précédente et dans la littérature (Hussenot, 2006 ; Petit et Lux, 2020), que les usages des outils de gestion ne se comprennent globalement qu'en prenant en compte leurs dimensions qualitative (que fait-on avec l'outil) et quantitative (à quelle fréquence fait-on cet usage ? A quelle occasion ?). La littérature faisant état de lacune à ce sujet, nous entendons combler ce vide. De surcroît, nous nous inscrivons dans une approche située des outils de gestion : la prise en considération des spécificités de l'hôpital public d'une part, et des rôles en tension attendus des cadres de santé d'autre part, s'avère indispensable. Or, les typologies proposées (Lux, 2013 ; Petit et Lux, 2020) étudient les usages des directeurs administratifs d'établissement médico-sociaux. Il existe donc un besoin fort d'enrichir la littérature en proposant une typologie des usages d'un portefeuille d'outils de gestion par des cadres de santé à l'hôpital, caractérisé par des identités professionnelles fortes (Binder, 2002; Rao et *al.*, 2003) et par des acteurs disposant d'une forte autonomie (Rao et *al.*, 2003).

Différentes caractéristiques des organisations hospitalières expliquent que les outils de gestion peuvent particulièrement y être utilisés selon une logique de découplage (Meyer et Rowan, 1977 ; Scott et Meyer, 1994). Cet usage n'ayant pas été relevé dans les travaux de Lux (2013), nous entendons poursuivre la recherche en la matière. En effet, la théorie néo institutionnelle met en évidence un décalage possible entre les réponses officielles aux pressions et les réponses officieuses : l'étude des usages du portefeuille d'outils de gestion à l'hôpital public permettra d'identifier un éventuel découplage, et de comprendre sa place dans l'incarnation de rôles en tension pour les cadres de santé.

Ainsi, nous souhaitons contribuer à relier deux champs de littérature : les travaux dédiés à l'hybridation des rôles des managers de l'hôpital (Burellier, 2020 ; McGivern et *al.*, 2015 ;

Valette et al., 2018) d'une part, et les travaux portant sur les usages des outils de gestion d'autre part (Lux, 2013 ; Petit et Lux, 2020).

A l'issue de cette revue de littérature dédiée aux usages situés des outils de gestion, la question de recherche initiale peut être précisée ainsi :

Comment les usages situés du portefeuille d'outils de gestion des effectifs, étudiés tant dans leur dimension qualitative que quantitative, peuvent-ils contribuer à l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant tenus par les cadres de santé à l'hôpital public?

Chapitre 2- L'hybridation des rôles des cadres de santé à l'hôpital public : quelle place pour les usages d'un portefeuille d'outils de gestion

Ce chapitre a pour objectif de présenter les spécificités du contexte dans lequel interviennent les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital public.

Dans un premier temps, il est mis en évidence qu'être cadre de santé à l'hôpital suppose d'incarner des rôles en tension dans une organisation soumise à un fort pluralisme institutionnel. Les travaux relatifs à l'hybridation des rôles seront évoqués avant de rappeler que l'hôpital est une organisation pluraliste au sein de laquelle les cadres de santé occupent une position pivot. Celui-ci invite les cadres à favoriser la coopération interprofessionnelle à l'hôpital pour pouvoir mener à bien leurs missions, ce qui suppose d'agir sur les frontières professionnelles séparant les groupes d'acteurs. Ce travail sur les frontières professionnelles influence les usages du portefeuille d'outils de gestion des cadres de santé : ceux-ci doivent mobiliser des interlocuteurs issus de groupes d'acteurs différents tout en permettant le pilotage de l'unité ou du pôle dont le cadre de santé a la responsabilité.

Ensuite, il est rappelé que les cadres de santé du CHU TONUS, comme l'ensemble des managers de la sphère publique, sont soumis à des pressions institutionnelles fortes exercées par différentes réformes issues du New Public Management. Celles-ci produisent des effets sur les cadres de santé qui, conformément au prisme de l'agence enchâssée ou *embedded agency*, disposent d'une marge de liberté dans la réaction qu'ils construisent face à ces pressions, qui peut passer par du découplage ou un couplage lâche. L'hybridation de leurs rôles organisationnels à travers leurs usages du portefeuille d'outils de gestion constitue donc un compromis entre la réaction aux pressions institutionnelles et la réflexivité dont disposent les cadres de santé. Enfin, nous montrons que le New Public Management a renforcé le contexte d'*accountability* des hôpitaux mais qu'il a aussi provoqué une *accountinginzation* de ces établissements : les outils de gestion devenant omniprésents, c'est par l'étude de leurs usages qu'il est possible de comprendre comment les cadres de santé essaient d'assurer les deux rôles qui leur sont confiés.

2.1. Être cadre de santé à l'hôpital public : des rôles à hybrider à l'interface de groupes professionnels séparés par des frontières professionnelles fortes

Dans cette partie, les particularités de l'hôpital public dans lequel évoluent les cadres de santé seront présentées afin de mieux comprendre comment l'environnement conditionne les usages du portefeuille d'outils de gestion. Ainsi, l'hôpital étant une organisation pluraliste au sein de laquelle les cadres de santé disposent d'une position pivot, les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé donneront à voir la nécessité d'interagir avec des groupes professionnels multiples, obéissant à des logiques variées. Enfin, il sera montré qu'il est attendu des cadres de santé des rôles organisationnels qui entrent en tension l'un par rapport à l'autre : une possibilité qui s'offre à eux est donc d'hybrider leurs rôles gestionnaire et soignant.

2.1.1. L'hôpital : une organisation pluraliste conférant une position pivot aux cadres de santé

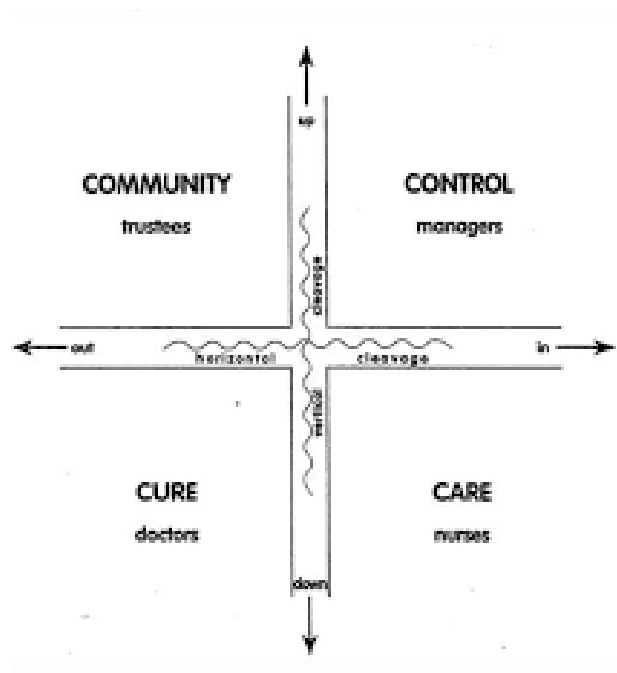
2.1.1.1. L'hôpital : une organisation marquée par un pluralisme institutionnel

La littérature managériale est abondante pour considérer les hôpitaux comme « *des organisations par essence pluralistes* » (Habib et Vandangeon-Derumez, 2015) dans la mesure où l'hôpital est une méta-organisation composée de plusieurs sous-structures autonomes, aux modes d'action différents (Jarzabkoski et Fenton, 2006). L'article fondateur de la notion d'organisation pluraliste (Denis et *al.*, 2001) prend d'ailleurs comme exemple les établissements de santé canadiens pour en illustrer les trois caractéristiques principales. Tout d'abord, les organisations pluralistes poursuivent des objectifs multiples et divergents : les hôpitaux publics défendent par exemple la qualité et la sécurité des soins mais ils sont aussi tenus de respecter un équilibre budgétaire et donc de restreindre la consommation de masse salariale. De surcroît, les organisations pluralistes voient coexister des acteurs multiples reliés par des relations de pouvoir diffuses et ambiguës (Bucher et *al.*, 1969; Scott, 1992 ; Habib et Vandangeon-Derumez, 2015). Enfin, les organisations pluralistes se caractérisent par la faible standardisation des processus de travail, rendant nécessaires des connaissances complexes.

Le pluralisme de l'hôpital s'explique notamment par « *la superposition de logiques d'action distinctes, présentes à différents niveaux de l'organisation* » (Contandriaopoulos et *al.*, 2005, p. 108) due à la coexistence de plusieurs groupes professionnels en son sein, aux objectifs,

formations professionnelles et modes d'action protéiformes. L'organisation hospitalière se décompose ainsi en quatre mondes professionnels (Glouberman et Mintzberg, 2001): les autorités de tutelle et les financeurs, comme le Ministère de la Santé, les Agences Régionales de Santé ou encore les différents ordres des professions de santé (COMMUNITY), la direction administrative et l'encadrement des hôpitaux (CONTROL), les médecins (CURE) et les paramédicaux (CARE). Ces quatre groupes se distinguent par « *les intérêts, identités et valeurs des individus ainsi que des organisations qui peuvent être reliés à des logiques institutionnelles prédéfinies* » (Ezzamel et al., 2012, p. 283).

TABEAU 8-LES 4 MONDES DE L'HOPITAL (GLOUBERMAN & MINTZBERG, 2001)



Comme l'indique le tableau 8 représentant les quatre mondes de l'hôpital identifiés par Glouberman et Mintzberg (2001), deux voies de démarcation entre les mondes apparaissent. La séparation verticale distingue les acteurs qui exercent une activité centrée sur l'activité clinique et les traitements délivrés aux patients (« *management down* ») des acteurs qui se focalisent sur le contrôle ou le financement de l'institution (« *management up* »). En outre, une séparation horizontale se fait jour entre les acteurs qui exercent un travail orienté vers les structures et les

acteurs qui sont soumis au contrôle de l'hôpital (« *management in* ») de ceux qui sont impliqués dans l'hôpital mais qui sont techniquement indépendants de la seule autorité formelle de l'hôpital (« *management out* »).

Les cadres de santé, anciens professionnels paramédicaux ayant évolué vers une fonction de management, ne peuvent se résumer à aucun des mondes de Glouberman et Mintzberg (2001). En effet, si l'identité professionnelle initiale des cadres de santé est soignante, ils ne peuvent être inclus entièrement dans le groupe du CARE dans la mesure où ils ne participent pas directement à délivrer des soins auprès des patients. De même, s'ils exercent une fonction d'encadrement, les cadres de santé n'appartiennent pas tout à fait au CONTROL, caractérisé selon les auteurs par le fait que « *les gestionnaires de l'hôpital sont étrangers aux opérations cliniques* » (Glouberman et Mintzberg, 2001), ce qui ne s'applique évidemment pas aux cadres de santé qui disposent d'une expérience et d'un rôle soignant. Les cadres de santé évoluent donc entre le CARE, que les auteurs résumant par leur mission de coordination des soins, des patients et des flux, et le CONTROL, qui est associé à la contrainte que les gestionnaires exercent sur les acteurs de l'hôpital afin de réduire les coûts et maîtriser la masse salariale en particulier.

A ce titre, le groupe des cadres de santé, qui ne résume à aucun des quatre mondes de l'hôpital, est un impensé du schéma représenté plus haut, ces professionnels évoluant à l'interface des différents groupes de l'hôpital, qui disposent chacun de logiques, d'objectifs, de raisonnements et de formations différents. Cette situation est qualifiée de pluralisme institutionnel, défini comme « *la situation vécue par une organisation qui évolue dans des sphères institutionnelles multiples* » (Kraatz et Block, 2008). Les cadres de santé occupant une position pivot à l'hôpital public, ils sont donc eux même soumis à un fort pluralisme institutionnel, étant soumis à des logiques institutionnelles variées auxquelles ils peuvent adhérer de manière différenciée (Pache et Santos, 2013 ; Bourbousson, 2019). Issue des travaux de Friedland et Alford (1991), la notion de logique institutionnelle a été définie comme « *un système de croyances et valeurs, socialement et historiquement construit, composé de symboles et de pratiques matérielles, par lesquels individus et organisations donnent du sens à leur activités* » (Boitier et Riviere, 2016, p. 49). Ainsi, les groupes professionnels de l'hôpital étant régis par des logiques institutionnelles propres, c'est bien cet ensemble de croyances, de valeurs et de pratiques qui distinguent les membres du CURE, du CARE, du CONTROL et de la COMMUNITY. Les membres de la COMMUNITY sont régis par une logique institutionnelle financière, les

membres du CONTROL par une logique institutionnelle gestionnaire tandis que le CURE répond à une logique médicale et que les membres du CARE est empreint d'une logique institutionnelle soignante. Au sein du CARE par exemple, c'est la logique institutionnelle soignante qui instaure la primauté du soin délivré au patient, qui conduit ses membres à défendre la qualité des soins qui nécessite un effectif soignant suffisant et qui peut donc conduire les membres à s'opposer aux mesures d'efficacité budgétaire soutenues par le CONTROL. Cet exemple permet de comprendre qu'une logique institutionnelle se comprend comme « *la base de règles prédéfinies, acceptées par tous et qui dicte le comportement des acteurs au niveau d'un champ* » (Reay et Hinings, 2009, p. 629 repris par Amans et al., 2015, p. 49).

Le pluralisme institutionnel, entendu comme la coexistence en leur sein de logiques institutionnelles multiples (Jay, 2013), concerne les organisations pluralistes ou celles qualifiées d'hybrides (Battilana et al., 2017, p. 128). Dans ces deux types d'organisation, la littérature explore la diversité des logiques qui s'exercent (Pache et Santos, 2010 ; Anderson-Gough et al., 2022) et les pratiques innovantes qui s'y déploient afin de prendre en compte cette variété institutionnelle dans le fonctionnement organisationnel (Pache et Santos, 2013 ; Anderson-Gough et al., 2022).

Ainsi, la littérature met en avant que l'introduction de la logique gestionnaire à l'hôpital ne modifie pas seulement les règles de fonctionnement (Kurunmaki, 2004 ; Kurunmaki et Miller, 2011) mais qu'elle peut renouveler en profondeur les pratiques opérationnelles des acteurs, en les faisant raisonner en termes financiers au détriment de la logique soignante et de la qualité des soins (Chua et Preston, 1994 ; Llewellyn et Northcott, 2005) : le travail des cadres de santé est donc très directement influencé par le pluralisme institutionnel auquel ils sont soumis. A ce titre, il convient de prendre en considération les différentes logiques institutionnelles auxquelles sont soumis les cadres de santé, et les différents groupes professionnels à l'interface desquels ils évoluent, pour pouvoir analyser finement leur travail et singulièrement leurs usages des outils de gestion.

2.1.1.2. Les cadres de santé : une position pivot qui nécessite de favoriser la coopération en jouant sur les frontières professionnelles de l'hôpital

La place des cadres de santé n'apparaît pas explicitement sur la configuration proposée par Glouberman et Mintzberg (2001), dans la mesure où ces professionnels sont à la fois inclus dans le monde du CARE (car ils sont tous des professionnels paramédicaux et que leur rôle soignant consiste à améliorer la qualité des soins, à réfléchir sur les parcours patients ou à mettre à profit leur expertise paramédicale pour éclairer des situations de gestion) et dans celui du CONTROL, au sens où ils sont devenus des managers tenus de mettre en œuvre les directives de la direction et des autorités de tutelle du fait de leur rôle gestionnaire. De surcroît, les cadres de santé sont en lien direct avec le CURE, puisqu'ils participent au staff médical et pilotent leur unité ou leur pôle en collaboration avec un médecin responsable. En outre, les cadres de santé négocient des ressources et doivent rendre compte de leur action auprès de la COMMUNITY. Cette situation inouïe à l'hôpital confère une position pivot aux cadres de santé (Anthony et al., 2005 ; Riviere et al., 2019, 2022) dans la mesure où ils occupent une position d'interface entre les paramédicaux, les médecins, la direction de l'hôpital, les autorités de tutelle et les patients (Adrianenssens et al., 2017 ; Dumas et Ruiller, 2013). Les cadres de santé ne participent plus directement aux soins mais sont chargés de la mise en œuvre des conditions matérielles et humaines nécessaires à la bonne prise en charge des patients : ils exercent donc une activité de contrôle et de réparation des ressources (« *management up* » selon Glouberman et Mintzberg, 2001). Leur position pivot les conduit à devoir travailler à la fois avec le CARE et le CONTROL, qui sont soumis à la seule autorité hiérarchique du directeur de l'hôpital (« *management in* ») mais aussi avec le CURE et la COMMUNITY, ce qui oblige les cadres de santé à œuvrer avec des acteurs impliqués à l'hôpital sans être soumis à son autorité formelle (« *management out* »).

La position pivot des cadres de santé les met dans une situation complexe, puisqu'en étant à l'interface des quatre groupes professionnels de l'hôpital, ils sont confrontés à des logiques institutionnelles différentes. Ainsi, au sein d'un groupe d'acteurs, la logique institutionnelle qui prévaut définit les normes, les bonnes pratiques et structure donc les attentes de comportement à l'égard des acteurs du groupe : la logique institutionnelle forge donc le rôle des acteurs.

Assurer son rôle de cadre (de santé) dans une organisation pluraliste suppose donc de parvenir à mettre en œuvre son autorité et une ou des logique(s) professionnelle(s) vis-à-vis d'acteurs soumis à des pouvoirs variés, et qui peuvent être tentés de profiter de cette multiplicité d'autorités pour se soustraire à celle des cadres de santé. Puisque le contexte de pluralisme institutionnel de l'hôpital public conditionne fortement les rôles des cadres de santé, il convient de définir la notion de rôle attendu comme « *un ensemble d'attentes comportementales associées à des positions données dans la structure sociale* » (Ebaugh, 1988 ; cité par Burellier, 2011). Ici, puisque c'est l'organisation hospitalière qui conditionne les attentes exprimées à l'égard des cadres de santé, c'est bien la notion de rôle organisationnel attendu qu'il faut mobiliser, entendue comme l'ensemble des attentes relatives aux activités et aux comportements relationnels exercés par un acteur dans un contexte organisationnel donné (Biddle, 1979). Conformément au prisme de l'agence enchâssée (Garud et al., 2007), ces rôles gestionnaire et soignant attendus des cadres de santé par les différents groupes professionnels de l'hôpital entrent en résonance avec la capacité de réflexivité des cadres, qui peut les conduire à tenir, à ne pas tenir, à relier ou encore à hybrider ces rôles. C'est bien le compromis entre cette capacité de réflexivité des acteurs et les pressions institutionnelles qu'ils reçoivent que nous étudions, sous le vocable de rôle organisationnel tenu. Cette notion de rôle tenu a déjà été étudiée à l'hôpital public et définie comme « *un compromis entre les attentes comportementales exprimées par la société et l'organisation et l'interprétation que l'individu fait de ce cadre prescriptif* » (Flachere, 2015, p. 91).

Pour mener à bien leurs missions, et participer à la transformation organisationnelle dans cette organisation pluraliste, les cadres de santé doivent, comme tous les managers d'une organisation pluraliste, s'inscrire dans un leadership collectif (Denis et al., 2012). Celui-ci peut être défini comme un processus dynamique de construction de coalitions au milieu desquelles les rôles, les participants et les influences varient au cours du temps (Denis et al., 2001 ; Pearce et Conger, 2003). Ainsi, il apparaît que les missions des cadres de santé, pour être menées à bien, nécessiteront que ceux-ci nouent des partenariats avec des acteurs appartenant à d'autres groupes professionnels, et qu'ils soient capables de faire évoluer leur management pour atteindre leurs objectifs en continu, malgré le caractère évolutif des influences exercées sur leurs équipes. La littérature conduit à mettre en avant le fait que les acteurs des hôpitaux n'ont d'autre choix que de s'efforcer de travailler sur les frontières qui séparent les différentes professions afin d'améliorer la qualité des soins (Powell et Davis, 2012), favoriser l'innovation (Mork et al., 2012) et plus globalement de mener à bien des rôles, gestionnaire ou soignant,

dans une organisation soumise au pluralisme institutionnel comme l'hôpital. Que ce soit pour favoriser la qualité des soins, mettre en œuvre des innovations, améliorer la gestion des ressources humaines ou encore établir des rapports d'activité à l'échelle d'un service ou d'un pôle, il incombe aux cadres de santé de développer la coopération interprofessionnelle. Cette dernière est définie comme les efforts déployés pour faire travailler ensemble des professionnels avec des connaissances, des expertises et des statuts sociaux différents afin d'aboutir à un objet partagé par tous (Abbott, 1998). La coopération interprofessionnelle est indispensable lorsque les missions réalisées par une organisation sont complexes et ambiguës (d'Amour et *al.*, 2005), ce qui est le cas dans le secteur de la santé (Huq et *al.*, 2017). Il a été montré que la coopération interprofessionnelle est favorable à la qualité des soins, aux conditions de travail des soignants ainsi qu'à l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux et à la réduction de leurs coûts (Eckenschwiller et *al.*, 2022). Ainsi, puisque le pluralisme institutionnel auquel fait face l'hôpital induit la nécessité, pour les cadres de santé, de favoriser la coopération interprofessionnelle, il convient d'étudier la notion de frontière qui sépare les différents groupes d'acteurs. Cette dernière a été beaucoup étudiée, tant dans la recherche en organisation (Santos et Eisenhardt, 2005 ; Zietsma et Lawrence, 2010) qu'en sociologie (Gieryn, 1983 ; Burri, 2008 ; Lamont et Molnar, 2002).

Afin d'assurer leurs missions, impliquant l'ensemble des groupes professionnels de l'hôpital, les cadres de santé doivent donc repenser leurs relations avec les différents groupes d'acteurs et faire évoluer les frontières qui les séparent. Par frontière, on fait référence « *aux délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* » (Chreim et *al.*, 2013, p. 204). Une vision plus processuelle conduit à comprendre la notion de frontière comme « *une distinction qui établit des catégories d'objets, de personnes et d'activités* » (Lamont et Molnar, 2002 ; Zietsma et Lawrence, 2010, p. 191) et qui régule les interactions entre ces catégories (Scott, 1992 ; Bucher et *al.*, 2016). La littérature met en avant le caractère composite des frontières (Hernes, 2004) : toutes les frontières présentent des dimensions physiques, structurelles, sociales, mentales, cognitives ou encore symboliques et peuvent être plus ou moins flexibles et perméables (Ashforth et *al.*, 2000).

Les travaux académiques en management ont fait apparaître différentes frontières : les frontières de rôle (Ashforth et *al.*, 2000 ; Kreiner et *al.*, 2009), les frontières professionnelles (Brown et *al.*, 2000), les frontières hiérarchiques (Kahn et Kram, 1994), les frontières de connaissances et de tâches (Bechky, 2003 ; Carlile, 2004 ; Orlikowski, 2002) et les frontières

qui séparent une organisation de son environnement (Santos et Eisenhardt, 2005). Si l'ensemble de ces frontières existent à l'hôpital, et elles ont été observées lors de ce travail doctoral menée au CHU TONUS, l'analyse du travail des cadres de santé met en évidence le fait que ce sont les frontières professionnelles qui sont en jeu. En effet, les acteurs qui travaillent à l'hôpital sont majoritairement des professionnels dans la mesure où ils exercent des métiers réglementés, soumis à l'obtention de titres professionnels constituant une protection légale du monopôle (Abbott, 1988), ce qui apporte une autonomie forte (Pickard, 2009). Ainsi, les frontières qui existent à l'hôpital et sur lesquelles notre recherche s'est portée sont majoritairement des frontières professionnelles, c'est à dire les éléments qui délimitent « *l'accès d'une profession à des ressources matérielles et non matérielles comme le pouvoir, les statuts ou la rémunération* » (Abbott, 1988). Lorsque nous utiliserons le terme de frontière professionnelle dans cette recherche, nous ferons référence à la définition de Chreim et al. (2013, p.204) dans la mesure où celle-ci couvre l'ensemble des aspects de la notion de frontière et sous-entend la nature dynamique de celle-ci. Les frontières professionnelles sont donc à comprendre dans notre travail comme l'ensemble des « *délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* », et singulièrement les différents groupes professionnels de l'hôpital public.

2.1.1.3. Tenir les rôles des cadres de santé à l'hôpital suppose un travail frontière

A l'interface de plusieurs groupes d'acteurs, les cadres de santé doivent être capables de mobiliser l'ensemble des professionnels de l'hôpital afin de les faire agir et évoluer dans une même direction. Or, il a été montré précédemment qu'en tant qu'organisation pluraliste, l'hôpital voit coexister des groupes professionnels disposant chacun de leur propre logique institutionnelle. Susciter la coopération interprofessionnelle implique donc d'agir sur l'ensemble des règles, objectifs, et routines qui séparent les groupes professionnels et les

empêchent d'évoluer dans la même direction : les cadres de santé doivent donc agir sur les frontières professionnelles, de façon à les rendre plus perméables ou au contraire plus rigides selon l'objectif recherché. Afin de mener leurs missions, les cadres de santé doivent sans cesse réaliser des arbitrages. Leurs décisions peuvent se comprendre comme des pondérations nécessaires qu'ils apportent entre des rôles et des logiques institutionnelles pluriels. En effet, alors que les communautés du CONTROL et de la COMMUNITY les incitent à la maîtrise dans la consommation des ressources humaines dont ils ont la responsabilité, ils sont aussi tenus, vis-à-vis des membres du CURE, du CARE et des patients, d'assurer à la fois la qualité des soins la plus élevée possible tout en entretenant des conditions de travail les plus satisfaisantes possibles pour les équipes soignantes.

Dès lors, confrontés à un besoin d'interagir avec des membres issus des différents groupes professionnels et de répondre à des logiques institutionnelles en tension, les cadres de santé prennent des décisions, instrumentées par le portefeuille d'outils de gestion, qui peuvent se comprendre comme des arbitrages ou des pondérations posées entre des groupes professionnels, des logiques institutionnelles et des rôles variés. Cette situation caractérise tant les médecins managers que les cadres de santé à l'hôpital public : « *En effet, dès lors qu'un individu devient porteur des objectifs de performance contradictoires, il doit rendre des comptes, se justifier, négocier auprès d'acteurs qui peuvent être cloisonnés, voire en opposition, ce qui crée alors des paradoxes d'appartenance. Par ailleurs, satisfaire des objectifs contradictoires passe nécessairement par du travail concret, mobilisant du temps, des compétences, de l'information, travail qui se trouve lui aussi mis en tension* » (Valette et al., 2018)

Tenir les rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé suppose de mettre en œuvre des logiques institutionnelles gestionnaire et soignante au carrefour des différents mondes professionnels. En effet, nous avons montré précédemment que les différents rôles des cadres de santé supposent de favoriser la coopération interprofessionnelle, ce qui implique d'agir sur ce qui sépare les différents groupes professionnels les uns des autres : les frontières professionnelles. Il apparaît donc que pour combiner leurs rôles et ainsi favoriser la coopération interprofessionnelle, les cadres de santé sont amenés à engager un travail frontière, ou *boundary work*, soit une démarche visant à maintenir, changer ou élargir leur domaine de pratique par rapport à d'autres groupes professionnels (Gieryn, 1983, 1999). Cette notion de travail frontière, forgée dans les années 1980, a fait l'objet de développements récents qui la définissent comme l'ensemble des efforts entrepris délibérément par des individus ou par un groupe professionnel (celui des cadres de santé dans notre recherche) pour influencer et modifier les frontières,

qu'elles soit sociales, symboliques, matérielle ou temporelles, ce qui modifie les groupes d'acteurs, leur travail et leur organisation (Langley et *al.*, 2019 ; Phillips et Lawrence, 2012). Le travail frontière est nécessaire dans la mesure où les différents professionnels d'une organisation pluraliste ont des approches différentes de la façon dont il faut s'y prendre pour atteindre un objectif partagé par tous (Di Benigno, 2018), en l'occurrence assurer la bonne organisation des soins au sein du CHU TONUS tout en maîtrisant la masse salariale paramédicale. Dans cette recherche, il a été mis en évidence que les frontières identifiées à l'hôpital étaient principalement professionnelles, il convient donc d'analyser le travail sur les frontières professionnelles réalisé par les différents usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé. En effet, il a été montré que le travail frontière modifie les dynamiques de collaboration, d'inclusion et d'exclusion dans une organisation (Lindberg et *al.*, 2017 ; Mork et *al.*, 2012). Etudier les modalités par lesquelles le portefeuille d'outils de gestion peut permettre aux cadres de santé de mener un travail frontière permet donc de comprendre comment ils peuvent combiner et hybrider les différents rôles organisationnels qui leur sont confiés, dont celles impliquant une coopération interprofessionnelle.

L'hôpital fait face à un pluralisme institutionnel, soit la situation d'une organisation soumise à des logiques institutionnelles diffuses et contradictoires. Parmi les acteurs de l'hôpital, les cadres de santé n'appartiennent exclusivement ni au monde du CARE (GLOUBERMAN et MINTZBERG, 2001) ni au monde du CONTROL, mais sont à la frontière entre ces deux mondes tout en étant en relation forte avec le CURE (pour les missions liées à la qualité des soins, à la rédaction de projet d'unité ou de pôle et la réflexion sur les parcours des patients) et la COMMUNITY. Etant soumis aux logiques institutionnelles soignante et gestionnaire qui façonnent leurs rôles gestionnaire et soignant, les cadres de santé font face à des injonctions multiples avec lesquelles ils doivent composer. Ce besoin de concilier des objectifs variés est renforcé par la nécessité pour les cadres de santé de susciter la coopération interprofessionnelle afin de mener à bien leurs différentes missions. Or, faire travailler ensemble les différents groupes d'acteurs de l'hôpital suppose d'agir sur ce qui les sépare, c'est-à-dire les frontières professionnelles. Il apparaît donc que le travail des cadres de santé, qui se matérialise notamment dans leurs usages du portefeuille d'outils de gestion, se comprend en intégrant leur besoin de faire évoluer les frontières professionnelles, et avec elles les relations qu'ils entretiennent avec les autres groupes professionnels. L'hybridation des rôles des cadres de

santé suppose donc qu'ils puissent travailler en coopération avec l'ensemble des mondes professionnels de l'hôpital, ce qui implique de mener un travail frontière (ou *boundary work*).

2.1.2. Les cadres de santé, des managers publics soumis à des rôles en tension

Comprendre la complexité des rôles des cadres de santé nécessite de les envisager comme étant soumis à la difficulté d'exercer comme manager d'une organisation publique. Ensuite, nous montrerons que les rôles attendus des cadres de santé par l'organisation hospitalière sont deux et entrent en tension l'un envers l'autre, ce qui conditionne les d'usages du portefeuille d'outils de gestion.

2.1.2.1. Les cadres de santé : des managers publics qui tiennent deux rôles en tension

Notre recherche se situant dans un hôpital public, il est fondamental de percevoir que les cadres de santé qui y évoluent sont avant tout des managers d'une organisation publique. En effet, « *au fil du temps, les cadres de santé sont devenus des managers du service public en se rapprochant de fonctions plus généralistes de gestion tout en s'éloignant des activités de soin* » (Riviere et al., 2019). Afin de mettre en lumière les rôles dévolus aux cadres de santé aujourd'hui, il est donc pertinent d'identifier les processus gérés par les managers publics et de mettre en avant les différents rôles qui leur sont attribués (Desmarais et Abord de Chatillon, 2008). La typologie figurant dans le tableau 9 (Desmarais, 2003) présente les processus, les rôles et les modes d'exercice des managers des organisations publiques.

TABLEAU 9- PROCESSUS, ROLES ET MODES D'EXERCICE DES MAANGERS PUBLICS (DESMARAIS, 2003)

Processus	Rôle	Modes d'exercice du rôle
Activités Organisation du travail, consignes, régulation, accompagnement des subordonnés dans leur travail	Rôle de traduction	Interprétation et transmission des consignes et objectifs en fonction des conditions de faisabilité mais aussi des intérêts des personnes et des collectifs de travail
Relations Collaborateurs, hiérarchie, autres services de l'organisation, fournisseurs, clients, institutions partenaires	Rôle de régulation des relations	Favoriser les relations internes mais aussi l'ambiance et la motivation dans le service. Maintien des réseaux sociaux de l'encadrant et de son image
Performance Outputs et outcomes	Rôle de pilotage des performances	Pilotage du service autour des résultats, remontée d'information et maîtrise des externalités du service (en termes d'image, de responsabilité sociale, risque juridique...)
Ressources Ressources humaines, moyens financiers et matériels	Rôle d'adaptation des ressources	Allocation, gestion et négociations des ressources

En tant que managers des hôpitaux publics, la typologie précédente permet d'appréhender le travail des cadres de santé en les regroupant en deux sous-ensembles.

D'une part, ils sont chargés d'un rôle de traduction (afin de traduire les directives imposées par les autorités de tutelle, les financeurs ou encore les prescriptions médicales en indications

concrètes pour modifier le fonctionnement des membres du CARE) et d'un rôle de régulation des relations, afin de permettre notamment une coopération interprofessionnelle à l'hôpital, propice à la qualité des soins, à l'amélioration des conditions de travail des personnels et à la fluidification des parcours des patients. Les rôles de traduction et de régulation des ressources, qui revêtent une dimension soignante, impliquent donc que les cadres de santé soient en mesure de comprendre pleinement le vocabulaire utilisé par les différents groupes d'acteurs, afin de se l'approprier et de le diffuser dans les autres groupes professionnels. Ce rôle soignant et communicationnel des cadres de santé les oblige à travailler à l'interface de l'ensemble des mondes de l'hôpital, sur le long terme, afin de faire coopérer les différents professionnels au service de l'amélioration de la qualité des soins, de l'animation de projet de service ou de pôle ou encore de la simplification des parcours des patients. Ces différentes missions étant fortement liées au soin délivré au patient, les cadres de santé mobiliseront davantage la logique institutionnelle soignante pour les développer.

D'autre part, les cadres de santé sont très sollicités pour adapter les ressources (notamment pour travailler les plannings afin de garantir à tout moment un effectif paramédical cohérent avec la charge en soin de l'unité, en tenant compte de l'absentéisme élevé des soignants) et pour piloter la performance (accueillir un flux de patients dans le service suffisant pour assurer l'équilibre financier de l'unité et répondre à la demande en soins du public, gérer de manière efficiente la masse salariale). Globalement, le contexte actuel oblige les cadres de santé à « *faire plus d'activité avec moins de moyens et de ressources, notamment humaines* » (Riviere et al., 2019, p.5 ; Noblet et Rodwell, 2009). Ce rôle plutôt gestionnaire, dont la prégnance dans le quotidien des cadres de santé a été soulignée par Achmet et Commeiras (2018), doit parfois être mené dans l'urgence, voire l'immédiateté (Bourgeon et al., 2013). En effet, l'activité hospitalière étant basée sur des soins donnés en continu et l'intérêt absolu de la préservation de la santé des patients à tout moment, l'équipe soignante (monde du CARE) exerce une pression temporelle sur le cadre de santé, qui doit suivre le tempo qu'elle impulse. Une dialectique temporelle s'exerce alors entre le cadre de santé et son équipe paramédicale dans l'exercice du rôle d'adaptation des ressources. Bourgeon (2013, p. 157) écrit ainsi à propos du cadre de santé : « *Mais la disponibilité du manager, l'immédiateté de sa réponse est le prix à payer pour avoir choisi de s'éloigner du vital. En d'autres termes, l'exigence du présent est un atout incontestable de la stratégie de l'équipe soignante ; elle est une expression de son pouvoir (issu du vital) exercé à l'encontre du cadre. Par le jeu de la division des tâches et de la noble finalité du soin, les soignants (équipe et médecins) enclavent l'encadrement dans une « bulle*

temporelle » *qui leur est extrêmement favorable* ». Cette vision interactionniste des rapports sociaux à l'hôpital insiste sur le fait que les missions du cadre de santé s'exercent dans un espace-temps qu'il subit. L'affirmation de son rôle de cadre gestionnaire, dans ce contexte précis, passe par une réaction vélocité de sa part : il envoie ainsi le signal que, bien que n'étant plus professionnel paramédical au lit du patient, il maîtrise encore la temporalité du CARE et du CURE. Pour exprimer sa légitimité de manager, « *le cadre de santé est contraint de répondre aux sollicitations de l'immédiat et dans l'immédiat. Il « se doit » d'être rigoureusement présent, de devenir un cadre de proximité temporel et spatial permanent* » (Bourgeon, 2013, p. 157). Les rôles d'adaptation des ressources et de pilotage de la performance sont fortement corrélés aux contextes budgétaire et politique des hôpitaux qui instaurent un « *managérialisme* » ambiant (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Ce deuxième rôle majeur attribué aux cadres de santé implique de mobiliser une logique institutionnelle gestionnaire, afin de parvenir à ajuster en temps réel le planning de l'unité aux évolutions permanentes de l'activité (afflux ou départs de patients) et de l'équipe (absentéisme, arrêt maladie inopiné, mouvement social...) tout en pilotant la performance. Ce rôle gestionnaire invite les cadres de santé à se focaliser sur le groupe des paramédicaux (CARE) et à privilégier le court terme.

Cette section met donc en avant la complexité du travail des managers publics, à l'instar des cadres de santé, qui sont soumis à deux rôles en tension. D'une part, leurs rôles de traduction et de régulation des ressources leur permettent de mener à bien des missions transversales qui impliquent un travail au long cours de coopération interprofessionnelle en mobilisant prioritairement la logique institutionnelle soignante.

D'autre part, les rôles d'adaptation des ressources et de pilotage de la performance santé sollicitent principalement la logique institutionnelle gestionnaire des cadres de santé et les invitent à travailler à court terme en se focalisant sur le groupe du CARE.

Les cadres de santé sont investis de deux rôles en tension qu'ils doivent concilier dans l'exercice de leur travail, et notamment dans leurs usages du portefeuille d'outils de gestion.

Cette section laisse donc entrevoir que les cadres de santé devant concilier deux rôles qui entrent en tension l'un par rapport à l'autre, leurs usages du portefeuille d'outils de gestion incarnent eux aussi cette tension.

Après avoir mis en exergue les deux rôles dévolus aux cadres de santé, appréhendés comme des managers publics, il convient désormais de s'intéresser aux rôles attendus des cadres de santé par l'organisation hospitalière elle-même.

2.1.2.2. Spécificités des rôles des cadres de santé liés à l'hôpital public

La structuration récente des hôpitaux publics exprime des attentes fortes sur les rôles des différents acteurs qui y travaillent. Dans cette section, l'objectif est de comprendre quels rôles sont attendus des cadres de santé par l'hôpital public actuel, afin d'en faire apparaître la diversité et de comprendre comment ces différents rôles à jouer peuvent structurer l'usage des outils de gestion par les cadres de santé.

Au sein de l'hôpital public, les attentes formulées à l'égard des cadres de santé sont duales. Dans son rapport, de Singly (2009) s'attache à détailler les missions qui incombent aux cadres hospitaliers, cette notion incluant les cadres de santé, les cadres sage-femmes, les cadres administratifs, les cadres médicot techniques ou encore les cadres socio-éducatifs. Dans son rapport, de SINGLY (2009) résume ainsi : « *quatre missions principales se dégagent :*

une mission de management d'équipes et d'organisations ; une mission transversale ou de responsabilité de projet ; une mission d'expert et une mission de formation »

Ces quatre missions décrivent de manière fonctionnelle le quotidien des cadres de santé, même si le niveau très élevé d'absentéisme chronique à l'hôpital public (Achmet et Commeiras, 2018) conduit une partie des cadres de santé à focaliser leur attention sur la première de ces missions: celle de management d'équipe. En tant que cadres, ces acteurs sont responsables de « *l'ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer puis contrôler le travail des personnels ainsi encadrés* » (de Singly, 2009). Comme indiqué précédemment, la mission la plus visible par les acteurs hospitaliers du travail des cadres de santé est « *l'encadrement dit de proximité, qui consiste à encadrer des personnel au*

quotidien et de manière directe (ex: cadres de santé) ou plus indirecte (ex: cadres supérieurs de santé) » (de Singly, 2009). Outre le rapport de Singly, les missions dévolues aux cadres de santé sont retracées dans divers autres documents officiels, comme les fiches métier, ce qui permet d'avoir accès aux rôles prescrits par l'organisation hospitalière pour les cadres de santé. La Direction Générale de l'Offre de Soins est chargée de mettre à jour et de renseigner régulièrement un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Ce dernier a fait l'objet de trois mises à jour en 2004, en 2008 et en 2013. Pour les encadrants paramédicaux, il importe de consulter la famille de métiers « SOINS », et de consulter la sous-famille « Management des organisations de soins ». Cette sous-famille comprend deux fiches métier : « cadre soignant de pôle » (ce qui correspond aux fonctions d'un cadre supérieur de santé en charge de la gestion d'un pôle) et « encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales ». De manière détaillée, la fiche métier O5U20 dédiée aux « encadrants d'unité de soin et d'activités paramédicales » indique qu'une autre appellation de ce métier est « cadre de santé ». La définition des rôles de ce métier se fait sous la forme des items ci-dessous :

- *"Organiser l'activité de soins et des prestations associées*
- *Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.*
- *Développer la culture du signalement et gérer les risques*
- *Développer les compétences individuelles et collectives*
- *Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle »*

Cette fiche métier fait également la synthèse des activités majeures de la profession :

- «- *Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine*
- *Coordination et suivi de la prise en charge de prestations*
- *Elaboration et rédaction de rapports d'activité*
- *Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels*
- *Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité*
- *Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)*
- *Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting*
- *Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité*
- *Veille spécifique à son domaine d'activité »*

Parmi les missions présentées ci-dessus, deux catégories se dégagent.

D'une part, les cadres de santé sont investis d'une mission de gestion directe de l'équipe paramédicale (« *organiser l'activité de soins* », « *manager l'équipe* », « *planification des activités et des moyens* » ou encore « *participer à la gestion médico-économique* »). Cette première catégorie de tâches de gestion, dont la littérature s'accorde à dire qu'elle est particulièrement chronophage, implique de recourir à un outillage de gestion : cette catégorie positionne les cadres de santé dans des missions de gestion budgétaire et de management tourné vers l'équipe paramédicale (Dumas et Ruiller, 2011). Cette première partie du rôle des cadres de santé consiste à adapter en permanence l'effectif paramédical présent, et donc le planning, aux évolutions du service ou du pôle géré tout en pilotant l'activité clinique de ce dernier. Ce premier aspect du métier de cadre de santé regroupe les rôles d'adaptation des ressources et de pilotage de la performance identifiés par Desmarais (2003). Afin de mener à bien ce premier rôle, les cadres de santé orientent donc leur travail vers la communauté du CARE tout en étant fortement imprégnés d'une logique institutionnelle gestionnaire pour guider leurs pratiques.

D'autre part, un autre aspect du rôle du cadre de santé est mis en lumière par les missions suivantes : « *gérer les risques* », « *coordonner les moyens* », « *rédaction de rapports d'activité* », « *Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques* », « *développer les compétences individuelles et collectives* », « *coordination* » ou encore « *contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins* ». Toutes ces missions revêtent une dimension collective au sens où pour être réalisées, elles impliquent de devoir faire travailler ensemble les différents groupes professionnels qui travaillent au sein d'une unité, au-delà de la seule équipe paramédicale. Ces missions sont beaucoup plus axées vers le soin et l'amélioration du service rendu aux patients, ce qui mobilise une logique soignante. Ainsi donc, ce deuxième aspect du rôle des cadres de santé rejoint les rôles de régulation des relations et de traduction identifiés par Desmarais (2003). Pour mener à bien ce deuxième rôle, les cadres de santé doivent travailler à faire coopérer les différents groupes de l'hôpital (CURE, CARE, CONTROL et COMMUNITY) à long terme, en mobilisant principalement leur logique institutionnelle soignante.

Il apparaît, tant dans les fiches métiers que dans le rapport de Singly, que les différents rôles attendus des cadres de santé à l'hôpital impliquent tous qu'ils mobilisent des outils de gestion. En effet, les différentes missions prescrites, telles que « *participer à la gestion médico-économique* », « *développer la culture du signalement et gérer les risques* », « *coordonner les*

moyens » ou encore « planification des activités et des moyens, contrôle et reporting » nécessitent un outillage gestionnaire.

Il apparaît donc un réel paradoxe dans les missions dévolues aux cadres de santé. Si les cadres de santé sont tenus d'assurer une gestion économe des effectifs paramédicaux, afin d'adapter en permanence les plannings aux fluctuations de l'activité et de l'absentéisme (rôles d'adaptation des ressources et de pilotage de la performance identifiés par Desmarais, 2003) ; ils doivent aussi dans le même temps mener à bien des missions transversales dédiées à améliorer la qualité des soins prodigués au patient, ce qui impose de susciter la coopération interprofessionnelle (rôles de régulation des ressources et de traduction décrits par Desmarais, 2003) tout en mobilisant la logique institutionnelle soignante. Ces deux rôles impliquent, pour être assurés, de mobiliser des outils de gestion. Aussi, étudier les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital public permet de comprendre comment ils essaient d'assurer les deux rôles qui leur sont attribués, quels choix ou compromis sont faits par eux entre les différents objectifs, les différentes temporalités et les différents groupes professionnels avec qui ils travaillent pour mener l'hybridation des rôles qui leur sont confiés par l'organisation hospitalière.

Dans cette première partie, nous avons mis en évidence que le rôle des cadres de santé est complexe. En effet, l'hôpital est soumis à un pluralisme institutionnel qui affecte en premier lieu les cadres de santé qui, disposant d'une position pivot, sont soumis à des logiques institutionnelles issues du CARE et du CONTROL mais également aux influences du CURE et de la COMMUNITY. Par ailleurs, tant en appréhendant les cadres de santé comme des managers publics qu'en détaillant les prescriptions de rôles à l'égard des cadres de santé par l'organisation hospitalière, il apparaît que ceux-ci sont soumis à deux rôles en tension. D'une part, les cadres de santé doivent piloter l'équipe paramédicale et l'adapter à l'activité clinique du service, ce qui suppose de déployer une logique institutionnelle gestionnaire en se focalisant sur le groupe du CARE. D'autre part, les cadres de santé sont tenus d'assurer un ensemble de missions transversales liées à l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients et au pilotage de projets, ce qui suppose un travail de long terme favorisant la coopération interprofessionnelle entre le CURE, le CARE, le CONTROL et la COMMUNITY tout en mobilisant la logique institutionnelle soignante. Enfin, pour mener à

bien ces deux rôles contradictoires, il est attendu des cadres de santé qu'ils mobilisent des outils de gestion.

L'étude des usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé peut donc se comprendre comme l'analyse de la capacité des cadres à concilier deux logiques institutionnelles différentes pour mener à bien des rôles en tension mobilisant des groupes professionnels pluriels.

Après avoir décrit le pluralisme institutionnel qui caractérise tout hôpital et après avoir mis en exergue la position pivot des cadres de santé, qui en tant que managers de l'hôpital public sont tenus d'assumer deux rôles qui peuvent entrer en tension l'un envers l'autre, il apparaît que les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé sont nécessairement protéiformes. De surcroît, ces usages doivent non seulement permettre de piloter la performance et d'adapter les ressources, mais aussi de travailler sur les frontières professionnelles de l'hôpital, dans la mesure où pour faire travailler ensemble des acteurs répondant à des logiques institutionnelles différentes, les cadres de santé doivent agir sur les éléments qui séparent les différents groupes professionnels et sont susceptibles de nuire à leur coopération. Il convient désormais de s'intéresser aux conséquences du New Public Management sur l'hôpital public, et sur les cadres de santé en particulier. En effet, les différentes pressions qui s'exercent sur eux produisent des effets sur leur travail, et donc sur leurs pratiques gestionnaires et leurs usages des outils de gestion qu'il importe de mettre en valeur.

2.2. Le New Public Management : des pressions fortes à la performance qui façonnent les pratiques des cadres de santé, et donc leurs usages du portefeuille

Dans cette seconde partie, les différentes réformes récentes issues du New Public Management qui se sont appliquées à l'hôpital public français seront détaillées afin de comprendre dans quelle mesure celles-ci modifient le travail des cadres de santé, leurs rôles et les injonctions qui s'exercent sur eux. Le prisme théorique néo institutionnel est ensuite utilisé pour conceptualiser ces pressions et imaginer la diversité des réactions possibles que les cadres de santé peuvent développer. Il sera notamment montré que le découplage constitue une réponse, instrumentée par des outils de gestion, faisant office de compromis entre la liberté d'action du cadre de santé et la force des pressions qu'il subit. Enfin, nous montrerons l'importance de porter la focale sur les usages des outils de gestion, compte tenu du climat d'*accountability* et du processus d'*accountinginzation* qui caractérisent l'hôpital public actuel. En effet, il sera montré que les usages du portefeuille d'outils de gestion sont particulièrement à même, dans le contexte actuel de l'hôpital public, d'éclairer le travail des cadres de santé et la façon dont ils entendent incarner leurs rôles différents dans un contexte de pluralisme institutionnel à l'hôpital public.

2.2.1. Les réformes hospitalières issues du New Public Management : impact sur les rôles des cadres de santé

Tout d'abord, nous montrons que le contexte actuel des hôpitaux publics est la résultante de différentes réformes issues du New Public Management qui ont restructuré la gouvernance, les rôles des acteurs dont les cadres de santé et l'utilisation des outils de gestion. Ensuite, nous inscrivons les cadres de santé dans le prisme néo institutionnel de l'agence enchâssée (ou *embedded agency*), en montrant que ces acteurs réagissent aux pressions institutionnelles tout en gardant une marge de liberté et en exerçant leur réflexivité par rapport aux pressions qui s'exercent sur eux. Les différents types de pressions institutionnelles qui s'exercent sur les cadres de santé sont ensuite présentés, avant d'envisager le spectre des réponses possibles face à celles-ci par les cadres de santé.

2.2.1.1. Les réformes issues du New Public Management et leurs effets sur la gouvernance hospitalière et le rôle des cadres de santé

L'ensemble des réformes récentes qui ont transformé l'hôpital et qui caractérisent sa forme actuelle sont l'incarnation d'un mouvement plus large : le New Public Management. Popularisé par Hood (1991), ce terme désigne un ensemble de réformes apparues dans les années 1980 au Royaume Uni, au Canada, en Nouvelle Zélande puis dans la plupart des pays de l'Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE). Le New Public Management a pour objectif d'accroître l'efficacité, l'efficience et la responsabilité au sein des organisations publiques (Drevetton, 2017 ; Steccolini, 2019). Ces réformes se traduisent par un processus d'« *accountingization* » (Power et Laughlin, 1992, p. 133) par les établissements publics, qui désormais se mettent à appliquer le principe de reddition de comptes (ou *accountability*) venu du secteur privé. L'hôpital a donc adopté progressivement un nombre croissant de méthodes managériales et comptables formalisées (Flachere et Habran, 2019). Dans un article fondateur, Hood (1995) décrit sept composantes de la doctrine du New Public Management, permettant de mieux caractériser cette réforme managériale : la décomposition du secteur public en petites unités autonomes ; la mise en concurrence des services publics entre eux, via l'introduction de marchés internes et l'instauration de contrats dans le secteur public ; le recours aux pratiques de management venues du secteur privé ; l'accent porté sur la discipline et sur la frugalité des ressources utilisées ; l'intensité du pouvoir accordé aux directeurs généraux et cadres dirigeants du secteur public ; le déploiement de standards explicites de performance à atteindre, et recours à des outils calculatoires permettant de mesurer la performance des services et leur succès et enfin l'accentuation du contrôle des résultats

Le New Public Management se traduit par un renforcement accru du contrôle, au moyen d'outils de gestion importés du secteur privé, et donc d'une diminution de la confiance et de l'autonomie accordées aux professionnels du secteur public. Cette situation peut être retranscrite ainsi : « *Les outils de gestion consistent un élément central dans la nouvelle conception de cette accountability, puisqu'ils sont le reflet de la confiance majeure accordée au marché et aux méthodes venues du secteur privé... et dans la méfiance à l'égard des agents publics et des professionnels, dont l'activité est désormais évaluée et auditée par des indicateurs comptables et financiers* » (Hood, 1995, p. 94). L'objectif est de piloter la performance des hôpitaux, tant en termes d'équilibre budgétaire que de qualité des soins. En effet, les réformes issues du New Public Management engagent les hôpitaux dans des efforts

soutenus afin de réduire leur déficit tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins nécessaires au maintien de l'attractivité du service public hospitalier (Georgescu, 2013). A cet égard, puisque les réformes visent la performance, tant médico-financière qu'en termes de qualité des soins, on peut dire que la performance « *constitue la clé de voûte et la finalité de l'ensemble des changements opérés au sein des organisations hospitalières* » (Dos Santos et al., 2014, p. 293). Ces changements impliquent donc un recours massif aux outils de gestion, et en particulier au portefeuille d'outils de gestion des effectifs au CHU TONUS, pour permettre aux cadres de santé d'incarner tant leurs rôles gestionnaire que soignant.

Ainsi, l'une des premières transformations issues du NPM qui s'applique aux hôpitaux est la loi de financement de la sécurité sociale de 2004 (loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003), depuis laquelle tous les établissements de santé sont financés à la tarification à l'activité (T2A), pour la plupart de leurs services, ainsi que par des dotations complémentaires. Cette réforme s'inscrit plus globalement dans plan Hôpital 2007, mis en place progressivement à partir de 2003 et jusqu'en 2008. L'idée de l'instauration de la T2A était de corriger les différences de ressources financières entre des établissements à l'activité comparable d'une part et d'introduire un lien entre le nombre d'actes réalisés et le financement obtenu. Selon Burnel (2017), cette réforme entend donc inciter les établissements hospitaliers à atteindre l'efficacité allocative (en répartissant les moyens entre les organisations sanitaires selon leur niveau d'activité) et l'efficacité productive (en incitant les hôpitaux à l'efficience). Cette modalité a concerné d'abord les établissements publics et privés participant au service public hospitalier, avant de s'étendre en 2005 aux établissements de santé privés commerciaux pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Il faut noter que cette refonte du système constitue un changement majeur pour les établissements publics, habitués à fonctionner avec un budget global, tandis qu'il s'inscrit dans la continuité du mode de financement auquel étaient habitués les établissements de santé privés. Le postulat est donc fait avec cette réforme que le changement concernera d'abord les hôpitaux publics qui sont « *supposés disposer d'une marge de progression de leur efficience plus importante que leurs concurrents privés, en raison notamment du caractère faiblement incitatif du budget global* » (Burnel, 2017). La réforme instaurant la T2A vise à « *lier les ressources allouées à leur activité en fonction de tarifs nationaux élaborés notamment à partir d'un système de calcul de coûts par groupes homogènes de malades (GHM) ou de séjours (GMS)* » (Georgescu et Naro, 2012, p. 69). D'autre part, des financements complémentaires peuvent être adressés aux hôpitaux, sur la base de la qualité des soins délivrés. Dès lors, des enjeux contradictoires s'imposent aux hôpitaux : multiplier le

nombre d'actes pour accroître les ressources perçues par leur établissement tout en améliorant la qualité des soins aux patients, afin de bénéficier d'autres enveloppes de financement. Les rôles organisationnels dévolus aux cadres de santé augmentent donc en exigence tout en se combinant : ils doivent gérer au mieux les ressources humaines paramédicales pour améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en limitant la masse salariale. Les rôles gestionnaire et soignant doivent donc se combiner et se transformer, pour pouvoir être incarnés concomitamment par les cadres de santé.

Outre le changement du mode de financement, le **plan Hôpital 2007** organise des changements dans les pratiques et outils de gestion déployés à l'hôpital, notamment l'introduction de nouveaux outils de gestion des pôles (parmi lesquels les CREA: Comptes de Résultats d'Exploitation Analytiques), le développement de la contractualisation interne ou encore un renforcement de la technostructure au sens de Mintzberg par l'arrivée massive de contrôleurs de gestion (Moison, 2010). Le travail des cadres de santé est donc profondément modifié par ces réformes. Leur métier passe d'un rôle de professionnel de santé expert en soins à un rôle de manager, tenu de mobiliser des outils de gestion, de s'approprier des raisonnements et une culture gestionnaire tout en utilisant son expertise clinique pour piloter la qualité et la sécurité des soins. De surcroît, en développant les dispositifs de contractualisation d'objectifs médico-financiers entre la direction des hôpitaux et les unités soignantes, la réforme Hôpital 2007 a placé les cadres en situation de devoir formuler des objectifs médico-financiers puis de piloter la performance de leur unité / pôle par l'intermédiaire d'outils de gestion. Ainsi, les réformes récentes empruntées de New Public Management (NPM) transforment la place des cadres de santé au sein de l'espace hospitalier. Loin d'être cantonnés au management des équipes paramédicales et donc limités à la sphère du CARE, il est attendu des cadres de santé qu'ils soient désormais, outre leur mission de gestion des équipes paramédicales, en interaction avec les médecins (CURE) afin de collaborer avec eux à transformer les pratiques pour améliorer la qualité des soins, les parcours des patients et la performance de leur unité. De surcroît, étant managers et donc responsable de l'activité et de la performance du pôle ou de l'unité qu'ils supervisent, les cadres de santé sont en relation étroite avec la direction et la sphère administrative des hôpitaux (CONTROL) et avec les financeurs et autorités de tutelle (COMMUNITY) : ils sont en effet chargés d'animer le dialogue de gestion avec ces groupes d'acteurs, ce qui suppose là encore de recourir aux outils de gestion.

Par ailleurs, d'autres acteurs que les cadres de santé voient leurs rôles modifiés par la réforme Hôpital 2007 : la participation des médecins au pilotage des hôpitaux, y compris au niveau

stratégique, est renforcée avec la création du Directoire, dont le vice-président est le médecin élu président de la Commission Médicale d'Établissement (CME). D'autre part, le pouvoir des directeurs d'hôpital se développe, en les affranchissant de plus en plus des élus locaux via une refonte du fonctionnement du conseil d'administration. Barreda (2018) résume le plan Hôpital 2007 en indiquant qu'il vise à « *réformer le système de financement, responsabiliser et laisser plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets* ». Très clairement, les réformes contenues dans le plan Hôpital 2007 qui s'inscrivent pleinement dans le mouvement de New Public Management, ont pour objectif de mettre en œuvre de nouvelles pratiques et outils de gestion dans les hôpitaux, directement inspirés de ceux usités dans les organisations privées à but lucratif (Brunsson et Sahlin-Andersson, 2000). Ces dispositifs sont alors présentés dans les organisations publiques, dont l'hôpital, comme « *the one best way* » au sens taylorien, soit la bonne manière de fonctionner (Hood, 1995). L'analyse des usages des outils de gestion constitue un moyen, utilisé par la direction des hôpitaux et l'encadrement supérieur paramédical, pour vérifier que les cadres de santé se conforment aux attentes qui sont formulées à leur égard. De même, afin de donner à voir des preuves, réelles ou factices, de leur conformité aux prescriptions de rôle, les cadres de santé mobilisent le portefeuille d'outils de gestion des effectifs à leur dispositif. Il apparaît donc que la réforme Hôpital 2007, inscrite dans le New Public Management, remanie le rôle et la position des cadres de santé dans l'espace organisationnel hospitalier. Les attentes à leur égard évoluent vers une maîtrise du pilotage médico-financier d'un service ou d'un pôle et il est attendu d'eux qu'ils développent, outre leur mission de management des équipes paramédicales, des relations avec les médecins (CURE), les personnels administratifs et de direction de l'hôpital (CONTROL) ainsi qu'avec les financeurs et les autorités de tutelle (COMMUNITY) de manière à accroître la qualité et la sécurité des soins. **Ainsi, le plan hôpital 2007 consacre la position pivot des cadres de santé, en démultipliant le nombre d'interlocuteurs avec lesquels ils doivent agir et en renforçant l'omniprésence des outils de gestion pour rendre compte de leur activité. De surcroît, cette réforme renforce les attentes des hôpitaux envers les deux rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé, qui sont amenés à se combiner et à être transformés afin de pouvoir être incarnés concomitamment, alors même que les tensions entre les deux sont exacerbées par la réforme.**

Plus tard, **la loi HPST** (Hôpital Patients Santé Territoires) ou loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portée par la ministre Roselyne BACHELOT, modifie l'organisation de la tutelle des

établissements de santé, ainsi que le fonctionnement interne des hôpitaux. La loi HPST se décompose en trois axes principaux : la coopération entre établissements de santé, la modification de l'écosystème des organisations sanitaires et la refonte de la gouvernance et de l'organisation interne des hôpitaux.

En ce qui concerne l'écosystème des établissements de santé en France, il est désormais piloté par les Agences Régionales de Santé (ARS) qui, en fusionnant de nombreuses instances préexistantes, se voient confier le soin de définir les objectifs des politiques sanitaires et de coordonner les établissements sanitaires et médico-sociaux du bassin régional. Cette coordination s'opère notamment sur la base d'une comparaison entre les performances financières de chaque établissement de santé. Dès lors, les ARS exercent une pression institutionnelle sur les différents services hospitaliers : les ARS communiquent aux différents cadres et cadres supérieurs de santé la performance de leur service et exercent une comparaison avec la performance des unités et pôles similaires dans d'autres établissements de santé de la région. Une pression mimétique à la performance s'applique aux cadres de santé : leur recours aux outils de gestion est donc omniprésent, afin de piloter la performance de leur entité et la faire évoluer conformément aux attentes institutionnelles.

De surcroît, l'environnement des hôpitaux est réorganisé en donnant le pouvoir de coordination régionale à une entité administrative, œuvrant sous l'égide du Ministère de la Santé, ce qui constitue une prise de pouvoir de la sphère administrative (monde du CONTROL) sur les sphères soignantes (CARE) et médicales (CURE) au sens de Glouberman et Mintzberg (2001) : **la position pivot des cadres de santé au sein de l'organisation hospitalière est donc officialisée. Cette dimension, jusque-là latente, du rôle des cadres de santé constitue désormais une attente formelle à l'égard de laquelle les cadres de santé qui doivent aussi rendre compte. Ils constituent en effet l'interlocuteur privilégié des acteurs tant externes (COMMUNITY) qu'internes à l'hôpital (CURE, CARE et CONTROL). En effet, l'omniprésence des outils de gestion s'intègre dans l'ensemble des rôles des cadres de santé, y compris sur la régulation des relations et la traduction identifiés par Desmarais (2003). Ainsi donc, les cadres de santé sont tenus de faire coopérer les différents groupes professionnels de l'hôpital, ce qui suppose d'engager un dialogue de gestion avec eux au moyen du portefeuille d'outils de gestion et de travailler sur les différents éléments qui peuvent séparer les groupes et nuire à leur coopération, cela implique donc d'agir sur les frontières professionnelles.**

La gouvernance des hôpitaux est également remodelée par la loi HPST en même temps que l'organisation interne de ces organisations est modifiée. L'obligation est désormais faite aux hôpitaux de s'organiser en pôles d'activité, ce qui conduit à gérer l'hôpital comme une fédération de centres de responsabilité autonomes, dotés de leur propre équipe de gouvernance et dont les résultats financiers seront comparés à ceux des autres pôles. Cette organisation polaire, qualifiée de pierre angulaire de la nouvelle organisation hospitalière (Nobre et Lambert, 2012), redistribue profondément le pouvoir entre les acteurs. Ainsi, le pouvoir du directeur d'hôpital est profondément augmenté, en matières financières, de gestion des ressources humaines ou de nomination des responsables internes. Au niveau financier, il est désormais du ressort du directeur de déterminer le programme d'investissement (après avis de la CME en ce qui concerne les investissements médicaux), il fixe également l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) et le plan global de financement pluriannuel, il arrête le compte financier et présente à l'ARS le plan de redressement. Le rôle prépondérant du directeur de l'hôpital est également illustré par les pouvoirs de nomination qui lui sont confiés. Ainsi, les articles 6146-1 et 6146-2 du Code de Santé Publique, modifiés à l'occasion de la loi HPST, prévoient que les chefs de pôle d'activité clinique ou médico-techniques soient nommés par le directeur de l'hôpital, sur la base d'une proposition de trois noms émise par le président de la CME. La réglementation prévoit qu'en l'absence de nom proposé, le directeur décide seul du médecin qu'il nomme à la tête d'un pôle d'activité clinique. La loi dispose que les collaborateurs du chef de pôle (cadre paramédical de pôle ou cadre sage-femme ainsi qu'un cadre administratif de pôle) soient également nommés par le directeur de l'hôpital. Cette évolution consacre la fin de l'hôpital comme « *antre du médecin* » (Pauly, 1980) et confirme l'avènement de l'ère du *managérialisme* à l'hôpital. Les cadres de santé sont désormais soumis à l'autorité hiérarchique du directeur d'hôpital, qui est issu du monde du CONTROL : **la place des outils de gestion est donc renforcée dans le travail des cadres de santé, puisqu'il devient le moyen d'exercer leurs différentes missions et de les représenter face aux autres groupes d'acteurs de l'hôpital.** Ainsi, le trio de pôle (médecin chef, cadre paramédical de pôle et cadre administratif) est désormais responsable du bilan de l'activité du pôle (Alphonse-Tilloy et al., 2021). L'hôpital public connaît donc une profonde mutation de son fonctionnement, de son financement et de sa gouvernance, visant « *à assurer un réel pilotage médico-économique associant les deux univers médical et gestionnaire* » (Burnel, 2017). Des pressions institutionnelles s'exercent donc sur le trio de pôle, et par voie de conséquences sur l'ensemble de l'équipe des cadres de santé d'un pôle, pour inciter ceux-ci à la fois au respect de l'orthodoxie budgétaire et à l'amélioration de la qualité des soins et de la coopération interprofessionnelle.

Ces pressions sont d'autant plus fortes que l'organisation polaire fait passer les hôpitaux dans un modèle d'organisation divisionnelle à forte composante professionnelle (Pouvoirville et Tedesco, 2003) dont la coordination passe par la standardisation des résultats par le siège des hôpitaux (Valette et al., 2015). Ainsi, les résultats financiers, qui sont déterminés par la gestion de la masse salariale paramédicale et par la productivité des soignants, dont la gestion incombe aux cadres de santé ; sont scrutés par la direction des hôpitaux : cela accroît la responsabilité des managers paramédicaux. En outre, il est montré que l'organisation polaire a augmenté la taille des unités à manager (Divay et Gadea, 2008) pour les cadres de santé, ce qui reconfigure leur rôle managérial (Resenterra et al., 2013). Ainsi, au CHU TONUS, les cadres supérieurs de santé qui sont à la tête d'un pôle encadrent entre six cent et huit cent personnes. Par conséquent, les acteurs du pôle s'engagent, en réponse aux pressions institutionnelles, dans un travail de légitimation des actions de gestion (Burellier et al., 2019). La défense concomitante des logiques et des rôles gestionnaire et soignant devient de plus en plus complexe dans la nouvelle organisation hospitalière.

Ainsi, la loi HPST redistribue le pouvoir au profit de la sphère administrative (les cadres de santé sont soumis à l'autorité du directeur d'hôpital, issu du CONTROL) et des financeurs (les hôpitaux, et en leur sein les cadres de pôle, doivent rendre compte de leur action auprès des Agences Régionales de Santé, soit la COMMUNITY, s'ils veulent négocier l'obtention de ressources supplémentaires). Par conséquent, la place des outils de gestion dans le travail des cadres de santé devient incontournable, tant pour mener à bien le pilotage de leur unité ou de leur pôle, que pour rendre compte de leur travail auprès du CONTROL ou de la COMMUNITY. Ce besoin de prouver sa conformité aux attentes exprimées porte à la fois sur le pilotage de la performance économique du pôle que sur l'amélioration de la qualité des soins, et est renforcé par la responsabilité croissante des managers de l'hôpital produite par la réforme.

Enfin, **la réforme « Ma santé 2022 »** a été présentée par Emmanuel MACRON en février 2018. Ce plan a pour objectif de « *renforcer le management hospitalier* » et de porter l'attention sur « *les encadrants d'équipes et les moyens mis à leur disposition* ». A ce titre, le plan prévoit de redonner au service son rôle de collectif, en favorisant les échanges pluridisciplinaires au sein des services des hôpitaux. Afin de rendre attractif les postes d'encadrement, il est prévu de repenser la sélection et la formation des managers et d'améliorer leur rémunération. Ainsi, les membres de tous les groupes professionnels sont appelés à se réunir par service, et à évoquer qui ils pressentent, au sein de leur collectif, pour assumer des responsabilités managériales. Si les acteurs cités acceptent l'idée d'occuper un poste de manager, les hôpitaux s'engagent à les

accompagner vers la formation à l'IFCS pour les paramédicaux qui deviendront cadres de santé ou vers des formations, telle que celle lancée par le groupement de santé des Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest (HUGO), qui proposent aux médecins appelés à devenir chef de service ou de pôle de suivre une formation comprenant sept modules de deux jours, étalés sur un an, incluant un dispositif de co-développement innovant. A l'issue de la formation, les médecins rédigent un mémoire professionnel et se font délivrer par l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) un diplôme d'établissement « Médecin Manager ». Il est également prévu de repenser le référentiel de formation des cadres de santé, avec un objectif de montée en compétences en matière gestionnaire et médico-financière et afin d'introduire aussi des ateliers de co-développement et de partage d'expérience, dans le but de favoriser la prise en considération de l'ensemble des acteurs de l'hôpital. Enfin, en termes financiers, au-delà de la réflexion sur des primes accordées aux cadres de santé et aux médecins chefs, le plan « Ma santé 2022 » envisage d'instaurer un intéressement collectif, qui serait octroyé à une équipe dans le cas d'atteinte d'objectifs en termes de qualité des soins, de simplification des parcours des patients et de concertation pluridisciplinaire.

Globalement, cette réforme renforce encore la position pivot des cadres de santé, en rappelant que ce sont ces acteurs qui sont particulièrement à même de pouvoir guider le changement à l'hôpital et participer à l'amélioration de la qualité des soins. Le service étant reconnu par la réforme par le collectif de référence, tous les acteurs de l'hôpital ont pour interlocuteur de référence son manager : le cadre de santé. Les deux rôles du cadre de santé sont mis en exergue par la réforme, qui appelle à accroître la formation des cadres afin de solidifier leurs compétences gestionnaires et leur raisonnement médico-financière et également à intégrer les points de vue de l'ensemble des acteurs de l'hôpital pour rappeler aux cadres de santé la nécessité de favoriser la coopération interprofessionnelle au service de la qualité des soins. Enfin, les formations et diplômes associés aux managers hospitaliers sont remodelés, de manière à renforcer la légitimation de ces professionnels par la compétence.

A partir de 1980, l'hôpital public français, à l'instar de nombreuses autres organisations publiques des pays développés, connaît une succession de réformes issues du New Public Management : celles-ci font entrer la logique des entreprises privées dans les organisations publiques, d'abord dans les pays anglo-saxons puis partout dans le monde. A l'hôpital public, différentes réformes entraineront une division des hôpitaux en pôles d'activités cliniques,

gérés par des trios de pôle composés d'un médecin chef, d'un cadre paramédical de pôle et d'un cadre administratif, qui sont responsables du bilan d'activité du pôle. Ainsi, le cadre paramédical, et toute son équipe de cadres de santé, voient leur gestion des ressources humaines paramédicales de plus en plus scrutée, tant par les directions des hôpitaux que par des institutions externes (Agences Régionales de Santé ou ministères...). D'autre part, des financements complémentaires peuvent être accordés aux hôpitaux selon la qualité des soins délivrés aux patients. Cela soumet donc les cadres de santé, qui sont responsables tant de la gestion des ressources humaines paramédicales que de la supervision de la qualité des soins, à des rôles en tension, tous deux instrumentés par des outils de gestion. Par ailleurs, la refonte de la gouvernance hospitalière redistribue le pouvoir au profit des directeurs (mondes du CONTROL) et des financeurs (COMMUNITY) : cette prévalence du raisonnement financier à l'hôpital renforce la place des outils de gestion pour tous les groupes professionnels de l'hôpital, y compris les cadres de santé. Ceux-ci sont donc tenus de mener à bien leurs deux rôles (rôle de gestion financièrement efficiente de l'équipe paramédicale et rôle soignant d'amélioration de la qualité des soins et de soutien coopération interprofessionnelle) en utilisant un portefeuille d'outils de gestion, tout en repensant leurs relations avec les autres groupes d'acteurs et en remaniant les frontières qui les séparent. Ces deux rôles, gestionnaire et soignant, sont amenés à se combiner et à se transformer réciproquement afin de pouvoir être incarnés concomitamment par les cadres de santé : l'hybridation des rôles des cadres de santé est donc nécessaire. En effet, une autre conséquence des différentes réformes inspirées du New Public Management qui affectent l'hôpital est de positionner les cadres de santé comme les interlocuteurs de référence de l'ensemble des groupes professionnels : les cadres de santé occupent donc une position pivot.

De surcroît, l'organisation polaire de l'hôpital a entraîné une augmentation majeure des effectifs à encadrer pour les cadres de santé (Divay et Gadea, 2008). Pour donner à voir leur conformité aux pressions, les cadres de santé s'engagent dans un travail de légitimation de leurs activités de gestion (Burellier et *al.*, 2019).

Après avoir contextualisé l'hôpital public français à l'aune des différentes réformes qu'il a connu récemment, nous saisissons le prisme théorique néo institutionnel afin de comprendre la réaction que peuvent développer les cadres de santé face à ces attentes issues des réformes et

d'imaginer dans quelle mesure ils peuvent les mettre à distance pour défendre leur logique institutionnelle et leurs intérêts.

2.2.1.2. *Embedded agency* : le comportement des cadres de santé comme un compromis entre des pressions institutionnelles fortes et leur capacité de réflexivité

La théorie néo-institutionnelle (TNI) postule que les institutions sont des structures sociales présentant la particularité d'influencer les actions des organisations au sein d'un système social donné. Le changement de paradigme proposé par la TNI peut être synthétisé de la façon suivante : « *l'intuition fondamentale c'est que les organisations s'inscrivent dans des espaces institutionnels qui les dépassent et qu'il faut donc porter l'analyse non pas sur le fonctionnement des organisations mais plutôt sur les institutions comme capacité de modelage des comportements* » (Saussois, 2007). En ce sens, Hatch et Cunliffe (2014) résument « *pour les institutionnalistes, les acteurs sont souvent les agents inconscients des systèmes (ou des champs organisationnels) qui organisent leurs actions et leurs activités* ». Dans notre recherche, le prisme néo institutionnel permet de comprendre que le travail des cadres de santé nécessite, pour être appréhendé, d'être mis en regard des pressions exercées sur les différents groupes professionnels auxquels ils appartiennent à l'hôpital.

Dès lors, le comportement des acteurs étant structurés par les institutions, il importe d'identifier la nature des influences selon le *old institutionalism*, dont les travaux principaux s'étalent entre 1970 et 1988 (Ben Slimane, 2019). Le sociologue américain Philip Selznick, fondateur de la théorie institutionnaliste appliquée aux organisations, suggère l'idée que ces dernières se structurent non seulement en fonction des luttes internes qui y ont lieu, mais aussi en réaction aux valeurs de la société externe. Ainsi, la TNI dans ses premiers développements présente l'originalité d'identifier deux sources de pression pesant sur les organisations : l'environnement technique, qui fait référence aux contraintes matérielles, techniques et aux ressources nécessaires à l'activité, et l'environnement institutionnel, qui comprend des croyances, des mythes, des schémas de pensée ou cadres cognitifs. Ainsi, les différents usages des cadres de santé, que l'on peut étudier afin de comprendre comment les cadres de santé répondent aux missions qui leur sont confiées dans une organisation hospitalière soumis à un pluralisme institutionnel, sont influencés par l'environnement technique, dont le portefeuille d'outils de

gestion et ses caractéristiques, et par l'environnement institutionnel, en particulier les logiques institutionnelles soignante et gestionnaire qui s'exercent sur les cadres de santé et les différentes pressions que subit l'hôpital.

La TNI fait l'hypothèse que les organisations agissent et se modifient, pas nécessairement gagner en efficacité mais surtout pour acquérir une légitimité, définie comme la perception du caractère propre et adapté des formes et des comportements organisationnels à des cadres cognitifs et culturels partagés (Suchman, 1995).

A partir de la fin des années 1990 (1988 à aujourd'hui selon Ben Slimane, 2019), une nouvelle approche de la TNI se développe, mettant en exergue la sur-socialisation des acteurs dans l'approche *old institutionalism*, voire même l'assimilation de ces derniers à des « *idiots culturels* » (Greenwood et al., 2008). Ainsi, à l'hôpital public, en dépit des influences technologiques (portefeuille d'outils notamment) et sociales (organisation hospitalière et les différentes pressions et logiques institutionnelles qui s'y exercent) affectant le travail des cadres de santé, leurs usages des outils de gestion qui traduisent la façon dont les cadres exercent leurs missions ne peuvent se limiter à des réactions aux pressions exercées sur eux : les cadres de santé disposent aussi d'une marge de manœuvre et de choix. Dès lors, une mise à distance de cette notion de cognition automatique des acteurs s'enclenche (Di Maggio, 1997) au profit de la mise en lumière du caractère déterminant de la réflexivité de l'acteur (Lawrence et al., 2009). Cette avancée théorique permet d'expliquer non seulement pourquoi les pratiques et formes organisationnelles se perpétuent, mais aussi pourquoi elles font parfois l'objet d'évolution : l'acteur n'étant plus réduit à une victime myope des institutions. Cette nouvelle direction prise par la TNI est permise par le recours au concept d'agence. Dans un numéro spécial d'*Academy of Management Journal* paru en 2002, les auteurs expliquent que la TNI a désormais vocation à expliquer les sources du processus de changement institutionnel, en combinant les notions d'agence et de légitimité (Dacin et al., 2002). Cette introduction de ces deux concepts permet à la TNI de relever un défi : être capable d'expliquer comment, alors qu'elles se diffusent par isomorphisme, les institutions naissent et se développent. Cette explication est fournie par l'utilisation du concept d'agence (Di Maggio, 1988; Di Maggio et Powell, 1983) et par la théorie de l'action (Fligstein, 1997).

La notion d'agence désigne le fait que l'agent, ou l'acteur, dispose d'une liberté de choix qui le conduit à agir librement afin de poursuivre de façon délibérée ses intérêts, y compris si cela s'oppose aux contraintes imposées par la structure sociale dans laquelle il s'insère (Sewell,

1992; Emirbayer et Mische, 1988, Ben Slimane, 2019). Un paradoxe naît alors : celui de la conciliation de la vision d'un acteur doté d'une réflexivité lui permettant d'agir intentionnellement avec l'idée d'une structure entièrement enchâssée dans des pressions institutionnelles déterminant les pratiques organisationnelles (Garud et al., 2007; Hardy et Maguire, 2008). La TNI aboutit alors au concept d'« *embedded agency* », ou d'« *agence enchâssée* » (Garud et al., 2007): ce dernier reconnaît l'agence tout en prenant en compte l'influence forte exercée par les institutions sur les schémas cognitifs de l'acteur et sur ses grilles de lecture de la réalité. Néanmoins, le concept d'agence enchâssée fait progresser le cadre théorique en donnant à l'acteur une capacité de réflexivité lui permettant de s'extraire des schémas de pensée instaurés par les institutions (Battilana et al., 2009) ou bien encore à profiter des contradictions institutionnelles pour y dégager une marge de liberté (Seo et Creed, 2002). Plus globalement, le concept de l'agence enchâssée nécessite de comprendre que les intérêts et buts poursuivis par l'acteur, bien qu'émanant de sa liberté personnelle et de sa réflexivité, sont aussi façonnés et déterminés par les institutions en place (Clemens et Cook, 1999). Avec la notion d'*embedded agency*, la TNI conçoit le fait que le comportement d'un acteur est un compromis entre les pressions institutionnelles, qui agissent parfois de façon implicite en modifiant la volonté personnelle de l'acteur et les buts qu'ils aspirent à atteindre, et sa réflexivité, qui lui permet de prendre de la distance par rapport à ces contraintes institutionnelles, voire d'y déroger. Dans ce travail doctoral, nous considérerons donc que le comportement des cadres de santé, reflété notamment par leurs usages du portefeuille d'outils de gestion, est le fruit d'un compromis entre les pressions institutionnelles et professionnelles auxquelles ils sont soumis et leur liberté d'action d'autre part. En effet, les rôles qu'ils incarnent s'analysent au prisme de la notion d'agence enchâssée comme un compromis entre les rôles organisationnels (gestionnaire et soignant), qui leur sont dévolus et qui nécessitent d'être hybridés puisqu'ils entrent en tension l'un avec l'autre, et leur capacité de réflexivité qui les conduit à appliquer ou non les pressions qui sont exercées sur eux. Dès lors, puisque la capacité de réflexivité et que les attentes de l'hôpital envers les cadres évoluent selon les situations et les interlocuteurs concernés, il semble naturel d'imaginer que le travail des cadres de santé, matérialisé en particulier par les usages du portefeuille d'outils de gestion, est protéiforme. Si les cadres de santé étaient des « *idiots culturels* » (Greenwood et al., 2008) soumis à des pressions institutionnelles identiques, un seul mode d'exercice du travail de cadre de santé, et donc un seul usage du portefeuille d'outils de gestion, serait retrouvé dans l'ensemble de la communauté des cadres de santé.

S'inscrivant dans le courant néo-institutionnaliste issu des travaux de Di Maggio et Powell (1983), notre cadre théorique permet de comprendre les acteurs des hôpitaux comme étant influencés dans leurs pratiques et leur travail par des pressions institutionnelles. Toutefois, dépassant la vision de l'acteur analysé comme un « *idiot culturel* » (Greenwood et al., 2008), nous considérons conformément à la théorie de l'agence enchâssée ou *embedded agency* (Garud et al., 2007) que tout acteur dispose aussi d'une capacité de réflexivité. Dès lors, ses pratiques, y compris les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé, sont des compromis entre les pressions institutionnelles auxquelles il décide de se soumettre et les comportements d'opposition ou de déviance par rapport aux usages prescrits liés à la capacité de réflexivité du cadre de santé. L'hybridation des rôles des cadres de santé s'interprète donc, à l'aune de la notion d'agence enchâssée, comme un compromis entre les rôles organisationnels attendus des cadres de santé et le travail de recombinaison et de transformation effectué par les cadres de santé compte tenu de leur capacité de réflexivité. Il convient donc de mettre en lumière les pressions institutionnelles qui s'exercent sur les cadres de santé à l'hôpital public afin de mieux comprendre les façons dont ces acteurs incarnent leurs rôles organisationnels pour y répondre. L'analyse de ces pressions et logiques institutionnelles permettra de mieux appréhender les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé.

La théorie néo institutionnelle permet donc de comprendre que face aux réformes actuelles de l'hôpital qui redéfinissent les attentes et rôles dévolus aux cadres de santé, ceux-ci peuvent opter pour une position intermédiaire. Le concept d'agence enchâssée (*embedded agency*) permet d'analyser le travail des cadres de santé, qui s'appréhende singulièrement par leurs usages du portefeuille d'outils de gestion, comme une tentative de concilier leur réflexivité personnelle avec les pressions institutionnelles qu'ils connaissent.

2.2.2. Panorama des pressions institutionnelles exercées sur les cadres de santé à l'hôpital public

Afin de mieux comprendre les facteurs qui structurent le travail des cadres de santé, et notamment leurs usages du portefeuille d'outils de gestion, il convient d'approfondir l'étude des pressions institutionnelles qui pèsent sur eux à l'hôpital public.

Di Maggio et Powell (1983, p. 150) précisent que l'environnement extérieur pèse sur les organisations, de sorte que celles-ci ne s'affrontent pas entre elles uniquement pour capter des ressources, clients ou des usagers (dans le cas des hôpitaux publics), mais aussi pour obtenir le pouvoir politique et la légitimité institutionnelle. Les pressions sont exercées par les institutions, qui désignent « *aussi bien les usages et les modes, les préjugés et les superstitions que les constitutions politiques ou les organisations juridiques essentielles ; car tous ces phénomènes sont de même nature et ne diffèrent qu'en degré. [...] de même que la science de la vie est la science des fonctions vitales, la science de la société est la science des institutions ainsi définies* » (Mauss et Fauconnet, 1901, p. 171). Emile Durkheim, célèbre fondateur de la revue l'Année sociologique et oncle de Marcel Mauss, partage cette acception du terme institution, qu'il choisit de définir ainsi: « *toutes les croyances et tous les modes de conduite institués par la collectivité; la sociologie peut alors être définie: la science des institutions, de leur genèse et de leur fonctionnement* » (Durkheim, 1983, p. 22). L'intérêt de la pensée durkheimienne est de donner à voir que l'institutionnalisation consiste à passer d'une simple description de valeurs et de croyances existantes dans une organisation (stade naturel) à la reconnaissance, par les membres de cette organisation, que ces valeurs et croyances revêtent un caractère d'autorité et qu'elles sont éminemment légitimes. **Ainsi, le monde du CONTROL a institutionnalisé la notion de rigueur budgétaire à l'hôpital, en lui faisant dépasser le stade de la bonne pratique pour la désigner comme étant l'objectif légitime à atteindre, à l'aune duquel il faut remanier la gestion des ressources humaines et l'activité clinique des services.** Les cadres de santé appartiennent également au monde du CARE, puisqu'ils sont tous des professionnels paramédicaux, majoritairement issus de la filière infirmière. Dans ce groupe, la priorité de la qualité des soins délivrés aux patients s'est institutionnalisée en opposition au prisme gestionnaire des réformes issues du New Public Management, ce qui explique la réticence des personnels paramédicaux envers les mesures de gestion des ressources humaines décidées par la direction de l'hôpital, comme le travail en sous-effectif lorsque l'équipe de

suppléance n'est plus disponible ou le remplacement de l'absentéisme à hauteur de soixante-cinq pourcents seulement. Les cadres de santé font donc face à des institutions, et par conséquent à des pressions institutionnelles multiples.

Si les sociologues ont fait avancer notablement la connaissance dans le domaine de l'institutionnalisation dans la première moitié du vingtième siècle, ce prisme théorique n'était appliqué qu'au niveau macroscopique (à l'échelle d'une société entière) ou microscopique, c'est à dire au niveau d'un individu (Gautier, 2009, p. 87). Il faut attendre la deuxième moitié du vingtième siècle pour que le champ théorique de l'institutionnalisation soit appliqué au niveau des organisations (Scott, 1995), définies comme des systèmes de coordination de l'action humaine, organisés afin d'atteindre un ou plusieurs objectif(s) et dont la survie requiert la coopération entre ses membres et l'adaptation à un environnement incertain et changeant (Scott, 2001). Les héritiers du sociologue Robert Merton, de l'université Columbia, furent parmi les premiers à appliquer le prisme néo-institutionnaliste aux organisations. Dans notre recherche, nous mobilisons l'analyse néo institutionnelle à l'échelle de l'hôpital dans un premier temps, puisque nous avons décrit les conséquences des réformes récentes concernant les hôpitaux publics, puis sur les groupes professionnels dans un second temps, au sens où les modifications de la gouvernance et des relations entre groupes d'acteurs ont été décrites.

Parmi les premiers travaux néo institutionnalistes appliqués aux organisations figure Philipp Selznick (1949), qui s'intéressa au célèbre cas de la Tennessee Valley Authority (TVA), organisation chargée par l'administration fédérale dirigée par Roosevelt de mettre en place l'électricité et des techniques agricoles modernes dans la vallée du Tennessee. Toutefois, Selznick observe que face à l'hostilité de l'Etat du Tennessee à son égard, la TVA a dû trouver d'autres alliés, et en particulier des élites locales. Si ce soutien lui permit de mener à bien certaines missions, les objectifs et les actions de la TVA en furent toutefois considérablement modifiés, ce qui confirme la théorie du déplacement des buts mise en avant par Merton. Le cas de la TVA montre que face à des pressions externes hostiles, une organisation peut réagir en cooptant des autorités et des acteurs, internes ou externes, mais que cela implique également une modification des valeurs, objectifs et modes d'action. A l'hôpital public, les différentes réformes de la gouvernance et du fonctionnement issues du New Public Management imposent des missions doubles aux cadres de santé (gestion de l'équipe paramédicale d'une part, avec une focalisation sur le CARE ; et animation de missions transversales impliquant la coopération interprofessionnelle d'autre part). Pour assumer celles-ci, les cadres de santé doivent composer avec les tensions et hostilités que les réformes génèrent en s'associant à des groupes d'acteurs,

internes ou externes, à l'hôpital public tels que le CARE, le CURE, le CONTROL et la COMMUNITY. Par conséquent, la vision néo institutionnelle de la situation des cadres de santé donne à voir que, pour mettre en œuvre les deux types de missions qui leur sont confiées, les cadres de santé sont amenés à redéfinir les relations qu'ils entretiennent avec les autres groupes d'acteurs de l'hôpital.

En nouant des relations renouvelées avec les autres groupes d'acteurs, les cadres de santé peuvent acquérir une légitimité, puisqu'ils transforment de façon à faire face ou plutôt à contourner, en les intégrant, les menaces extérieures qui pesaient sur eux. Par cette cooptation, l'efficience budgétaire dans la gestion des ressources humaines de l'hôpital devient une institution, c'est à dire « *une organisation qui devient valorisée par elle-même plutôt que pour ce qu'elle produit, à laquelle les participants s'identifient et qu'ils cherchent à préserver* » (Desreumaux, 2017, p. 222). La contribution de Selznick réside donc en particulier dans l'explicitation de ce phénomène d'institutionnalisation d'une organisation ou d'un groupe d'acteurs, décrit comme un processus ou « *quelque chose qui se produit au cours du temps, qui reflète l'histoire propre de l'organisation, les individus qui y ont travaillé, les groupes qui la constituent, leurs intérêts personnels, et la façon dont elle s'est adaptée à son environnement* » (Selznick, 1957, p. 16-17). Le cheminement de la pensée de Selznick donne à voir que la variable permettant le phénomène d'institutionnalisation réside dans les valeurs. Il écrit « *l'aspect sans doute le plus significatif de l'institutionnalisation est 'l'infusion' par des valeurs au-delà des exigences techniques de l'exécution de la tâche* » (Selznick, 1957, p. 16-17). Dès lors qu'elle est « *infused with value* », une organisation dégage une « *compétence distinctive* » (Desreumaux, 2017), un attrait basé sur la représentation de normes considérées comme idéales par une autorité supérieure, l'organisation incarne alors une légitimité qui la fait devenir une institution. Par le processus d'institutionnalisation, une organisation vue comme un assemblage matériel et technique évolue en un organisme social (Desreumaux, 2017). Dès lors, il ressort de notre étude de cas que le CHU TONUS, au-delà des exigences techniques telles que l'obligation de respecter des ratios d'effectifs paramédicaux par patient dans certains services, est en permanence infusé par des valeurs telles que la qualité des soins, l'accessibilité et la continuité du service public pour le monde du CARE mais aussi l'impératif d'efficience budgétaire, en particulier en ce qui concerne la gestion des ressources humaines prônée par le CONTROL. Dès lors, ce sont les logiques institutionnelles qui, au sein de chaque groupe professionnel, infusent les acteurs par les valeurs. Les cadres de santé se trouvent eux infusés par des valeurs multiples puisqu'ils sont soumis aux logiques institutionnelles soignante et gestionnaire, mais

aussi à l'influence des valeurs de la COMMUNITY et du CURE. L'exercice de ces rôles en tension à travers les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé est donc lui-même infusé par différentes valeurs.

La théorie néo-institutionnaliste distingue trois formes de pressions institutionnelles (Di Maggio et Powell, 1983; Powell et Di Maggio, 1991) retranscrites dans le tableau 10.

TABLEAU 10-TYPOLOGIE DES PRESSIONS INSTITUTIONNELLES EXERCEES SUR LES ORGANISATIONS (D'APRES DI MAGGIO ET POWELL, 1983)

Type de pression institutionnelle	Caractéristiques
Pression coercitive	La pression est exercée par un cadre législatif ou réglementaire commun, qui pousse l'organisation à modifier ses pratiques, ses structures et les comportements de ses acteurs pour s'y conformer.
Pression normative	La pression est exercée par les acteurs de l'organisation, via la volonté d'étendre leur professionnalisation à l'ensemble de l'organisation. Leur éducation, leur socialisation professionnelle et leur logique d'action inscrite dans un groupe professionnel les pousse à adopter des pratiques similaires d'un acteur à l'autre.
Pression mimétique	Lorsque le contexte est très incertain, les organisations tendent de réduire l'incertitude en adoptant une structure, des pratiques et des routines organisationnelles similaires aux autres organisations de son secteur. Cette tendance est accentuée par les cabinets de conseil (Touron, 2000) qui standardisent les pratiques organisationnelles, et par les transferts d'acteurs entre les organisations.

Selon Di Maggio et Powell (1983), les pressions institutionnelles émanent donc des autres organisations en cas d'incertitude forte, d'un cadre législatif ou réglementaire ou encore de la professionnalisation des acteurs, définie comme « *le combat des membres d'une occupation pour définir les conditions et les méthodes de leur travail pour contrôler la production des acteurs, pour établir une base cognitive et la légitimation de l'autonomie de leurs activités* » (Di Maggio et Powell, 1983). La professionnalisation des acteurs est particulièrement marquée à l'hôpital, où le travail est fortement décomposé selon le degré de qualification détenu. Au-delà de ces trois sources, Scott (1992) considère que des pressions institutionnelles peuvent aussi émaner des structures de régulation, des gouvernements, des tribunaux, des associations professionnelles, des groupes d'intérêt et de l'opinion publique.

En ce qui concerne les cadres de santé des hôpitaux publics français, comme le CHU TONUS, les pressions institutionnelles qui pèsent sur eux peuvent se décomposer en trois modalités.

- **Pressions coercitives** : Le New Public Management entraîne l'exercice de pressions coercitives sur les acteurs de l'hôpital, dont les cadres de santé, en les sommant d'accroître la performance de leur unité, tant du point de vue budgétaire que de celui de la qualité des soins. La loi HPST de 2009 a enclenché l'organisation polaire des hôpitaux, dont le CHU TONUS. A ce titre, le trio de pôle, et en particulier le cadre supérieur de pôle, accompagné de son équipe de cadres de santé, est tenu responsable de la gestion des ressources humaines paramédicales. Cette gestion fait l'objet d'un **reporting** régulier lors de conférences de pôle, qui réunissent la direction du pôle et la direction générale du CHU TONUS. A cette occasion, les performances obtenues par l'encadrement paramédical en matière de ressources humaines sont scrutées et comparées aux objectifs fixés dans le contrat de pôle. De surcroît, l'activité étant financée dans la plupart des unités, hormis les unités de soins de suite et de réadaptation, les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et le pôle psychiatrie, via la tarification à l'activité (T2A) ; la consommation de ressources humaines doit impérativement être productive, c'est-à-dire corrélée à l'évolution de l'activité soignante. Ces pressions coercitives, exercées par l'organisation polaire et le mode de financement, sont émises par des institutions incarnant la COMMUNITY selon Glouberman et Mintzberg (2001). En l'occurrence, il s'agit des financeurs à l'instar de la Sécurité Sociale, de l'ANAP (Agence Nationale de la Performance Sanitaire et médico-sociale) , des Agences Régionales de Santé ou encore du Ministère des Solidarités et de la

Santé. Toutes ces pressions à la maîtrise de la consommation de ressources humaines et au pilotage de l'activité des services en faveur de la production de plus de soins remboursés par les financeurs conditionnent inévitablement les pratiques gestionnaires des cadres de santé. De même, la pression à la qualité des soins s'exerce de façon coercitive sur les cadres de santé via des dispositifs comme l'accréditation, qui peuvent imposer une structure, des pratiques et le recours à des outils de gestion très rigides aux cadres de santé (Vega, 2022 ; Triantafillou, 2014).

L'étude des usages des outils de gestion par les cadres de santé est donc riche d'enseignement pour connaître les conséquences de ces pressions coercitives.

- **Pressions normatives :** Les cadres de santé sont des professionnels hybrides dans la mesure où, d'un côté, ils sont infusés par des valeurs professionnelles soignantes, comme la primauté du soin donné au patient dans leur travail et la nécessité de préserver en continu la qualité des soins la plus élevée possible, ce qui implique, entre autres, d'avoir un effectif paramédical suffisant face au nombre de patients. De l'autre côté, les cadres de santé sont également garants de l'orthodoxie budgétaire de leur unité, et doivent rendre compte auprès de leur hiérarchie de leur consommation de ressources humaines (en particulier des mensualités de remplacement). Les cadres de santé font donc face à des pressions normatives contradictoires, les incitant à maîtriser les effectifs soignants pour respecter le cadre budgétaire imposé tout en garantissant à tout moment les meilleures conditions de travail possibles à leur équipe en assurant un effectif satisfaisant au regard de la charge en soins. Là encore, la pratique des cadres de santé est obligatoirement un arbitrage entre ces différentes pressions contradictoires. Cette situation réaffirme l'intérêt d'étudier les usages des outils de gestion des effectifs par les cadres de santé ; ces usages sont en effet la matérialisation des arbitrages opérés par les cadres de santé sous la pression d'injonctions normatives paradoxales qui les incitent à incarner des rôles gestionnaire et soignant en tension.
- **Pressions mimétiques :** La théorie néo-institutionnelle rappelle que toute organisation tend, par isomorphisme, à adopter des pratiques et structures similaires aux organisations de son environnement. En ce qui concerne les cadres de santé, ces pressions mimétiques émanent de deux sources différentes. La tarification à l'activité, en remboursant à un tarif unique un soin réalisé dans n'importe quel hôpital français, conduit les établissements de santé à minimiser leur coût de revient des actes soignants. Dans la logique conventionnaliste de

Boltanski et Thevenot (1991 ; 1999), il est montré que l'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital lors de la mise en place de la T2A fait entrer les établissements hospitaliers dans le monde industriel (Angelé-Halgand et Garrot, 2014). A ce titre, un *benchmarking* se déploie dans les hôpitaux pour comparer le coût de revient interne d'un acte avec le coût de revient obtenu ailleurs. Cette injonction à imiter les pratiques qui permettent de réduire les coûts de revient des actes (par exemple le développement d'un bloc opératoire dédié à une chirurgie en particulier, afin de maximiser l'expertise et la productivité des équipes et de diminuer le coût moyen de revient) se fait à deux niveaux : vis-à-vis d'établissements hospitaliers concurrents et en comparaison avec d'autres pôles au sein du même hôpital. A leur niveau, les cadres de santé du CHU TONUS ont un rôle à jouer dans le pilotage du coût de revient des actes en agissant sur la principale charge : la masse salariale. L'analyse des usages des outils de gestion des effectifs permettrait donc de savoir comment les pressions mimétiques émanant à la fois des autres pôles du CHU TONUS et des établissements comparables s'infiltreraient dans l'hybridation des rôles des cadres de santé.

La littérature néo-institutionnelle met en avant que les organisations, et les acteurs qui y évoluent, subissent ces pressions institutionnelles et s'efforcent d'y répondre afin de mener à bien les missions qui leurs sont confiées tout en se construisant une légitimité. Ces différentes pressions forgent des rôles organisationnels en tension dévolus aux cadres de santé, qui engagent un processus d'hybridation des rôles afin de relier et de transformer ces rôles gestionnaire et soignant pour les incarner concomitamment.

Les hôpitaux publics français, à l'instar du CHU TONUS, sont aujourd'hui emprunts de valeurs ou de logiques institutionnelles qui sont influencées par les pressions émises par les institutions.

Ainsi, comme tous les hôpitaux publics, le CHU TONUS reçoit des financements sur la base de son activité pour les services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique : les valeurs d'efficacité et de productivité des soins sont donc très répandues en son sein. Les hôpitaux comme le CHU TONUS sont donc *infused with value* (Selznick, 1957), et acquièrent ainsi une compétence distinctive qui les fait devenir des institutions.

Au sein des hôpitaux, les cadres de santé font l'objet de plusieurs pressions institutionnelles : des pressions coercitives liées au mode de financement et à l'organisation polaire, des

pressions normatives liées à leur socialisation professionnelle hybride (à la fois professionnels de santé et cadres) et des pressions mimétiques émanant des autres établissements hospitaliers ou d'autres pôles au sein du même hôpital. Toutes ces pressions institutionnelles influencent fortement les rôles des cadres de santé : tant leur rôle gestionnaire que soignant. Notons que ces pressions sont différentes selon les groupes professionnels auxquels se rattachent les cadres de santé : alors qu'une logique soignante émane du CARE, les cadres de santé sont aussi incités à respecter une logique gestionnaire par le CONTROL.

Après avoir détaillé les pressions et les logiques institutionnelles multiples qui pèsent sur les cadres de santé, il convient de s'intéresser à la réaction de l'hôpital public et des cadres eux même à ces pressions afin d'étudier comment ils essaient, en dépit de la multiplicité des logiques institutionnelles, de mener à bien leurs missions.

Cette section a permis de comprendre que les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital public se composent d'un éventail allant des usages strictement conformes aux prescriptions des institutions à d'autres usages, que l'on peut qualifier d'émergents, décidés par les cadres de santé eux même, en passant par le découplage. Cette diversité des usages est la réification de la notion d'*embedded agency* qui décrit la réaction des cadres de santé aux pressions institutionnelles, qui tentent de se conformer à ces dernières tout en faisant valoir leurs logiques institutionnelles et leur capacité de réflexivité. Afin de mieux comprendre pourquoi l'étude des usages des outils de gestion est une clé de compréhension fine du travail et des rôles mis en œuvre par les cadres de santé à l'hôpital public, il est nécessaire de comprendre que le New Public Management instaure un climat d'*accountability* à l'hôpital tout en produisant un processus d'*accountinginzation*.

2.2.3. Du contexte d'*accountability* induit par le NPM à l'*accountingization* des hôpitaux

La littérature est abondante pour indiquer que les réformes issues du New Public Management ont consacré une place prépondérante aux outils comptables dans les organisations concernées (Broadbent et Guthrie, 2008 ; Hood, 1995 ; Lapsley et Miller, 2019 ; Laguecir et *al.*, 2020). Cette section va détailler le processus ayant conduit les hôpitaux à développer un principe d'*accountability*, puis à entamer une modification du mode de raisonnement des acteurs qui y évoluent, aboutissant à une *accountingization* des hôpitaux.

2.2.3.1. Origine et définitions de l'*accountability*

Riche d'une littérature abondante, la notion d'*accountability*, terme dont la première apparition est relevée chez les Anglo-Saxons au XIII^{ème} siècle (Seidman, 2005) est beaucoup utilisée dans de nombreuses disciplines. D'après Seidman (2005), c'est au XIII^{ème}, lorsque les barons anglais imposèrent au roi Jean sans Terre de signer la Magna Carta (ou Grande Charte), afin de limiter l'arbitraire du pouvoir royal et d'instaurer un contrôle de l'impôt par le Grand Conseil du Royaume, que la notion d'*accountability* est apparue. Les historiens soulignent que des répercussions de l'*accountability* figurent dans la Constitution des Etats-Unis ou dans la déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen (DDHC), dont l'article 15 prévoit que « *La société a le droit de demander des comptes à tout agent public de son administration* ».

Souvent exprimée dans les travaux en sciences de gestion en langue française par l'idée d'« *obligation de rendre des comptes* », cette traduction fait appel aux notions d'obligation et de comptes, qui peuvent recouvrir des sens différents (Dumez, 2008). En effet, dans un sens strictement juridique, la plupart des organisations sont tenues de présenter des documents comptables annuels : la notion de « *compte* » est alors prise au sens propre. Par ailleurs, dans un contexte où les parties prenantes (Freeman, 1984) expriment leurs attentes vis à vis des organisations auxquelles elles ont affaire, l'*accountability* peut aussi désigner des situations où une organisation est « *sommée, à l'improviste, de rendre des comptes sur les effets de telle ou telle de leur décision ou pratique* » (Dumez et *al.*, 2013). Ainsi, face au scandale créé par la révélation médiatique de la présence d'enfants travaillant dans les usines de ses sous-traitants asiatiques, Nike a été enjointe de s'expliquer face aux organisations non gouvernementales à

l'origine de cette annonce (McIntyre, 2004). Il apparaît alors que l'*accountability* est une conséquence de la multiplication des relations d'agence (Jensen et Meckling, 1976). Dans la plupart des organisations actuelles, le principal (propriétaire ou responsable général de l'organisation) engage un autre individu, l'agent (par exemple un cadre) pour effectuer en son nom une tâche impliquant une délégation de pouvoir. Les conflits d'intérêt potentiels liés à cette relation d'agence rendent indispensable l'*accountability*, soit l'obligation de rendre compte de ses actions. Roberts (1991) distingue différentes formes d'*accountability*, et insiste sur le fait que les structures formelles d'*accountability* (à l'instar des outils comptables) présentent l'avantage de donner du sens aux pratiques des individus.

Qu'elle soit socialisante ou non, l'*accountability* fait donc référence à une situation où un mandant ayant confié une mission à un mandataire, ce dernier se trouve dans l'obligation de légitimer son comportement via la production d'éléments, le plus souvent chiffrés, prouvant qu'il s'est acquitté de sa mission de façon responsable. A l'hôpital, les cadres de santé sont donc les mandataires chargés, par la direction de l'hôpital et les autorités de tutelle, d'assurer en leur nom la gestion d'une unité ou d'un pôle, en respectant des logiques institutionnelles et des rôles organisationnels en tension. L'*accountability* est un impératif pour les cadres de santé à l'hôpital public, afin de donner à voir qu'ils exécutent les rôles qui leur sont confiés conformément aux différentes logiques institutionnelles qui s'imposent à eux. La mission des cadres de santé répond aux trois critères qui sont considérés comme consubstantiels à la notion d'*accountability* (Berard et Steyer, 2013): délégation d'une tâche, responsabilité individuelle et capacité à évaluer, le plus souvent de façon chiffrée. A l'hôpital public, les cadres de santé se voient confier la délégation de la gestion d'une unité ou d'un pôle, ils engagent alors leur responsabilité individuelle, notamment dans la gestion des ressources humaines paramédicales de cette unité. Enfin, cette tâche peut être évaluée de façon chiffrée, que ce soit en observant la masse salariale dépensée durant la période par rapport au budget initialement imparti ou encore par le nombre d'événements indésirables déclarés pour estimer la qualité des soins. Dès lors, les missions dévolues aux cadres de santé réunissent les différents critères qui leur permettent de s'inscrire dans une logique d'*accountability* afin de donner à voir leur conformité aux rôles prescrits par les institutions.

De façon plus globale, l'*accountability* est parfois traduite en français comme la transparence, la responsabilité ou encore « *une philosophie du vivre ensemble, un impératif de justification de sa conduite* » (Pras et Zarlowski, 2013). Cette définition correspond bien à la situation des cadres de santé qui, face au pluralisme institutionnel qui caractérise l'hôpital public, sont

soumis en permanence au besoin de justifier de leur conduite, tant au regard des impératifs de maîtrise budgétaire dans leur gestion des ressources humaines liée à la logique institutionnelle managériale que par rapport à l'injonction à la qualité des soins qui émane d'une logique institutionnelle soignante. Si cette définition de Pras et Zarlowski (2013) définit bien l'impératif permanent imposé aux cadres de santé de rendre compte de leurs choix de gestion, il ne faut toutefois pas oublier le fait que l'*accountability* ne se limite pas à rendre compte. En effet, à la différence de la transparence, l'*accountability* prévoit un système de sanction / récompense (Smyth, 2012) pour les acteurs en fonction de la conformité aux objectifs des résultats déclarés. Pour les cadres de santé, les sanctions liées à une dépense salariale excessive peuvent prendre la forme d'une diminution de l'enveloppe salariale allouée au pôle obligeant l'équipe paramédicale à travailler dans des conditions de travail dégradées, avec un nombre élevé de patient à prendre en charge ou encore à l'impossibilité d'accéder à un poste supérieur dans l'encadrement paramédical. En cas de résultats conformes ou meilleurs que les attentes, notamment en ce qui concerne la réactivité des cadres de santé pour trouver rapidement une place dans un service spécialisé ou dans un plateau technique à un patient qui le nécessite, ce qui se matérialise par une réduction de la durée moyenne de séjours (Barreda, 2018), les cadres de santé peuvent obtenir des financements supplémentaires pour leurs services ou se voir proposer des évolutions de carrière comme un poste de cadre supérieur de santé voire de directeur des soins après la réussite d'un concours.

Ainsi, au long de ce travail doctoral, nous définirons l'*accountability* comme la responsabilité liée à l'obligation de rendre des comptes (Dumez, 2008) ou encore la capacité (*ability*) à rendre compte (*account*) de soi et à comptabiliser ses activités (Joannides et Jaumier, 2013).

Il apparaît donc qu'à l'hôpital public actuel où le climat d'*accountability* est indiscutable (Barreda, 2018), le travail des cadres de santé est remanié et qu'il est désormais associé à un usage massif des outils de gestion. En effet, les pratiques gestionnaires des cadres de santé étant désormais mesurées et évaluées, ceux-ci tendent à modifier leurs pratiques en réduisant, dans certaines mesures, le *slack* organisationnel (Barreda, 2018), ce qui peut signifier pour les cadres de santé d'accepter de faire travailler leur équipe avec un effectif paramédical dégradé et inférieur à celui prévu dans la maquette du service. Le climat d'*accountability*, loin d'être neutre et de se limiter à une obligation de rendre des comptes, constitue au contraire un phénomène dynamique qui, par le rapprochement et les interactions qu'il suscite entre les administratifs et les cadres de santé, modifie les pratiques (Barreda, 2018) des cadres de santé en induisant une conciliation, dans certains cas, entre les logiques institutionnelles soignante et gestionnaire.

Cette volonté de concilier les deux logiques se manifeste par l'usage massif d'outils de gestion, et surtout par l'infiltration de celui-ci dans des domaines desquels il était exclu initialement, à l'instar de l'évaluation de la charge en soin d'une unité afin d'ajuster l'équipe paramédicale nécessaire ou acceptable qu'il faut déployer. Ainsi, le climat d'*accountability* nécessite d'agir sur les frontières professionnelles de l'hôpital, dans la mesure où les tâches, raisonnements et pratiques des membres du CARE et du CONTROL ne doivent plus s'opposer. Les cadres de santé, en tant qu'acteurs pivot, sont singulièrement chargés de concilier ces visions plurielles par l'intermédiaire de leurs usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs. Ces usages agissent indiscutablement sur les frontières professionnelles, et en particulier sur la dimension syntaxique des frontières (Carlile, 2002), c'est-à-dire sur le vocabulaire et les éléments de langage développés par chaque groupe professionnel, et qui structurent le raisonnement et les pratiques. L'infiltration des usages du portefeuille d'outils de gestion dans de nouveaux espaces peut conduire les acteurs du soin, au premier rang desquels les cadres de santé, à interagir et à accepter de nouvelles définitions de réalité (Barreda, 2018, p. 296 ; Berger et Luckman, 1967).

La compréhension fine de l'intérêt d'analyser les usages d'un portefeuille d'outils de gestion comme prisme d'étude de la capacité des cadres de santé à incarner leurs rôles pluriels, et à les hybrider à l'hôpital public est renforcée par la prise en compte du processus d'*accountingization* à l'hôpital.

2.2.3.2. Place des outils de gestion dans l'hybridation des rôles des cadres de santé

Il convient tout d'abord de rappeler que les outils de gestion, loin d'être neutres, structurent les pratiques des acteurs et les rôles qu'ils incarnent. A l'hôpital public, l'*accountingization* décrit ainsi un phénomène unilatéral par lequel les processus et raisonnements comptables s'infiltrent dans les pratiques des acteurs du soin. Les cadres de santé, soumis à des rôles gestionnaire et soignant en tension, sont donc soumis à cette pression institutionnelle forte, qui conditionne leurs usages du portefeuille d'outils de gestion. Cette pression est toutefois contrebalancée par la réflexivité dont dispose le cadre de santé. Conformément au concept d'*embedded agency*, les cadres de santé peuvent donc relier leurs rôles et les transformer réciproquement, c'est-à-dire les hybrider, compte tenu d'un compromis entre les valeurs qu'ils souhaitent défendre et les pressions qui s'exercent sur eux. Cette hybridation peut prendre place dans des espaces de discussion, favorables aux échanges entre acteurs issus de mondes professionnels divers.

2.2.3.2.1 Non neutralité des outils de gestion

Compte tenu du climat d'*accountability* qui caractérise l'hôpital public actuel (Barreda, 2018), les cadres de santé recourent massivement à différents outils de gestion afin de mener à bien leurs rôles et rendre compte de leur travail. Or, l'usage d'outils de gestion n'est pas anodin puisque « *la neutralité technique de la pratique comptable est illusoire* » (Power et Laughlin, 1992, p.132-133)³. Dès les débuts de la sociologie, cette discipline s'est intéressée à la comptabilité (Miller, 2007), comprise ici au sens d'*accounting*, qui englobe la comptabilité, le contrôle et l'audit. La comptabilité est ainsi décrite par Karl Marx, dès le dix-neuvième siècle, comme le cœur de la rationalité du capitalisme. Cette idée fut ensuite poursuivie par Werner Sombart, qui écrivait « *Le capitalisme et la comptabilité en parties doubles ne peuvent absolument pas être dissociés : ils se comportent l'un vis -à-vis de l'autre comme la forme et le contenu* » (Sombart, 1916) ou encore « *l'essence même de la comptabilité en parties doubles tient sans aucun doute dans cet objectif : suivre à la trace le cycle complet du capital dans une entreprise, le quantifier et le constater par écrit* ». Cette vision de Sombart met en évidence que la comptabilité, au-delà de son objectif officiel de définition du patrimoine de l'organisation et de sa situation financière, conduit en effet les organisations à mesurer, et donc à accorder de l'importance principalement à ce qui est mesurable de façon monétaire.

Le portefeuille d'outils de gestion des effectifs à l'œuvre au sein du CHU TONUS s'inscrit dans cette logique décrite par Sombart : il évalue principalement l'équipe paramédicale déployée dans une unité par un cadre de santé sous la forme d'une masse salariale, considérant ainsi que l'information digne d'intérêt pour le pilotage des hôpitaux réside avant tout dans le coût du personnel. Cette donnée constitue d'ailleurs un des supports de l'évaluation de la conformité du cadre de santé aux attentes émanant de la logique institutionnelle managériale. Cette vision de l'outil permet de comprendre qu'à travers l'usage des outils de gestion à l'hôpital, c'est tout un raisonnement qui se développe et s'infiltré dans des périmètres d'action jusque-là uniquement régis par une logique institutionnelle soignante. Le recours aux outils de gestion par les cadres de santé s'accompagne de la diffusion de compétences comptables et de valeurs managériales (Ezzamel et al., 2008) issues du secteur privé dans le raisonnement des acteurs de l'hôpital (Barreda, 2018, p. 280), et singulièrement chez les cadres de santé. Toutefois, le portefeuille d'outils de gestion des effectifs du CHU TONUS, bien qu'il incarne une logique

³ « *The technical neutrality of accounting practice is illusory* »

institutionnelle gestionnaire pour ces aspects, permet aussi une évaluation de la charge en soins ou d'assigner certains patients aux paramédicaux disposant d'une compétence particulière, ce qui s'inscrit davantage dans une logique institutionnelle soignante.

Dans la littérature, à partir de la seconde moitié du vingtième siècle, des approches plus globales de la comptabilité se font jour. Parmi ces travaux, il semble incontournable de citer Hopwood (1976) qui sera parmi les précurseurs à analyser les relations entre la comptabilité et le pouvoir, l'autorité et les relations entre acteurs au sein des organisations. Hopwood ouvre donc la voie à une vision de la comptabilité comme non « *plus seulement un outil technique mais un phénomène organisationnel et social* » (Berland et Pezet, 2009, p. 3). Dans cette vision critique de la comptabilité, la relation entre comptabilité et capitalisme identifiée par Sombart est remise en cause par Chiapello (2007) : elle considère plutôt que la relation entre comptabilité et capitalisme est de nature conceptuelle, la comptabilité aurait favorisé l'analyse des mécanismes du capitalisme par les chercheurs. Les travaux de Chiapello s'inscrivent dans le champ des *critical studies* en comptabilité, qui présentent les caractéristiques suivantes (Laughlin, 1999; Berland et Pezet, 2009): la prise en compte des conséquences sociales, politiques et économiques de la comptabilité ; l'impact de la comptabilité sur les démarches d'amélioration continue et l'idée de performance ; le recours à des champs disciplinaires multiples pour étudier la comptabilité et enfin l'introduction dans la recherche comptable d'un double niveau de positionnement: à la fois micro (à l'échelle de l'acteur) mais aussi macro (à l'échelle de l'organisation ou d'une profession en général).

A l'hôpital, les outils de gestion, et singulièrement le portefeuille d'outils de gestion des effectifs, n'est pas neutre. Il incorpore en effet des logiques institutionnelles, à la fois soignante et gestionnaire, et structure ainsi l'exercice des rôles gestionnaire et soignant par les cadres de santé.

2.2.3.2.2. L'*accountingization* : un processus unilatéral se structurant dans les hôpitaux

Si l'ensemble des rôles de l'*accounting* mis en évidence par Burchell et al. (1980) sont retrouvés dans les comportements des cadres de santé, c'est parce que les réformes des hôpitaux liées au déploiement du New Public Management ont massifié le recours aux outils de gestion dans ces organisations. Un impact majeur de cette nouvelle gouvernance publique réside dans l'importation à l'hôpital d'outils et de pratiques de gestion issus des entreprises privées. Cette

omniprésence des outils de gestion à l'hôpital public est très directement liée aux pressions institutionnelles fortes qui s'exercent sur les cadres de santé, lesquels sont alors tenus comme décrit précédemment de développer une logique d'*accountability*. Or, rendre compte de la conformité des décisions prises à des objectifs attribués par les institutions oblige à mobiliser des données chiffrées (Berard et Steyer, 2013), ce qui implique de recourir à des outils de gestion à l'hôpital. Bien que la comptabilité échoue à mesurer la valeur des soins produits par les hôpitaux publics (Eggricks et *al.*, 2018), le contexte d'efficience budgétaire instauré par le New Public Management a poussé à la mise en place d'un système de mesure de la performance dans les hôpitaux, instrumenté par des outils de gestion (Moriniere, 2021 ; Dos Santos et Mousli, 2016 ; Berard et *al.*, 2015 ; Moisdon, 2013 ; Georgescu, 2013)

Le New Public Management souhaitant instaurer une logique de marché dans les organisations publiques, différentes réformes ont été mises en place afin de mettre à l'œuvre à l'hôpital public les outils de gestion utilisés historiquement dans les entreprises privées. Ce transfert, ou cette colonisation des outils de gestion issus du privé à l'hôpital public, peut être perçue comme « *une infiltration des logiques du privé dans le secteur public* » (Barreda, 2018), « *une révolution managériale de l'administration publique* » (Merrien, 1999) ou encore « *une managérialisation du système public* » (Pesqueux, 2007). Les différentes réformes issues du New Public Management qui ont affecté l'hôpital font entrer l'hôpital dans une démarche « *d'accountingization* », notion forgée dans les années 1990 (Power et Laughlin, 1992). Les auteurs définissent l'*accountingization* de la façon suivante : « *La comptabilité est une force de colonisation potentielle qui menace de vider la sphère publique de son langage propre... la comptabilité est vraiment l'incarnation du raisonnement économique mis en pratique... la comptabilité comme méthode peut éclipser l'importance même de rendre des comptes* »⁴ (ibid). Les auteurs s'accordent à dire que cette perspective critique de l'influence des outils de gestion dans le secteur public fait particulièrement sens à l'hôpital public, au sein duquel le raisonnement clinique étant auparavant particulièrement éloigné de considérations gestionnaires. La colonisation de l'hôpital public par les outils de gestion est telle que l'impératif d'*accountability* est parfois dépassé, les cadres de santé ne rendent plus compte seulement parce qu'ils doivent le faire, mais parce qu'ils ont intégré une logique institutionnelle gestionnaire et des compétences comptables qui les conduisent à modifier leur raisonnement.

⁴ « *Accounting is a potentially colonizing force which threatens to 'delinguistify' the public realm...(accounting) is very much the vehicle for economic reason in practice... accounting as a method may eclipse broader questions of accountability* » (POWER et LAUGHLIN, 1992).

Les outils de gestion se sont fortement institutionnalisés, au point d'acquérir une légitimité parfaite au sens de Suchman (1995) puisqu'ils sont considérés comme allant d'eux-mêmes⁵, y compris pour des acteurs disposant d'une identité professionnelle soignante qui les éloignent à priori d'un raisonnement gestionnaire. L'*accountingization* de l'hôpital s'observe par le fait que « *dans le secteur de la santé, le sacro-saint espace de raisonnement clinique a été influencé, bien qu'il ne soit pas encore complètement transformé, par des initiatives gestionnaires... puisque le langage comptable utilisé pour instaurer les budgets à l'hôpital tente de s'insérer dans le discours clinique, il obtient le pouvoir de contrôler la définition d'éléments majeurs de l'environnement des hôpitaux* »⁶ (Power et Laughlin, 1992). Ainsi, le phénomène d'*accountingization* décrit l'infiltration du raisonnement gestionnaire dans le mode de pensée des acteurs de l'hôpital, y compris les soignants, en fournissant des éléments de définition des variables essentielles. Désormais, les membres des communautés du CURE et du CARE ne raisonnent plus seulement à l'aune de concepts médicaux ou paramédicaux, mais ils incluent aussi des variables comptables et gestionnaires dans leurs objectifs. Poursuivant la pensée de Power et Laughlin, un des premiers analystes du New Public Management (Hood, 1995, p. 93) assimile l'*accountingization* à une mise en visibilité du langage comptable au sein de secteurs où ce raisonnement étant implicite: l'*accountingization* peut être perçue comme « *l'introduction de catégorisations par les coûts plus explicites dans les domaines où les coûts étaient auparavant agrégés, mis en commun et flous* ».⁷ Ce processus d'*accountingization*, également dénommé « *colonisation comptable* », a été étudié dans le cadre d'études de cas décryptant la mise en œuvre de réformes du secteur public (Kurunmäki et al., 2003, Lapsley, 2007). Dans ce cadre, l'*accountingization* est définie comme « *l'influence croissante des modes de mesure et de raisonnement financiers dans le cœur de compétence d'un domaine d'activité, et la façon dont cette influence modifie les pratiques en profondeur* »⁸ (Lapsley, 1998). Ainsi, de très nombreux travaux ont montré que les réformes issues du New Public Management ont conduit les professionnels de santé travaillant dans les hôpitaux publics à modifier leur raisonnement

⁵ « Taken for granted » (SUCHMAN, 1995)

⁶ « *in the area of health care the sacred domain of clinical action is becoming influenced, although not yet comprehensively transformed, by accounting initiatives... as the accounting language of budgeting attempts to occupy clinical discourse it has the potential to control significant definitions of the hospital environment* » (POWER et LAUGHLIN, 1992).

⁷ « *accountingization means the introduction of ever-more explicit cost categorization into areas where costs were previously aggregated, pooled or undefined* » (HOOD, 1995, p. 93)

⁸ « *Invasive influence of financial measures and imperatives and the manner in which this impinges on core values* » (LAPSLEY, 1998)

de façon à intégrer dans leurs choix des contraintes budgétaires : l'*accountingization* est donc très massif à l'hôpital (Gebreiter, 2021 ; Campanale et Cinquini, 2016 ; Kurunmäki, 2004, Jacobs, 1995, 2005 ; Broadbent, 1991). Toutefois, ce concept d'*accountingization* est un processus unilatéral de colonisation, par la logique gestionnaire, du périmètre de travail des acteurs du CARE et du CURE. En outre, l'*accountingization*, dans le secteur hospitalier britannique par exemple, consiste à utiliser les pratiques comptables pour légitimer les pratiques médicales, sans que celles-ci ne soient affectées (Kurunmäki et al., 2003).

Ainsi, l'*accountingization* décrit un processus dans lequel les pratiques soignantes et les pratiques comptable peuvent demeurer séparées (Flachère et Habran, 2019) : ce processus rejoint un découplage des logiques au sein de l'organisation hospitalière, mais sans les relier et les transformer.

2.2.3.2.3. Hybridation des rôles des cadres de santé et outils de gestion

L'hybridation correspond à la construction ou l'assemblage d'éléments issus d'origines variées (Gittell et Douglas, 2012 ; Battilana et Lee, 2014), ce qui suppose de relier et de transformer des entités préalablement séparées (Flachère et Habran, 2019).

Dans les organisations publiques, la tension qui s'exerce entre la volonté de défendre la qualité du service public rendu et son libre accès à tous d'une part, et le souhait d'instaurer une gestion rigoureuse et économe des fonds publics d'autre part peut conduire à l'hybridation des rôles des acteurs qui y évoluent (Dunsire, 1995), en particulier des managers publics. Les rôles organisationnels désignent l'ensemble des activités attendues d'un acteur compte tenu de sa position dans l'organisation (Kahn et al., 1964). Les différentes réformes issues du New Public Management qui ont affecté les organisations publiques ont conduit les acteurs qui y évoluent à combiner leur profession avec un rôle gestionnaire. L'hybridation des rôles affecte donc les policiers (Butterfield et al., 2005) , les enseignants chercheurs (Pigeyre et Valette, 2006), les pharmaciens (Reyes, 2015), les infirmiers (Dionne et Rheume, 2008 ; Bolton, 2004), des médecins (McGivern et al., 2015 ; Valette et Burellier, 2014 ; Witman et al., 2011 ; Fitzgerald et Ferlie, 2000 ; Ashburner et al., 1996 ; Button et Roberts, 1997 ; Llewellyn, 2001 ; Kurunmäki, 2004), les médecins gestionnaires (Burellier et Valette, 2011) mais aussi les cadres

de santé (Riviere, 2022, 2019 ; Flachere et Habran, 2019). Dans les professions de santé, l'hybridation de rôles peut entraîner des conflits liés aux compétences nécessaires pour assurer les deux rôles mais aussi des conflits identitaires liés aux logiques institutionnelles en tension véhiculées par les rôles soignant et gestionnaire (Valette et Burellier, 2014 ; Reyes, 2015).

Ainsi, compte tenu des pressions institutionnelles qui exercent chacune leur logique institutionnelle sur les cadres de santé à l'hôpital, ceux-ci voient forger leurs rôles organisationnels, définis comme « *un compromis entre les attentes comportementales exprimées par la société et l'organisation et l'interprétation que l'individu fait de ce cadre prescriptif* » (Flachere, 2015, p. 91). En effet, les cadres de santé sont au centre de contradictions entre un rôle soignant et un rôle gestionnaire (Riviere, 2022 ; Adriaenssens et al., 2017). La transition d'un professionnel de santé vers une fonction managériale oblige à entamer un travail de conciliation d'attentes multiples afin de parvenir à une hybridation de rôles (Iedema et al., 2003 ; Hallier et Forbes, 2004). Toutefois, alors que les travaux relatifs à l'hybridation se focalisent principalement sur des niveaux d'analyse macro et méso (Flachere et Habran, 2019), un besoin se fait jour de recherche orientées vers l'étude des microprocessus par lesquels l'hybridation se développe (Battilana et al., 2017). En particulier, la littérature appelle à étudier les conditions permettant à des acteurs moins étudiés que les médecins managers de favoriser l'hybridation des rôles (McGivern et al., 2015, p. 413 ; Hoff, 2000).

Les travaux en comptabilité s'intéressent à l'hybridation des acteurs hospitaliers, en spécifiant qu'il s'agit d'un processus éminemment politique et fragile (Thomson et al., 2014; Kurunmäki, 2004). Il est également mis en évidence que l'hybridation présente une double spécificité : elle relie et transforme mutuellement les acteurs financiers et soignants de l'hôpital, notamment par les incitations à comparer l'évaluation via les outils financiers avec leurs implications opérationnelles ou encore par les interactions entre acteurs variés que produisent les outils de gestion (Flachère et Habran, 2019). De surcroît, une étude de cas dans un centre hospitalo-universitaire français met en évidence l'ambivalence de l'hybridation des professionnels favorisée par les usages d'outils de mesure de la performance (Moriniere et Geogescu, 2021).

En effet, enrichie par les travaux de Michel Foucault, la littérature en comptabilité et en contrôle met en avant la place des outils de gestion dans l'exercice du pouvoir et les formes de subjectivation imposées aux individus (Gendron et Baker, 2005). Ces travaux fondent le courant qui conçoit les usages des outils de gestion dans leur dimension contraignante (Coopey et McKinlay, 2010). La célèbre allégorie foucauldienne du panoptique est utilisée pour analyser

l'instrumentation de gestion (Townley, 1993). Les outils de gestion des effectifs, par le travail de catégorisation et le raisonnement comptable qui y est associé, transforme les acteurs « *en entités discrètes, calculables et in fine gérables* » (Ragaine et al., 2014). Toutefois, les apports d'Hatchuel (1996, 1999, 2003) permettent de comprendre que les acteurs, exerçant leur réflexivité, ont conscience de cette dimension contraignante des outils. Ils transforment alors leurs relations à eux-mêmes, aux autres et à l'outil de gestion, afin de contourner ou dépasser ces normes de comportement et leur permettent de transformer l'usage de l'outil de gestion afin de pouvoir exercer leur marge de liberté (Ragaine et al., 2014). Ainsi, notre analyse de la contribution des usages d'un portefeuille d'outils de gestion au processus d'hybridation des rôles se conçoit au sein de cette dialectique des usages vus comme à la fois habilitants et contraignants. Cette vision des outils de gestion s'inscrit en cohérence avec la grille de lecture de l'agence enchâssée (Garud et al., 2007). D'une part, les utilisateurs du portefeuille sont soumis à des pressions institutionnelles véhiculées notamment par les outils de gestion, ce qui constitue la dimension contraignante de ces outils. D'autre part, les utilisateurs du portefeuille disposent d'une faculté d'agence, ils exercent donc leur marge de liberté en contournant ou transformant les usages du portefeuille d'outils de gestion : c'est la dimension habilitante. Les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé doivent donc s'appréhender dans cette double dimension afin d'identifier leur contribution à l'hybridation de rôles.

La recherche en contrôle met en lumière la place des outils de gestion dans la création de compromis ou de tensions, tant au moment de leur conception que lors de leur utilisation (Camous et al., 2022 ; Gourbier et al., 2022 ; Morinière, 2021 ; Amans et al., 2020 ; Annisette et al., 2017 ; Morinière et Georgescu, 2021 ; Jerman et al., 2020 ; Boitier et Riviere, 2016 ; Chenhall et al., 2013). Il apparaît en effet que les usages de ces outils concilient les tensions liées à l'hybridité en faisant naître des compromis entre acteurs poursuivant des valeurs différentes d'une part, mais qu'ils aggravent au contraire les tensions entre les soignants partageant les mêmes valeurs (Morinière et Georgescu, 2021) d'autre part. Dans certaines situations, les auteurs indiquent que l'hybridation des rôles liée aux usages des outils de mesure de la performance pourrait être source de tensions pour les cadres de santé car ces usages entreraient trop fortement en collision avec les actions à mener pour privilégier l'intérêt des patients (*ibid*). Au-delà du fait que notre recherche est spécifiquement orientée sur les usages d'un portefeuille d'outils de gestion des effectifs, présentant donc des différences avec les outils de mesure de la performance étudiés par Morinière et Georgescu (2021), nous souhaitons plus précisément mettre en évidence les caractéristiques du portefeuille d'outils et de ses usages qui

peuvent leur permettre d'être favorables à l'hybridation des rôles des cadres de santé. La littérature met en exergue que l'hybridation est favorisée par des outils permettant « *de rendre des comptes sur les enjeux paradoxaux plutôt que des comptes partiels à des acteurs qui s'ignorent, des dispositifs qui facilitent l'insertion et l'échange entre individus de différentes fonctions et métiers* » (Valette et al., 2018). Cette recherche entend donc s'intéresser aux caractéristiques du portefeuille d'outils et de ses usages qui permettent l'hybridation des rôles des cadres de santé.

Recourir aux outils de gestion favorise l'hybridation des acteurs de l'hôpital en construisant des liens qui transforment les rôles, les pratiques et les expertises (Flachère et Habran, 2019). L'hybridation n'est pas un processus unilatéral. A ce titre, il convient de se décentrer de la seule analyse des phénomènes d'apprentissage des mécanismes gestionnaires par les soignants (Ostergen, 2009 ; Lehtonen, 2007 ; Kurunmäki, 2004) : il convient d'appréhender l'hybridation comme un processus qui relie des expertises, des savoirs, des logiques institutionnelles et des rôles préalablement séparés. De surcroît, il a été mis en évidence que l'usage des outils de gestion favorise l'hybridation par trois aspects : en incitant à relier l'évaluation financière avec l'activité opérationnelle, en permettant aux outils d'évoluer compte tenu des rapprochements des différents rôles, pratiques et expertises ou encore en suscitant des espaces d'échange entre acteurs divers qui favorisent le rapprochement des expertises et des points de vue (Flachère et Habran, 2019).

En ce qui concerne ce dernier point, la littérature suggère en effet que les outils de gestion n'étant pas utilisés seuls, mais avec ou vis-à-vis d'acteurs diversifiés de l'hôpital, leurs usages donnent lieu à l'émergence d'espace de discussion au sein desquels les outils sont mobilisés afin de nourrir le dialogue de gestion entre des acteurs issus de l'ensemble des mondes professionnels de l'hôpital (Flachère et Habran, 2019). Les interactions entre les médecins chefs de pôle et les cadres de santé sont soutenus par les usages des outils de gestion qui accompagnent les évolutions de raisonnement et de pratiques (Valette et Burellier, 2014). Parfois résumé comme étant un type très particulier de réunion (Detchessahar et al., 2015), un espace de discussion présente quatre caractéristiques : il permet aux acteurs d'échanger sur les situations de travail, les échanges sont animés par un acteur impliqué dans la gestion du travail, les échanges s'inscrivent dans le long terme et ils sont outillés, au sens où ils sont fondés sur des outils de gestion fournissant des données qui nourrissent la discussion et l'analyse (Detchessahar, 2011). Développé par Detchessahar (2003), la notion d'espace de discussion a été opérationnalisée pour être décrite comme le « *lieu de prise de charge collective des tensions*

provoquées par la montée des contraintes dans les organisations » (Conjard et Journaud, 2013, p.86). Dès lors, puisque les contraintes pesant sur les cadres de santé sont à la fois d'ordre gestionnaire (gérer l'absentéisme et la pénurie de professionnels paramédicaux tout en limitant le recours au budget de remplacement) et d'ordre soignant (assurer de bonnes conditions de travail aux paramédicaux et une qualité des soins optimale aux patients), des tensions se font jour entre leurs rôles gestionnaire et soignant. Eclairée par le cadre théorique des économies de la grandeur (Boltanski et Chiapello, 1999), cette situation apparaît comme un conflit de rôles entre un rôle gestionnaire inséré dans la « *cité marchande* » et le rôle soignant apparenté à la « *cité civique* » : ce paradoxe de la culture dans lequel sont insérés les cadres de santé est susceptible d'être régulé par un espace de discussion (Bellini et al., 2018). Plus précisément, il apparaît que « *les espaces de discussion permettent aux gestionnaires publics de traiter les injonctions paradoxales auxquelles ils font face et d'endosser leur rôle* » (*ibid*), voire leurs rôles, pour les cadres de santé. Or, la capacité de l'espace de discussion à réguler les paradoxes, et à inciter à l'hybridation des rôles, augmente lorsque qu'il est alimenté par des outils de gestion qui favorise le débat entre acteurs (*ibid*). A l'hôpital public, les outils de gestion, en suscitant des interactions fréquentes entre acteurs médicaux, cadres de santé et administratifs, concourent à développer des espaces d'échange qui favorisent l'hybridation des expertises (Flachère et Habran, 2019). Ces éléments structurent donc l'hybridation des rôles en montrant qu'une place importante revient aux outils de gestion dans ce processus, sans détailler toutefois les conditions permettant aux usages d'un portefeuille d'outils de favoriser l'hybridation des rôles. Ainsi, ces éléments de littérature confirment l'importance des usages des outils de gestion dans l'hybridation des rôles, sans toutefois identifier clairement les différents usages ni mettre en exergue les conditions permettant à ces usages de favoriser l'hybridation des rôles.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Dans ce chapitre, il a été montré que l'hôpital public est une organisation pluraliste, constituée de quatre mondes professionnels (CURE, CARE, CONTROL et COMMUNITY), disposant chacun de leur propre logique institutionnelle. Les cadres de santé occupent une position pivot au sein de l'hôpital public, dans la mesure où ils appartiennent à la fois aux mondes du CARE et du CONTROL, qu'ils sont en contact direct avec le CARE et qu'ils doivent rendre compte de leur action auprès de la COMMUNITY. Cette multiplicité des interlocuteurs, en particulier dans un contexte de pluralisme institutionnel, influence les usages du portefeuille d'outils de gestion, qui doivent permettre d'agir en interaction avec des acteurs variés. De surcroît, il apparaît qu'en tant que managers publics, les cadres de santé sont tenus d'exercer des rôles en tension, avec un aspect de leur travail renvoyant à un rôle gestionnaire (adaptation des ressources et pilotage de la performance selon Desmarais, 2003) et un autre aspect évoquant un rôle soignant, qui mobilise davantage la logique institutionnelle soignante (traduction et régulation des relations selon Desmarais, 2003). Afin d'incarner leurs rôles, les cadres de santé vont donc être amenés à susciter de la coopération interprofessionnelle, ce qui suppose d'agir sur ce qui éloigne les groupes d'acteurs et peut les empêcher de travailler ensemble : un travail est donc nécessaire sur les frontières professionnelles. Ces deux rôles des cadres de santé, qui entrent en tension, structurent leurs usages du portefeuille d'outils dans un hôpital marqué par un climat d'*accountability* où chacun doit rendre compte de son travail au moyen d'outils de gestion. Analyser les différents usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs par les cadres de santé au CHU TONUS constitue donc une clé de lecture de la manière dont les cadres de santé parviennent à incarner concomitamment leurs rôles à l'hôpital public.

De plus, ce chapitre a mis en lumière que les différentes réformes qui se sont succédées à l'hôpital afin d'y mettre à l'œuvre le New Public Management ont eu pour conséquence de renforcer la position pivot du cadre de santé, en le soumettant à des pressions institutionnelles l'invitant à être performant, tant du point de vue de l'équilibre budgétaire de son unité que de l'amélioration de la qualité des soins et de la coopération interprofessionnelle. La théorie néo-institutionnelle permet de montrer que le cadre de santé n'est pas entièrement passif face à ces pressions institutionnelles. Nous mobilisons le concept d'*embedded agency* pour comprendre que la position du cadre de santé, qui se reflète particulièrement dans ses usages du portefeuille d'outils de gestion, constitue un compromis entre les pressions institutionnelles qui s'exercent

sur lui et sa liberté d'action ou encore sa capacité de réflexivité. Faisant un pas de côté avec la littérature dédiée à l'*accountingization* qui décrit le processus de colonisation unilatérale de la sphère soignante de l'hôpital par une logique institutionnelle gestionnaire, nous souhaitons comprendre la contribution des usages du portefeuille d'outils de gestion à l'hybridation des rôles organisationnels des cadres de santé. Il a été mis en évidence que recourir aux outils de gestion favorise l'hybridation dans la mesure où ces usages facilitent des espaces d'échange entre interlocuteurs divers, relie l'évaluation financière à l'activité opérationnelle ou encore peuvent permettre une conception dynamique des outils au fur et à mesure de la transformation des pratiques et des expertises. Toutefois, les différents usages possibles d'un portefeuille d'outils de gestion par des cadres de santé à l'hôpital n'ont pas été identifiés. Notre recherche entend donc faire ce travail, afin de comprendre comment ces usages favorisent l'hybridation des rôles organisationnels des cadres de santé, singulièrement au sein d'espaces de discussion favorisés par les usages du portefeuille d'outils.

Aussi, au terme de cette revue de littérature, nous développons la question de recherche suivante :

Comment les usages situés du portefeuille d'outils de gestion, étudiés tant dans leur dimensions qualitative et quantitative, peuvent-ils favoriser l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé appréhendés dans un contexte d'*embedded agency* à l'hôpital public ?

Partie II- Méthodologie et épistémologie

SOMMAIRE DE LA PARTIE II

Partie II- Méthodologie et épistémologie.....	136
Chapitre 3- Une recherche inscrite dans un paradigme interprétativiste.....	137
3.1. Création du design de recherche.....	137
3.2. Première approche de l'épistémologie	140
3.3. Choix du paradigme interprétativiste et de la démarche de recherche qualitative et compréhensive.....	142
3.3.1. Panorama des paradigmes épistémologiques existants	142
3.3.2. Choix du paradigme épistémologique interprétativiste	146
3.3.3. Choix d'une démarche qualitative.....	153
3.3.4. Une approche compréhensive induite par le paradigme interprétativiste.....	155
Chapitre 4- L'étude de cas du CHU TONUS.....	158
4.1. La collecte des données : des entretiens, des observations et des données secondaires..	158
4.1.1. La sélection de l'échantillon et la constitution du guide d'entretien	158
4.1.2. La réalisation des entretiens	164
4.2. Le traitement des données	167
4.2.1. Méthode d'analyse qualitative retenue.....	167
4.2.2. Démarche d'analyse du contenu	168

Chapitre 3- Une recherche inscrite dans un paradigme interprétativiste

Dans ce chapitre, les modalités du design de recherche de ce travail doctoral seront présentées. Puis, après avoir présenté les principaux paradigmes épistémologiques, nous justifierons notre choix d'ancrer notre recherche dans un paradigme interprétativiste. Enfin, nous détaillerons les raisons qui nous ont conduit à mettre en œuvre une méthodologie qualitative compréhensive pour appréhender la contribution des usages d'un portefeuille d'outils de gestion au processus d'hybridation des cadres de santé à l'hôpital public.

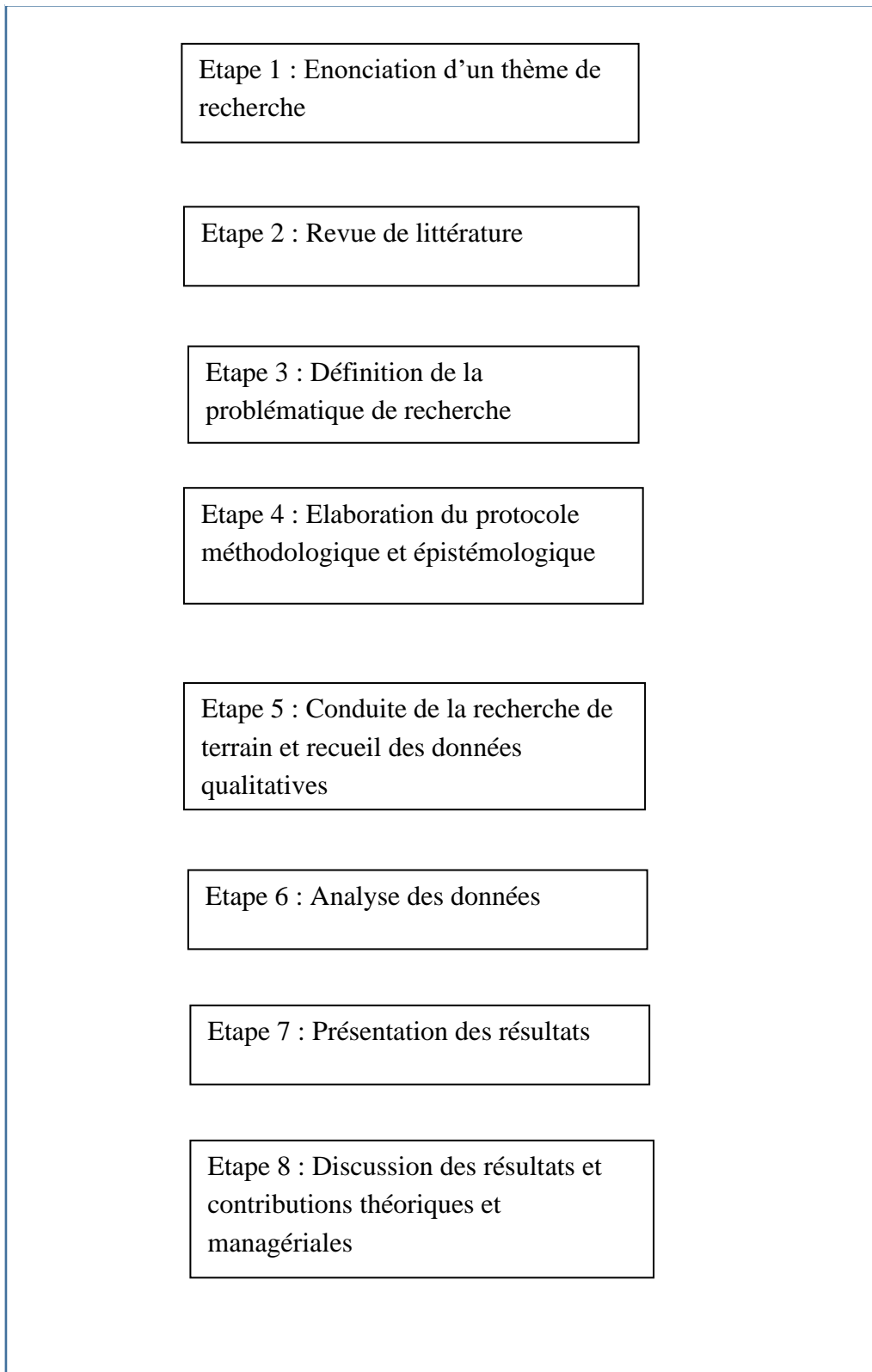
3.1. Création du design de recherche

L'objectif premier de toute recherche, en particulier de la recherche qualitative, est d'établir sa crédibilité de manière publiquement accessible (Yin, 2008, p. 19). Les bonnes pratiques de recherche invitent donc le chercheur à détailler le raisonnement qu'il a suivi durant sa recherche ainsi que les différentes étapes qui l'ont jalonné. Pour satisfaire à ce besoin, il convient de présenter le design de recherche suivi, défini comme les étapes comprenant l'établissement d'une problématique, la revue de littérature, la collecte et le traitement des données puis la présentation des résultats (Thietart et *al.*, 2014, p. 8).

Le design de la recherche a été établi au début de ce travail doctoral, même si certaines étapes (notamment la définition d'une problématique) ont fait l'objet de rétroactions compte tenu d'étapes ultérieures, comme la revue de littérature et la collecte des premiers résultats. Nous avons donc commencé ce travail doctoral par l'élaboration d'un thème de recherche (les usages des outils de gestion par les cadres de santé), qui partait du fait que l'apprentissage de la gestion comptable et financière à l'IFCS était problématique pour les étudiants cadres de santé et qu'il ressortait des échanges ou des mémoires présentés par ces cadres de santé que le recours aux outils de gestion faisait pour eux l'objet d'un rapport ambigu. D'une part, ces cadres indiquaient que la maîtrise des outils de gestion était gage de légitimité pour eux, afin de conforter leur posture professionnelle de manager. D'autre part, ces cadres indiquaient qu'aux yeux de la direction, leur raisonnement gestionnaire n'était jamais suffisant et que se positionner comme mobilisant un raisonnement et utilisant des outils de gestion médico-financière conduisait à les éloigner des équipes paramédicales et médicales. Il est donc apparu à l'auteur de cette thèse que

des rapports de légitimation / perte de légitimité, d'attraction / répulsion ou encore d'injonctions contradictoires étaient associés par les cadres de santé aux outils de gestion. Ce sont ces constats, confirmés par une première revue de littérature établie lors d'un mémoire de master 2 recherche, qui ont conduit à élaborer le thème de recherche initial. A la suite de cela, les autres étapes du design de recherche (revue de littérature élargie et affinée, formulation d'une problématique, collecte et traitement des données et présentation des résultats) ont été déroulées de manière non linéaire. Cela confirme un point de vue de la littérature qui met en avant les avantages de l'élaboration précoce d'un design de recherche tout en précisant que celui-ci ne saurait être figé une fois pour toutes, mais qu'il suppose au contraire des boucles de rétroaction (Royer et Zarlowski, 2014). Nous présentons dans la figure ci-dessous l'architecture de notre recherche doctorale, inspirée de Royer et Zarlowski (2014).

TABLEAU 11- ARCHITECTURE DE LA RECHERCHE



3.2. Première approche de l'épistémologie

Comme indiqué précédemment, l'élaboration du design de recherche implique de s'intéresser à la posture épistémologique retenue pour mener la collecte des données puis pour analyser les résultats et les discuter. Ainsi, afin de savoir comment appréhender le terrain de façon à pouvoir répondre à la question de recherche portant sur la capacité à mobiliser les usages d'un portefeuille d'outils de gestion pour l'incarnation de rôles multiples par les cadres de santé dans un contexte de pluralisme institutionnel, il faut comprendre quelle posture épistémologique est susceptible de donner accès au type de connaissance visé. Il convient donc de s'intéresser tout d'abord à ce qu'est l'épistémologie avant de justifier du paradigme épistémologique retenu pour mener notre recherche.

Terme apparu au début du vingtième siècle, l'épistémologie peut tout d'abord être définie comme une branche de la philosophie spécialisée dans l'étude des théories relatives aux connaissances (Gavard-Perret et *al.*, 2018). Poursuivant cette définition initiale, Piaget (1967, p.6) énonce que l'épistémologie est "*l'étude de la constitution des connaissances valables*". Dans le même esprit, l'épistémologie est aussi présentée comme "*une activité réflexive qui porte sur la manière dont les connaissances sont produites et justifiées*" (Allard-Poesi et Perret, 2014, p. 15) Aussi, l'épistémologie s'intéresse non seulement à la nature de la connaissance, mais également à la façon dont elle a été conçue et à sa validité. Dès lors, si l'on souhaite interroger la validité d'une connaissance, il convient de comprendre que cette dernière ne peut être universelle. Notre travail ne prétend ainsi pas présenter une typologie des usages des outils de gestion applicable à l'ensemble des cadres de santé dans l'ensemble des hôpitaux. Une connaissance ne peut être valide que si elle répond aux critères d'un cadre de référence partagé par une communauté scientifique. Étudier l'épistémologie implique donc de mettre en avant la notion de paradigme épistémologique, soit "*une constellation de croyances, valeurs, techniques, etc. partagées par une communauté donnée*" (Kuhn, 1962, p. 175). Pour comprendre la façon dont l'épistémologie moderne s'est forgée, il convient de distinguer deux grands modes de pensée qui ont prévalu dans l'histoire des sciences.

D'une part, le courant rationaliste considère que le raisonnement analytique et la raison sont les seules sources possibles de la connaissance. Soutenu par des penseurs aussi divers que Pythagore, Descartes ou encore Platon, le courant rationaliste estime que le chercheur part nécessairement des idées ou de l'abstrait pour aboutir, par le truchement d'un raisonnement

déductif, à des conclusions et des résultats concrets (Gavard-Perret et *al.*, 2018). Connaissant son apogée dans le courant scientifique du XVII^{ème} siècle, incarné notamment par Descartes, le raisonnement rationaliste n'est pas uniforme. Il est constitué de degrés divers, compris entre le rationalisme dogmatique, qui considère que le savoir abstrait est l'unique source de connaissance ; et le rationalisme moderne, qui entrevoit plusieurs sources de création de la connaissance, dont le savoir abstrait préexistant.

D'autre part, le courant empirique estime lui qu'une connaissance n'est valable que si elle est fondée sur la vérification d'une hypothèse de départ au moyen d'une expérience sensible, qui comprend souvent de l'expérimentation (Gavard-Perret, 2018). Le courant empirique suppose une hypothèse de recherche, qui est-elle même élaborée par une démarche d'induction à partir de plusieurs cas particuliers. L'expérimentation permet donc de vérifier, sur d'autres cas particuliers, la validité de cette hypothèse.

Bien que présent depuis l'origine de la démarche scientifique, le questionnement méthodologique s'institutionnalise dès le début du vingtième siècle en sciences fondamentales et pour certaines sciences sociales déjà fortement établies (Piaget, 1967). La même démarche est initiée en sciences de gestion dans les années 1980 (Berry, 1981, Girin, 1981). Aujourd'hui, en sciences de gestion comme dans n'importe quelle autre discipline scientifique, le démarrage de toute recherche sous-entend un questionnement épistémologique (Burrell et Morgan, 1979). Ainsi, comme cela a été mentionné précédemment, c'est au début de notre travail doctoral, au moment de l'élaboration du design de la recherche que nous nous sommes posés la question du paradigme épistémologique dans lequel nous souhaitons inscrire nos travaux. Tout processus scientifique oblige à interroger l'objectif de la recherche, la stratégie de recherche mais également les méthodes et les techniques mobilisées pour atteindre ces objectifs (Gavard-Perret et *al.*, 2018). En effet, pour qu'une connaissance soit valable, il faut qu'elle s'inscrive dans un cadre de référence identifié et assumé par le chercheur. Nous allons décrire le cadre de référence dans lequel la présente recherche a été menée et le paradigme dans lequel interviennent les connaissances produites par cette thèse de doctorat.

3.3. Choix du paradigme interprétativiste et de la démarche de recherche qualitative et compréhensive

3.3.1. Panorama des paradigmes épistémologiques existants

Après avoir précisé ce en quoi consiste l'épistémologie, il semble pertinent de présenter les différents paradigmes épistémologiques existants afin de pouvoir ensuite justifier du choix du paradigme dans lequel cette recherche s'inscrit.

Comme évoqué dans la section précédente, une connaissance n'est valable que si elle s'inscrit dans un paradigme, soit "*un système cohérent d'hypothèses fondatrices relatives aux connaissances*" (Gavard-Perret et al., 2018). Ces auteurs proposent d'ailleurs une taxonomie des paradigmes épistémologiques les plus utilisés en sciences de gestion, présentée dans la figurante suivante. Ces paradigmes sont classés de gauche à droite, selon un degré croissant de relativité. Ainsi, tout à gauche, le paradigme épistémologique réaliste scientifique considère qu'il existe un réel en tant que tel, nullement influencé par le chercheur et ses grilles de lecture théoriques. A l'opposé, le paradigme épistémologique constructiviste au sens de Guba et Lincoln (1989) postule que le réel n'existe pas, mais que l'environnement est composé d'une pluralité de réalités socialement construites.

TABLEAU 12-PANORAMA DES 5 PARADIGMES EPISTEMOLOGIQUES PRINCIPAUX D'APRES GAVARD-PERRET ET AL. (2018)

	P.E. constructiviste interprétativiste	P.E. constructiviste au sens de GUBA et LINCOLN
Auteurs de référence	SANDBERG (2005), YANOW (2006)	GUBA et LINCOLN (1989, 1998)
Hypothèse d'ordre ontologique	Il existe une activité humaine structurée (<i>patterned</i>). La signification consensuellement attribuée par des sujets à une situation à laquelle ils participent est considérée comme la réalité objective de cette situation.	Le réel est relatif : il existe de multiples réalités socialement construites, qui ne sont pas gouvernées par des lois naturelles, causales ou d'autre sorte.
Hypothèse d'ordre épistémique	Est connaissable l'expérience vécue. Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie. L'intention du sujet connaissant influence son expérience vécue de ce qu'il étudie.	Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie.
But de la connaissance	Comprendre les processus d'interprétation, de construction de sens, de communication et d'engagement dans les situations.	Comprendre les constructions de sens impliquées dans le phénomène étudié.
Statut de la connaissance	Une interprétation plausible qui convient à l'expérience vécue.	Une interprétation plausible subjective.
Mode de justification spécifique	Méthodes herméneutiques et ethnographiques. Justification des validations communicationnelle, pragmatique et transgressive.	Méthodes herméneutiques mobilisées de manière dialectique. Fiabilité (trust-worthiness) et authenticité. Pas de généralisation.

	P.E. réaliste scientifique	P.E. réaliste critique	P.E. constructiviste pragmatique
Auteurs de référence	HUNT (1990); BUNGE (1993)	BHASKAR (1988)	VON GLASERFELD (1988); LE MOIGNE (1995)
Hypothèse d'ordre ontologique	Il existe un réel en soi (LE réel), indépendant de ce qui est perçu et des représentations qu'on peut en avoir	Il existe un réel en soi indépendant de, et antérieur à, l'attention que peut lui porter un humain qui l'observe. Le réel est organisé en 3 domaines stratifiés: le réel profond, le réel actualisé et le réel empirique.	Il existe des flux d'expériences humaines
Hypothèse d'ordre épistémique	LE réel (en soi) n'est pas forcément connaissable (faillibilité possible des dispositifs de mesure).	Le réel profond n'est pas observable. L'explication scientifique consiste à imaginer le fonctionnement des mécanismes générateurs (MG) qui sont à l'origine des événements perçus.	Est connaissable l'expérience humaine active. Dans le processus de connaissance, il y a interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie, lequel peut néanmoins exister indépendamment du chercheur qui l'étudie. L'intention de connaître influence l'expérience que l'on a de ce que l'on étudie.
But de la connaissance	Connaitre et expliquer des phénomènes observables (via éventuellement des concepts inobservables)	Mettre au jour les mécanismes générateurs et leurs modes d'activation en contexte.	Construire de l'intelligibilité dans le flux de l'expérience à fin d'action intentionnelle.

Statut de la connaissance	La connaissance correspond exactement au réel. Enoncés sous forme réfutables.	La connaissance des mécanismes générateurs tend à leur correspondre exactement.	Une interprétation plausible qui convient à l'expérience humaine active et est viable pour agir.
Mode de justification spécifique	Neutralité. Objectivité. Justification de la validité externe et de la validité interne. Tests statistiques d'hypothèses. Réplication.	Pouvoir explicatif des MG identifiés. Justification de la validité des MG via des mises à l'épreuve successives dans des recherches qualitatives ou quantitatives.	Adaptation fonctionnelle et viabilité de la connaissance pour agir intentionnellement. Justification de la validité des connaissances génériques via des mises à l'épreuve dans l'action (recherches qualitatives).

A l'intérieur de chaque paradigme, bien qu'il y ait une diversité d'approches, les scientifiques s'entendent sur plusieurs points :

- les hypothèses d'ordre ontologique.

Issu du terme latin *ontologia*, l'ontologie désigne l'étude de l'être selon le dictionnaire Larousse. Appliqué à un paradigme, une hypothèse ontologique fait un postulat sur la nature du réel, c'est à dire que la nature de ce qui est étudié.

- Les hypothèses d'ordre épistémique

L'adjectif épistémique fait référence à l'*épistémê*, qui peut être défini comme l'activité scientifique (Husserl, 1970). En effet, Husserl oppose l'*épistémê*, soit l'activité scientifique, à la *doxa*, qui désigne toutes les autres activités humaines. Au sein d'un paradigme, les chercheurs s'entendent donc sur la nature de l'activité scientifique et les particularités de son rapport ou mode d'accès au réel.

- Le but de la connaissance

Un paradigme désigne une entente sur des hypothèses relatives à la connaissance, et notamment sur les objectifs poursuivis lors de la création de connaissance.

- Le statut de la connaissance

Il fait référence à la relation qu'un paradigme entretient avec une connaissance. Celle-ci peut être irréfutable, si on se situe dans un paradigme réaliste scientifique où le réel existe tel quel, indépendamment de toute construction sociale. Inversement, dans un paradigme constructiviste au sens de Guba et Lincoln (1989), puisqu'il existe une pluralité de réalités, toutes socialement construites, il en ressort qu'une connaissance ne correspond qu'à une interprétation d'une réalité donnée, dans un contexte social et spatio-temporel restreint. La connaissance est donc alors en permanence rediscutée, puisqu'un éclairage différent produit une connaissance différente.

- Les modes de justification spécifiques

Dans un paradigme il existe un accord tacite sur les méthodes utilisées, non seulement pour produire de la connaissance, mais aussi pour vérifier sa validité ou encore la promouvoir dans un cercle plus large : il s'agit des modes de justification spécifiques à un paradigme épistémologique.

3.3.2. Choix du paradigme épistémologique interprétativiste

Ce travail doctoral s'inscrit dans un paradigme épistémologique interprétativiste. Le tournant interprétativiste a la spécificité de s'inscrire au sein de la phénoménologie (Husserl, 1970; Schütz, 1987), c'est à dire l'étude des phénomènes dont la structure est fondée sur l'analyse directe de l'expérience vécue par un sujet encore appelée "*expérience de vie*" (Husserl, 1970). Considérant que les usages réels et en situation des outils de gestion ne peuvent être captés que par une recherche de terrain, répondre à la question de recherche posée au début de cette thèse implique d'adopter une démarche phénoménologique, qui s'inscrit précisément dans un paradigme épistémologique interprétativiste.

Nous appréhendons la recherche en considérant que ce que nous étudions, les usages d'un portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital et les manières dont ces usages peuvent permettre aux cadres d'incarner des rôles en tension dans un environnement hospitalier caractérisé par un pluralisme institutionnel, correspond à une activité humaine qui est structurée par des influences sociales et institutionnelles. L'hypothèse d'ordre ontologique qui est faite est que, dès lors que les observations de cette réalité font l'objet d'un consensus partagé par

d'autres chercheurs et d'autres sujets de la situation, elles constituent une réalité objective. De surcroît, notre positionnement vis-à-vis du terrain de recherche et nos connaissances préalables du rôle des cadres de santé et de leur relation aux outils de gestion a nécessairement eu une influence sur les résultats tirés de la recherche. En termes d'hypothèse d'ordre épistémologique, il apparaît que nos résultats et la discussion qui en sera tirée ne sont pas extérieurs au chercheur. Notre position est en effet que l'intention ayant guidé la recherche et l'expérience vécue par le chercheur lors de son travail de récolte de données sur le terrain ont un impact : les résultats de la recherche sont donc sensibles à ces éléments de contexte et aux connaissances préalables du chercheur. De surplus, il a été montré précédemment que compte tenu du pluralisme institutionnel qui caractérise l'hôpital, traversé par des logiques institutionnelles différentes, les usages des outils de gestion faits par les cadres de santé constituent des arbitrages entre ces logiques. Toute décision de gestion du cadre de santé, rendue visible par son instrumentation via le portefeuille d'outils de gestion des effectifs, est un choix réalisé afin de créer du sens au milieu d'une situation éclairée par des logiques différentes. Ainsi, dans notre travail doctoral, le but de la connaissance est de parvenir à interpréter des décisions, en l'occurrence les usages d'un portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé, et à comprendre comment ces usages produisent du sens pour les cadres dans une situation donnée et leur permettent d'incarner des rôles en tension. Dès lors, notre recherche vise à produire une connaissance qui ne prétend pas à un statut de savoir irréfutable, mais plutôt à une interprétation plausible et rendue robuste par le consensus dont elle fait l'objet au sein d'un groupe de chercheurs, d'une expérience sensible vécue. Pour toutes ces raisons, notre travail a été mené selon une approche épistémologique interprétativiste.

Nous détaillons notre posture épistémologique en détaillant trois critères mis en avant par Thietart et *al.* (2014): la nature de la connaissance produite, le chemin de la connaissance et les critères de validité de celle-ci.

- La nature de la connaissance produite

Dans l'approche interprétativiste, l'hypothèse d'ordre ontologique postule l'absence d'un réel objectif, indépendant de l'observateur, existant en tant que tel. Toute activité humaine est nécessairement structurée par le contexte social et politique qui l'entoure. Au lieu d'un réel

unique et véritable, le paradigme épistémologique interprétativiste reconnaît des réalités humaines et sociales plurielles, contingentes des *"normes, valeurs, conventions et idéologies historiquement et spatialement situées"* (Passeron, 1991; cité par Allard-Poesi et Perret, 2014, p. 25) Les caractéristiques du courant interprétativiste peuvent être exprimées sous la forme suivante: *"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).

Dans cette recherche, le paradigme interprétativiste est particulièrement adapté puisqu'il permet de mettre les pratiques de gestion des cadres de santé, et en particulier leurs usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs, en regard des pressions institutionnelles multiples qui pèsent sur les différents groupes professionnels de l'hôpital public. Ainsi, bien que fondée sur des cas singuliers, la démarche interprétativiste *"décrit des phénomènes sociaux pour transmettre une compréhension riche et approfondie des significations qui leur sont associées par les individus, comme élément explicatif important"* (Lukka et Modell, 2010, p. 463). Le paradigme interprétativiste permet donc de donner à voir que les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé constituent une approche permettant d'illustrer la façon dont ces cadres entendent se positionner face au pluralisme institutionnel auquel ils sont confrontés tout en menant à bien des rôles en tension (gestion des effectifs paramédicaux d'une part, ce qui incite à se focaliser sur le monde du CARE en adoptant une logique institutionnelle gestionnaire; et rôle soignant invitant à la coopération interprofessionnelle d'autre part, ce qui implique de travailler avec le CARE, le CURE, la COMMUNITY et le CONTROL tout en sollicitant une logique institutionnelle soignante).

- Le chemin de la connaissance

Parmi les différentes approches ontologiques du paradigme interprétativiste, ce travail doctoral fait référence à une vision collective de la recherche. En effet, notre travail de terrain au sein du CHU TONUS a recours à des observations in situ (observation de conférences de pôle, de réunion hebdomadaire de supervision de la suppléance, suivi de cadres et de cadres supérieurs de santé durant leur journée de travail), à la conduite d'entretiens en situation et à la collecte de

données de terrain : la triangulation des données est donc assurée. Les différents résultats ont été présentés et discutés régulièrement auprès de chercheurs et de professionnels du CHU TONUS afin de s'assurer que ceux-ci trouvaient que les résultats faisaient sens par rapport à leur expérience. En effet, approcher le réel dans une approche interprétativiste suppose que différents sujets qui participent à une même situation soient capables de s'accorder sur l'attribution d'une signification donnée à cette situation (Gavard-Perret et *al.*, 2018). La signification partagée par divers acteurs d'une même situation est nommée "*réalité objective intersubjective*" (Sandberg, 2005). Dans un paradigme interprétativiste, la connaissance produite est issue du sens créé par tous les individus ayant part à une situation, y compris le chercheur. En effet, "*les individus créent leur environnement par leurs pensées et leurs actions, guidés par leurs finalités*" (Perret et Seville, 2007, p. 20).

- La validité de la connaissance

L'épistémologie s'intéresse à la validité de la connaissance produite, ce qui passe principalement par deux variables : la validité interne de la recherche conduite d'une part, et la validité externe des connaissances créées d'autre part.

La validité interne d'une recherche "*repose sur la cohérence interne du processus de recherche, la validité du construit et la rigueur du processus de recherche*" (Gavard-Perret et *al.*, 2014).

Le **processus** ou **design de recherche**, souvent traduit en français par "*plan*" ou "*canevas*" (Hlady-Rispal, 2002) nécessite, pour être qualifié de cohérent, de bien spécifier au début d'une recherche: le cadre épistémologique dans lequel le processus s'inscrit (paradigme interprétativiste pour notre travail doctoral), le but principal de la recherche (donner à voir la variété des usages possibles du portefeuille outils de gestion des effectifs par les cadres de santé dans un hôpital public et la façon dont ces usages permettent de mener à bien des missions paradoxales dans un contexte de pluralisme institutionnel), la trame théorique majoritairement utilisée (la théorie néo-institutionnelle dans cette thèse), la méthode de recherche employée (étude de cas fondé sur l'interprétation de documents internes au CHU TONUS, l'observation de situations de travail et la conduite d'entretiens semi-directifs) ainsi que les modalités de collecte et de traitement des données (elles seront développées dans le chapitre relatif à la méthodologie).

La **validité du construit** fait référence à l'interprétation donnée par le chercheur sur les pratiques et les discours des acteurs qui participent à une situation (les cadres de santé du CHU

TONUS dans notre recherche). Cette interprétation, souvent présentée sous forme narrative, est considérée comme valide si ses modalités ont été précisément expliquées et justifiées. Le construit peut être validé dans un paradigme interprétativiste via trois moyens (Sandberg, 2005): les validités communicationnelle, pragmatique et transgressive. La validité communicationnelle d'un construit ne peut être évaluée et construite que dans le dialogue avec les acteurs de la situation étudiée d'une part, et par les échanges avec des chercheurs spécialistes du même sujet d'autre part. Ainsi, les résultats tirés de notre recherche et la façon dont nous les discutons ne gagnent une validité communicationnelle que par l'observation et les entretiens menés avec des cadres de santé quant à leurs usages des outils de gestion ou par les échanges réalisés avec des membres de l'hôpital étudié ayant des relations fréquentes avec les cadres de santé. Les résultats de notre thèse, et les connaissances que nous produisons à partir d'eux, acquièrent une validité communicationnelle plus aboutie grâce aux évaluations de nos travaux qui ont été faites par des chercheurs du domaine à l'occasion de colloques ou lors de l'évaluation d'articles de recherche soumis à des revues scientifiques durant notre parcours doctoral.

La validité pragmatique consiste à tester, dans l'action, une interprétation élaborée par le chercheur. Ainsi, si pour un profil de cadre de santé particulier, une régularité dans l'usage de l'outil de gestion est repérée, il peut être intéressant d'essayer de retrouver cette modalité de comportement dans une situation similaire. Toutefois, Sandberg (2005) précise que la validité pragmatique n'apparaît qu'à l'occasion de recherches complémentaires se basant sur des travaux préalablement réalisés par un chercheur expérimenté. Ainsi, c'est plutôt dans les travaux qui suivront cette thèse qu'une validité pragmatique de nos résultats pourra être acquise en cas de confirmation par le terrain, de régularité dans les usages du portefeuille d'outils de gestion pour des profils donné de cadre de santé, dans un contexte social et politique similaire.

En outre, la validité transgressive incite le chercheur à la vigilance sur les hypothèses et croyances qu'il mobilise implicitement pour interpréter une situation, et à être capable de les faire évoluer selon l'expérience vécue lors de sa recherche. En effet, la démarche de recherche nécessite d'adopter un questionnement permanent afin d'être en mesure de faire évoluer notre analyse au gré des fluctuations des situations de gestion observées. Dans cette recherche, nous sommes en permanence restés vigilants pour vérifier que les usages du portefeuille d'outils de gestion constituent une variable d'étude pertinente du positionnement des cadres de santé face aux rôles et aux logiques institutionnelles en tension auxquels ils sont confrontés. De même, nous avons veillé, lorsque les cadres de santé interviewés avaient aussi été observés dans leur

travail dans le cadre de nos demi-journées d'observation non participante, à vérifier que les usages du portefeuille relatés en entretien soient conformes aux usages constatés sur le terrain. Il est notamment apparu que le recours au découplage était parfois mobilisé sans qu'il soit exprimé, ou même conscientisé, par les cadres de santé.

Enfin, la **rigueur du processus de recherche** est actée dans un paradigme interprétativiste lorsque ce processus s'inscrit pleinement dans le dialogue avec les participants aux situations étudiées et avec les membres de la communauté scientifique (Gavard- Perret et *al.*, 2014). Notre travail doctoral a été ponctué d'échanges avec les différents partenaires du CHU TONUS (cadres de santé bien sûr mais aussi la direction générale, la direction des soins ou encore l'Institut de Formation des Cadres de Santé) mais aussi par des présentations au sein de laboratoires de recherche ou de colloques afin d'obtenir des éclairages différents sur nos observations. La rigueur du processus implique également que le processus de recherche soit mené en gardant vivement à l'esprit l'impératif de validité transgressive d'autre part (Sandberg, 2005).

En ce qui concerne la validité externe, elle fait appel à la validité des connaissances élaborées en dehors de l'échantillon étudié ou de l'organisation analysée. Conformément à ce qui a été expliqué précédemment, la validité externe n'est pas l'enjeu principal dans un processus interprétativiste puisque la connaissance élaborée dans un tel paradigme n'a pas une vocation universelle, elle est bien plutôt la description de cas singuliers mettant en avant une construction de sens socialement construite. Néanmoins, la récurrence de comportements dans une organisation particulière donne à voir les dynamiques d'acteurs à l'œuvre et ses répercussions managériales et organisationnelles. L'idée n'est pas de définir de manière universelle la typologie des usages des outils de gestion par les cadres de santé, mais bien plutôt d'analyser, à un instant donné et dans une organisation hospitalière en particulier, des interprétations plausibles des usages des outils de gestion par les cadres de santé du CHU TONUS, et la façon dont ces usages parviennent à incarner le positionnement du cadre de santé par rapport au pluralisme institutionnel auquel il est confronté d'une part, et eu égard aux missions contradictoires qui lui sont dévolues d'autre part. Pour compenser cette validité externe limitée, il serait opportun d'opérer une comparaison entre les résultats obtenus dans ce travail doctoral et ceux que nous générerons lors de recherches ultérieures, la transférabilité de la connaissance serait alors testée (Koenig, 2005).

Dans cette section, le choix du paradigme épistémologique interprétativiste a été justifié.

En effet, puisque les usages réels et en situation des outils de gestion ne peuvent être captés que par une recherche de terrain, répondre à la question de recherche posée au début de cette thèse implique d'adopter une démarche de recherche qui s'inscrit précisément dans un paradigme épistémologique interprétativiste.

La nature de la connaissance produite dans un paradigme interprétativiste est cohérente avec la notion d'agence d'enchâssée mobilisée dans la revue de la littérature : les usages du portefeuille d'outils par lesquels les cadres de santé parviennent à tenir leurs rôles gestionnaire et soignant, et dans certains cas à enclencher leur hybridation, sont un compromis entre l'influence des rôles organisationnels prescrits, des pressions institutionnelles subies et de la réflexivité propre du cadre de santé.

De surcroît, les résultats qui sont présentés dans cette thèse apparaissent à l'issue d'un chemin de la connaissance qui est résolument collectif. Afin d'assurer « *la réalité objective intersubjective* » (Sandberg, 2005) de nos résultats, des précautions méthodologiques ont été prises (triangulation des données) et un travail de partage des résultats a été effectué au fur et à mesure de cette recherche, afin de s'assurer que tant des chercheurs du domaine que des acteurs évoluant au CHU TONUS, trouvaient une pertinence à nos travaux et qu'ils reconnaissent une cohérence forte avec la situation du terrain. Ces dispositifs ont permis d'assurer la validité interne de nos résultats. La validité externe, bien qu'elle ne soit pas l'objectif dans une analyse située des usages des outils de gestion recourant à un paradigme interprétativiste, apparaît au sens où nos résultats peuvent faire apparaître des résultats récurrents compte tenu d'un contexte sociopolitique particulier. Des recherches ultérieures, dans un contexte sociopolitique similaire, permettront d'assurer la transférabilité de la connaissance (Koenig, 2005).

3.3.3. Choix d'une démarche qualitative

Cette recherche a pour but d'étudier les différents usages d'un portefeuille d'outils de gestion des effectifs par les cadres de santé, et de montrer comment ces derniers peuvent permettre d'incarner les rôles dévolus aux cadres de santé dans un contexte hospitalier marqué par un pluralisme institutionnel. Les hôpitaux sont en effet aujourd'hui fortement imprégnés par un contexte d'*accountability* (Barreda, 2018), que l'on peut définir comme "*le design d'une structure sommée, à l'improviste, de rendre des comptes sur les effets de telle ou telle de leurs décision ou pratique*" (Dumez et al., 2013). L'*accounting*, qui regroupe l'audit, les pratiques comptables et les démarches de contrôle de gestion, permet aux acteurs de rendre des comptes (Roberts et Scapens, 1985). Lorsqu'une structure est engagée dans une démarche d'*accountability*, les acteurs qui y évoluent doivent expliquer, justifier et assumer leurs actions (Sinclair, 1995). Dès lors que les outils de gestion peuvent être utilisés par les acteurs pour justifier et expliquer leurs pratiques, une démarche qualitative est particulièrement adaptée afin de mettre en valeur les énoncés et le discours de ceux-ci. A ce propos, la TNI montre que l'ensemble de ces pressions institutionnelles tend à influencer à la fois la structuration des hôpitaux, mais également les pratiques et comportements des acteurs, dont les cadres de santé. Ceux-ci doivent en effet prouver en permanence qu'ils sont légitimes, c'est à dire qu'ils sont conformes à ce qu'on attend d'eux, au rôle qui leur est assigné par la structure organisationnelle. En effet, la littérature indique que le recours aux outils de gestion dans les bureaucraties professionnelles n'est pas neutre, mais qu'il tend à modifier notablement les pratiques et les jeux d'acteurs (Mintzberg, 1983; Power, 1997). Cette évolution des pratiques s'explique par le fait que les activités complexes, usuellement gérées uniquement par les pairs du centre opérationnel d'une bureaucratie professionnelle, sont rendues plus explicites et objectivées par les outils de gestion. Les outils de gestion rendent contrôlables des activités complexes, telles que les soins de santé, réputées difficilement mesurables (Preston, 1992; Miller et Rose, 1990). Aussi, pour continuer à exercer leur pouvoir sur leur domaine de compétence, en l'occurrence les soins de santé pour les organisations hospitalières, les membres du CURE et du CARE (dont les cadres de santé) s'approprient les outils de gestion (Jacobs, 1995; Kurunmäki, 1999; Robbins, 2007). La comptabilité (au sens large) en action est caractérisée par des tensions, des ambiguïtés et des interprétations multiples (Ahrens et Dent, 1998): une approche qualitative semble particulièrement nécessaire pour avoir accès aux sens, objectifs, motivations, temporalités et conséquences des différents usages de ces outils de gestion.

La recherche optant pour une démarche méthodologique de nature qualitative présente alors l'avantage 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 et Dent, 1998, p. 4). Il semble donc pertinent, dans notre étude de cas, de recourir à une démarche qualitative puisque l'objectif est de saisir comment les cadres de santé utilisent le portefeuille d'outils de gestion, pourquoi ils le font et quelles sont les conséquences, notamment sur la façon dont ils incarnent leur rôle de cadre de santé et sur la manière dont ils parviennent à remplir des missions très variées et parfois opposées dans un contexte de pluralisme institutionnel à l'hôpital public. Une analyse quantitative, mesurant le temps passé par les cadres à mobiliser des outils de gestion par exemple, ne serait pas propice à saisir la nature des différents usages des outils de gestion.

Ici, l'objet de la recherche est d'étudier les différents usages des outils de gestion par les cadres de santé ainsi que les conséquences sur l'organisation de ces différents usages du portefeuille d'outils de gestion. Il paraît donc évident qu'un contact fort avec le terrain, une immersion dans le contexte professionnel des cadres de santé est indispensable pour *"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"* (Allard-Poesi et Perret, 2014, p. 57). De surcroît, lorsqu'un cadre théorique néo-institutionnel est choisi pour expliquer les comportements organisationnels, comme c'est le cas dans notre recherche, la littérature tend à montrer qu'une démarche méthodologique qualitative est dominante et particulièrement indiquée (Järvinen, 2016; Kantola et Järvinen, 2012; cité par Barreda, 2018). De la même manière, l'approche méthodologique qualitative est adaptée aux études de cas (Nyland et Pettersen, 2015; Berg et Byrkjeflot, 2014), à l'instar de celle que nous avons menée dans un centre hospitalo-universitaire. En effet, la méthode qualitative permet de répondre à la question du *"comment"* (Yin, 2008), plutôt qu'à celle du *"pourquoi"*.

3.3.4. Une approche compréhensive induite par le paradigme interprétativiste

Notre sujet de recherche consiste à explorer les différents usages d'un portefeuille d'outils de gestion des effectifs par les cadres de santé ainsi que leurs conséquences sur la façon d'incarner le rôle de cadre de santé dans un contexte de fort pluralisme institutionnel et professionnel. Cette recherche a mobilisé une démarche méthodologique qualitative et compréhensive. En effet, la recherche qualitative s'appuie toujours sur une approche compréhensive, permettant au chercheur de décrire un phénomène à partir de l'interprétation faite par les participants d'une situation (Dumez, 2013). Dans le cadre de notre travail doctoral, la question de recherche portant sur un sujet peu traité, il était important de faire appel à une posture permettant de capter *"des actions, interactions, buts, espoirs et pensées"* (Popper, 1988, p. 198). Dès lors, Dumez (2003, p. 30) estime *"Plus que de recherche qualitative, il faut donc parler de recherche compréhensive laquelle permet de manier du quantitatif tout en gardant son objectif de compréhension des acteurs"*. Ici, si la temporalité des usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé fait partie de notre question de recherche, cette dimension quantitative est principalement mobilisée dans le but de comprendre à quelle occasion les usages ont lieu, afin de mieux mettre en avant la nature et les motivations des différents usages.

La démarche compréhensive peut être comprise ainsi : *"Il s'agit plus justement d'une « logique de situation » au sens de Popper (1979), par exemple d'une situation de gestion (Girin, 1990), c'est-à-dire l'objectivation des éléments d'un contexte fait d'actions et d'interactions. La démarche compréhensive se place donc bien dans le cadre d'une démarche scientifique, objectivante et susceptible d'être critiquée."* (Dumez, 2003, p. 30).

Conformément aux caractéristiques de la démarche compréhensive, l'objectif de notre étude de cas n'était pas d'aboutir à des résultats standardisés et généralisés (nous ne prétendons pas faire une typologie exhaustive de tous les usages possibles des outils de gestion chez les cadres de santé ni expliquer comment le portefeuille d'outils de gestion permet à l'ensemble des cadres de santé d'incarner leurs rôles multiples et de combiner des logiques institutionnelles différentes dans l'ensemble des contextes possibles), mais bien plus d'être en mesure de comprendre et d'interpréter une réalité dans une situation donnée (Creswell, 2003). La démarche compréhensive prend tout son sens dans une *« étude de cas, dans laquelle le chercheur explore en profondeur un événement, une activité, un processus ou une ou plusieurs personnes »*

(Creswell, 2003, p. 14-15). L'étude de cas présente l'avantage d'étudier le sujet de recherche tout en étant immergé dans *"son contexte historique, économique, technologique, social et culturel"* (Eriksson et Kovalainen, 2008, p. 115). Par ailleurs, l'effet révélateur d'une étude de cas ciblée sur une organisation unique est mis en avant (Yin, 2011).

Dans ce chapitre, nous avons défini l'épistémologie comme *"une activité réflexive qui porte sur la manière dont les connaissances sont produites et justifiées"* (Allard-Poesi et Perret, 2014, p. 15). Nous avons ensuite dressé un panorama des différents paradigmes épistémologiques existants. Bien que certains chercheurs dénoncent l'injonction à choisir un paradigme épistémologique (Dumez, 2011) et invitent à ne plus traiter la question épistémologique explicitement dans les thèses, nous avons choisi d'insérer ce travail doctoral dans un paradigme interprétativiste, postulant que la réalité pouvant être analysée est la résultante de l'interprétation d'une situation acceptée collectivement par des acteurs y participant et qui oblige à tenir compte à la fois du contexte sociopolitique mais aussi de la liberté d'action des acteurs. Ainsi, le paradigme interprétativiste est cohérent avec la notion d'agence enchâssée (ou *embedded agency*) que nous mobilisons dans notre prisme théorique néo institutionnel, qui postule que les usages du portefeuille d'outils de gestion et les façons dont ces usages peuvent permettre aux cadres de santé d'incarner leurs rôles sont à appréhender comme étant influencés à la fois par les pressions institutionnelles et les rôles organisationnels dévolus aux cadres de santé mais aussi comme étant l'expression de leur réflexivité propre. En effet, la démarche interprétative *"décrit des phénomènes sociaux pour transmettre une compréhension riche et approfondie des significations qui leur sont associées par les individus, comme élément explicatif important"* (Lukka et Modell, 2010, p. 463). Nous considérons donc que le réel objectif n'existe pas, que toute réalité est socialement et politiquement influencée.

Incorporer ce travail doctoral dans un paradigme épistémologique interprétativiste a permis à l'auteur de cette thèse d'accorder une importance capitale au terrain et à la nécessité de s'en imprégner avant de débiter la collecte des données. Ainsi, nos interventions à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU TONUS ont été l'occasion de rencontrer et d'échanger avec de nombreux étudiants cadres de santé ainsi qu'avec des cadres supérieurs et des directeurs des soins expérimentés. Ces échanges informels nous ont permis d'appréhender rapidement l'omniprésence dans le travail des managers paramédicaux du portefeuille d'outils de gestion. Il est rapidement apparu également que les cadres de santé entretiennent un rapport ambigu aux usages des outils de gestion. D'une part, les cadres de santé perçoivent parfois les différents outils du portefeuille comme la matérialisation des différentes pressions institutionnelles qui pèsent sur eux, et plus globalement du tournant gestionnaire qu'ont connu les établissements de santé (Grevin, 2012). D'autre part, d'autres cadres de santé nous ont fait savoir qu'ils appréhendaient les usages du portefeuille d'outils de gestion comme un moyen d'incorporer une dimension soignante dans l'instrumentation de gestion à l'hôpital public et aussi de pouvoir établir un dialogue de gestion avec différentes groupes professionnels. Ainsi donc, cette première immersion dans le terrain, tant lors des entretiens informels à l'IFCS que lors de réunions avec l'encadrement paramédical au CHU TONUS, a fait apparaître que les usages du portefeuille d'outils de gestion sont fortement associés aux rôles organisationnels des cadres de santé et aux relations entretenues par les cadres avec les autres groupes professionnels. Cette posture épistémologique interprétativiste nous a donc permis de nous immerger dans le terrain dès le début de ce travail doctoral, afin de travailler ensuite par aller-retours pour enrichir la revue de littérature par les retours du terrain et réciproquement. Le choix du paradigme interprétativiste dès le début du travail doctoral a, en outre, permis de mettre en cohérence la revue de littérature avec la question de recherche mais aussi avec le cadre épistémologique et méthodologique.

Chapitre 4- L'étude de cas du CHU TONUS

Pour ce travail doctoral, nous avons réalisé une étude de cas mobilisant une démarche de recherche qualitative (Miles et Huberman, 2003). L'intérêt de cette méthode privilégiant le discours des acteurs du terrain de recherche est de ne pas laisser le chercheur s'enfermer dans des grilles de lecture préconçues, mais au contraire de donner à avoir des aspects non imaginés spontanément par le chercheur (Quivy et Van Campenhoudt, 2006). Nous allons donc présenter les spécificités de la collecte puis du traitement des données.

4.1. La collecte des données : des entretiens, des observations et des données secondaires

Les données de cette recherche sont issues d'entretiens, de séquences d'observation et de la collecte de documents. Nous allons détailler les modalités selon lesquelles l'échantillon de managers paramédicaux du CHU TONUS a été sélectionné, puis nous présenterons le guide d'entretien qui a servi de support aux entretiens semi-directifs réalisés. Nous donnerons ensuite les détails liés à la conduite des entretiens et à la collecte des autres données, telles que l'observation non participante et la collecte de données secondaires, qui ont permis d'atteindre la triangulation des données. Enfin, nous indiquerons la façon dont les données ont été traitées.

4.1.1. La sélection de l'échantillon et la constitution du guide d'entretien

Entre juin 2020 et juin 2022, 41 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de cadres de santé, de cadres supérieurs de santé et de directeurs des soins du Centre Hospitalo-Universitaire étudié. L'hôpital qui a été le terrain de notre recherche, le CHU TONUS, employait 13 300 agents en 2023, il est le principal employeur de la région. L'effectif total de cette organisation se décompose en 3 200 personnels médicaux (médecins, pharmaciens et dentistes, internes et externes) et 10 100 personnels non médicaux. A l'intérieur de ces personnels non médicaux, la

variété de métiers est immense puisque le CHU recense 140 métiers en son sein. En ce qui concerne la ligne d'encadrement paramédical, le CHU TONUS emploie 239 cadres de santé, 30 cadres supérieurs de santé et neuf directeurs des soins dont l'un, le coordinateur général des soins, est le supérieur hiérarchique de l'ensemble des professionnels paramédicaux de l'hôpital.

En moyenne, le CHU TONUS finance la formation de six nouveaux cadres de santé chaque année, en plus des recrutements extérieurs des cadres de santé effectués.

Pour notre recherche, nous avons cherché à accéder à un panel large de cadres paramédicaux, aux grades différents et disposant de niveaux d'ancienneté diversifiés dans la fonction d'encadrement. Nous avons obtenu facilement des contacts avec ces cadres de santé, soit via l'Institut de Formation des Cadres de Santé du CHU TONUS dans lequel l'auteur de cette thèse intervient comme enseignant, soit via un cadre supérieur en mission transversale auprès de la direction des soins qui a informé ses collègues de notre intérêt pour mener des entretiens avec des cadres de santé. A l'issue de nos entretiens, nous sollicitons les cadres de santé pour proposer à leurs collègues de nous recevoir en entretien. Nous avons souhaité réaliser des entretiens assez ouverts, permettant d'identifier les tâches pour lesquelles les outils de gestion des effectifs étaient particulièrement utilisés, de connaître les différents usages des outils de gestion effectués par les cadres de santé, de percevoir le(s) rôle(s) que les cadres de santé identifiaient comme leur étant dévolu(s) à l'hôpital et la façon dont les cadres parviennent à mener à bien leurs différentes missions par l'intermédiaire de ces usages.

Pour cette étude de cas, nous avons souhaité mener des entretiens d'une durée maximale d'une heure et demie, afin de maximiser nos chances d'obtenir des réponses favorables à nos demandes d'entretien. L'échantillon est donc constitué de 41 cadres paramédicaux qui ont accepté de participer à cette recherche. Le guide d'entretien utilisé est présenté en partie dans la figure suivante. Nous n'avons retracé ici que les questions qui ont été posées, ou les points qui ont été évoqués avec l'ensemble des cadres interrogés. D'autres points ont été abordés, en fonction des réponses faites en début d'entretien, avec certains cadres interviewés.

TABLEAU 13- GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ETUDE DE CAS	
1	Pouvez-vous me décrire votre poste actuel ?
2	Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel antérieur ?
3	Quel est votre objectif professionnel ?
4	Pouvez-vous me donner quelques chiffres clés de votre unité (effectifs, activité, projet en cours) ?
5	Quels sont les outils (de gestion) que vous utilisez au quotidien ? Ceux qui vous utilisez moins souvent ? Pourquoi les utilisez-vous, à quelle fréquence et comment ?
6	Quels sont les avantages / inconvénients de ces outils de gestion ?
7	Quels acteurs (collègues, équipe médecin, patients...) vous demandent d'utiliser ces outils ? Ou en interaction avec qui les utilisez-vous ? Qu'est-ce que ces outils vous permettent de faire ?
8	Utilisez-vous des outils de gestion communs à tout le CHU, propres à votre pôle, à votre unité ou bien conçus par vous-même ? Pourquoi ?
9	Utiliser ces outils de gestion facilite-t-il les relations avec les autres acteurs ou est-ce source de conflit ?
10	Les outils de gestion utilisés sont-ils simples ? Complexes ? Facilite-t-il le travail du cadre de santé selon vous ?
11	Selon vous, quel est votre rôle / vos rôles en tant que cadre de santé ? Quelle est votre place au sein de l'hôpital public ? Comment vous situez vous vis à des vis des autres professionnels de l'hôpital ? Ces outils de gestion vous permettent-ils de jouer le/ les rôle(s) cité(s) ?
1	<p><u>Si l'entretien est mené face à un cadre de santé</u> : Comment votre cadre supérieur vous évalue-t-il ? Utilise-t-il des outils ?</p> <p><u>Si l'entretien est mené face à un cadre supérieur</u> : Comment évaluez-vous vos cadres de santé et avec quels moyens ? Comment êtes-vous évalués par le directeur des soins et avec quels moyens ?</p>

Ce guide a été utilisé pour mener les entretiens auprès des cadres et cadres supérieurs dont les principales caractéristiques sont décrites dans la figure suivante.

TABLEAU 14- TABLEAU RECAPITULATIF DES CADRES INTERROGES

Numéro	Nom de code	Grade	Sexe	Pôle	Ancienneté dans la fonction cadre
1	CSS1	Cadre supérieur	H	Direction des soins	29 ans
2	CSS 2	Cadre supérieure	F	Femme-Enfants	25 ans
3	CS 1	Cadre de santé	F	Médecine-Cancer	12 ans
4	CS 2	Cadre de santé	F	Médecine Cancer	2 ans
5	CS 3	Cadre de santé	F	Gérontologie clinique	9 ans
6	CS 4	Cadre de santé	F	Psychiatrie	13 ans
7	CS 5	Cadre de santé	F	Médecine Cancer	26 ans
8	CS 6	Cadre IBODE	F	Blocs opératoires	29 ans
9	CS 7	Cadre de santé	F	Chirurgie	2 ans
10	CSS3	Cadre supérieure	F	Médecine Physique et Réadaptation	27 ans
11	CS 8	Cadre de santé	F	Thorax – Système nerveux	9 ans
12	CS 9	Cadre de santé	H	Médecine Physique et Réadaptation	8 ans

13	CS 10	Cadre de santé	F	Chirurgie	3 ans
14	CS 11	Cadre de santé	H	Médico-technique	3 ans
15	CS 12	Cadre de santé	F	Médico-technique	17 ans
16	CS 12	Cadre de santé	F	Médecine	22 ans
17.	CSS 4	Cadre supérieure de santé	F	Blocs opératoires	25 ans
18.	CSS 5	Cadre supérieur de santé	H	Gérontologie	25 ans
19.	CSS6	Cadre supérieure de santé	F	Chirurgie-Traumatologie	29 ans
20.	CSS7	Cadre supérieure de santé	F	Urgences	22 ans
21.	DS 1	Directrice des soins	F	Direction des soins	20 ans
22.	DS 2	Directeur des soins	H	Direction des soins	20 ans
23.	CS 13	Cadre de santé	F	Biologie	12 ans
24	CS 14	Cadre de santé	F	Dermatologie	18 ans
25.	CS 15	Cadre de santé	H	Dialyse	5 ans
26.	CS 16	Cadre de santé	F	Pharmacie	10 ans

27.	CS 17	Cadre de santé	H	Réanimation	12 ans
28.	CS 18	Cadre de santé	F	Médecine	20 ans
29.	CS 19	Cadre puéricultrice	F	Pédiatrie	17 ans
30.	CS 20	Cadre IBODE	F	Blocs opératoires	13 ans
31.	CS 21	Cadre de santé	F	Médecine	4 ans
32.	CS 22	Cadre de santé	F	Psychiatrie	5 ans
33.	CS 23	Cadre de santé	F	Gérontologie	6 ans
34.	CS 24	Cadre de santé	F	Gérontologie	8 ans
35.	CS 25	Cadre de santé	F	Psychiatrie	25 ans
36.	CS 26	Cadre de santé	F	Médecine	15 ans
37.	CS 27	Cadre de santé	H	Pédiatrie	12 ans
38.	CS 28	Cadre de santé	F	Psychiatrie	8 ans
39.	CS 29	Cadre de santé	H	Psychiatrie	17 ans
40.	CS 30	Cadre de santé	F	Médecine	14 ans
41.	CS 31	Cadre de santé	H	Psychiatrie	22 ans

4.1.2. La réalisation des entretiens

Comme cela a été indiqué précédemment, afin d'assurer la triangulation des données, notre collecte des données s'est faite par la conduite de 41 entretiens semi-directifs, par une vingtaine de demi-journées d'observation non participante ainsi que par la collecte de documents (tableaux de bord, extractions du portefeuille d'outils de gestion, mail, compte-rendu de réunion, compte de résultat analytique...). Notre matériau principal étant les verbatim des entretiens semi-directifs, nous détaillons spécifiquement ici les caractéristiques de ces derniers.

Principale méthode de recherche qualitative utilisée en sciences de gestion (Kahn et Cannell, 1957, cités par Gavard-Perret et *al.*, 2014, p.86), l'entretien est un moyen de capter un discours dans lequel l'individu participant à une activité évoque le sens qu'il a construit par rapport à cette dernière. Ainsi, quel que soit le type d'entretien qui est mobilisé dans un processus de recherche, cet entretien n'est jamais neutre : il s'agit d'un "*dispositif de face-à-face où un enquêteur a pour objectif de favoriser chez un enquêté la production d'un discours sur un thème défini dans le cadre d'une recherche*" (Freyssinet-Dominjon, 1997). Afin de laisser la possibilité d'examiner les interprétations de chaque acteur sans qu'il soit influencé par les autres membres de l'organisation, les entretiens menés dans cette recherche ont été individuels.

Les entretiens ont été conduits sur le mode semi-directifs. Fortement utilisés en sciences de gestion, les entretiens semi-directifs sont menés à partir d'un guide d'entretien, qui constitue un répertoire de sujets ou de thèmes à aborder avec le répondant, sans formulation très précise et sans que l'ordre des questions soit figé. Au contraire, le chercheur rebondit sur les réponses apportées par l'interlocuteur pour orienter la discussion de façon à coller le plus possible au fil du discours tenu par la personne interviewée. L'entretien semi-directif permet donc de repérer ce qui fait sens pour le répondant dans une situation donnée. Les données collectées, quoique variables selon les répondants car chaque acteur dispose de sa perception propre d'une même situation, sont comparables car les thèmes évoqués sont communs, ce qui structure la discussion autour de thématiques données (Nils et Rime, 2003): l'exploitation des données est donc facilitée. L'avantage de l'entretien semi directif est la richesse des données qu'il permet de récolter (Thietart et *al.*, 2014) tout en limitant l'influence du chercheur dans les réponses formulées par les personnes interrogées (Roussel et Wacheux, 2005).

Les entretiens ont tous eu lieu dans les bureaux des cadres et cadres supérieurs de santé interrogés, dans les locaux du Centre Hospitalo-Universitaire TONUS qui a constitué le terrain de cette recherche. L'entretien débutait toujours par des remerciements adressés au répondant pour le temps accordé, puis l'autorisation d'enregistrer l'entretien avec un dictaphone (toujours accordée) était sollicitée. Il a été précisé aux répondants que la parole pouvait être entièrement libre, que la recherche était indépendante de la direction de l'hôpital et que les données étaient rendues anonymes. Les quarante et un entretiens ont duré entre 50 minutes et 1h 45. L'effectif de l'échantillon, permettant d'atteindre le principe de saturation, a été jugé suffisant.

Nous avons aussi réalisé 20 demi-journées d'observation non participante. Ayant pris contact avec la direction des soins, l'auteur de cette thèse a d'abord été invité à suivre un cadre supérieur de santé, rattaché à la direction des soins, et en charge particulièrement d'apporter un appui à la fonction de gestion des effectifs aux cadres et cadres supérieurs de santé, ainsi qu'aux médecins chefs et aux administratifs de la direction des ressources humaines. Durant les six demi-journées durant lesquelles nous avons suivi ce cadre supérieur, concepteur de cinq des outils de gestion du portefeuille étudié, nous avons eu l'occasion d'étudier les différents usages des outils par des cadres occupant des niveaux variés de responsabilité mais aussi de comprendre comment ils se saisissaient de ces usages pour incarner leurs différents rôles. Nous avons ensuite réalisé des demi-journées d'observation avec des interlocuteurs rencontrés lors de cette immersion initiale qui se sont réparties ainsi : trois demi-journées avec un directeur des soins, sept demi-journées avec des cadres de santé de proximité et quatre demi-journées avec une cadre supérieure de santé en charge d'un pôle. Tout au long de ces demi-journées, nous avons assisté à des réunions (conférence de pôle, réunion hebdomadaire du cadre avec son équipe, réunion de l'ensemble des cadres de santé autour du cadre supérieur de pôle, réunion de partage de la suppléance au sein d'un pôle, réunion tripartite médecin manager – cadre de pôle- service RH ...), à des moments de travail informels ou encore à des épisodes d'utilisation en solitaire du portefeuille d'outils de gestion par des cadres de santé. Au fur et à mesure de nos observations, nous avons pris des notes dans un carnet de bord qui comporte des éléments extrêmement variés : usages observés des différents outils, vision du rôle du cadre défendue ou rejetée lors de réunions, relations et postures observées des cadres vis-à-vis des autres groupes professionnels de l'hôpital, modes de gestion des frontières professionnelles lorsque des tâches impliquent une coopération interprofessionnelles, positionnement spatial des différents acteurs lors des réunions... Ce carnet de bord a ensuite été utilisé de façon à corroborer les données obtenues lors des entretiens ou au contraire à faire apparaître des usages réels différents des

usages déclarés ou encore des modes de gestion des frontières professionnelles non déclarées en entretien.

Enfin, afin d'assurer la triangulation des données, nous avons complété les entretiens semi-directifs et l'observation non participante par la collecte de différents documents. Ceux-ci comprennent des copies et captures d'écran des différents outils du portefeuille de gestion des effectifs, des mails échangés entre cadres et administratifs ou médecins au sujet de ce portefeuille, au compte-rendu de réunions et d'instances pluri professionnelles ou encore à des supports de formation présentant le portefeuille d'outils de gestion, et ses usages prescrits, aux nouveaux cadres de santé du CHU TONUS. Là encore, ces documents ont servi à confirmer ou infirmer les données principales constituées par les verbatim des entretiens.

4.2. Le traitement des données

4.2.1. Méthode d'analyse qualitative retenue

La littérature a fait apparaître différentes caractéristiques du traitement qualitatif des données (Easterby-Smith et *al.*, 2008) qui nous ont conduits à retenir cette méthode d'analyse, compte tenu de notre question de recherche et du paradigme épistémologique interprétatif dans lequel nous nous inscrivons.

Tout d'abord, l'avantage de la méthode qualitative est de permettre de donner toute leur place aux données afin d'en faire émerger des résultats et une contribution théorique. Bien que nous ayons réalisé une revue de littérature initiale, le traitement qualitatif des premières données nous a permis de voir apparaître des usages différents de ce que la revue de littérature aurait pu laisser penser, ce qui a permis de faire des allers retours entre les données et la littérature. Cela a été le cas ici pour la construction du guide d'entretien, qui a été élaboré de manière flottante par allers-retours entre les hypothèses de départ et les réponses apportées par les cadres interviewés. De la même manière, le cadre théorique a été guidé par les éléments qui ressortaient des données des premiers entretiens. Par ailleurs, compte tenu du cadre théorique néo institutionnel retenu, qui accorde une importance aux pressions institutionnelles et aux rôles organisationnels attendus des acteurs, et étant donné le paradigme interprétatif choisi, il est opportun de recourir à une méthode qualitative d'analyse des données puisque celle-ci est assimilée à *"des techniques interprétatives qui cherchent à décrire, décoder, traduire, et de conforter, autrement, à la signification, et non à la fréquence, de certains phénomènes se produisant plus ou moins naturellement dans le monde social"* (Van Maanen, 1979, p. 421 cité par Gavard-Perret et *al.*, 2014).

Dans notre travail doctoral, les entretiens enregistrés sur un dictaphone ont tous été retranscrits par une assistante de recherche. Par la suite, nous avons procédé à une analyse de contenu à partir des verbatim obtenus. Initialement définie comme une méthode systématique et emprunte de contraintes fortes - *"une technique de recherche pour une description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter"* (Berelson, 1952)- l'analyse de contenu a évolué vers une pratique beaucoup plus ouverte et souple, décrite comme *"un ensemble*

de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu de messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou on) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production / réception (variables inférées) de ces messages" (Bardin, 2003). Ainsi, nous n'avons pas souhaité mesurer la récurrence de certains termes, mais nous avons privilégié l'analyse des interprétations énoncées par les répondants face à une situation donnée ou aux outils de gestion évoqués. En recherche qualitative, les données, une fois collectées, peuvent être traitées de façon manuelle ou automatisée, à l'aide d'un logiciel dédié. Nous avons opté pour une analyse de contenu manuelle, ce qui présente l'avantage de conférer de la souplesse pour le chercheur. L'analyse de contenu manuelle est par ailleurs recommandée pour analyser des situations complexes ou pour faire émerger du sens dans une situation peu connue (Capdevieille-Mougnibas, 2009, cité par Barreda, 2018, p. 184), ce qui correspond pleinement aux objectifs de cette étude de cas.

4.2.2. Démarche d'analyse du contenu

La démarche générale d'analyse du corpus comprend trois "**pôles chronologiques**" (Bardin, 2003, p. 125) : la préanalyse, l'exploitation du matériel et l'inférence.

La phase de préanalyse a permis au chercheur de réaliser une lecture flottante des entretiens menés avec les cadres de santé, ce qui facilite l'identification d'indices majeurs dans le discours du répondant (Gavard-Perret, 2014, p. 248). La phase de préanalyse permet donc de s'imprégner de l'ensemble des données et de faire un premier découpage mental des grandes idées évoquées dans les entretiens. La phase de préanalyse est ainsi décrite comme "*l'étape préliminaire d'intuition et d'organisation pour opérationnaliser et systématiser les idées de départ afin d'aboutir à un schéma ou à un plan d'analyse*" (Wanlin, 2007, p. 250). Lors de la préanalyse, la relecture à plusieurs reprises de l'ensemble des verbatims nous a permis d'avoir une connaissance globale des discours des répondants et de préparer un premier codage des données.

Le codage a eu lieu en deux étapes. D'une part, notre connaissance de la littérature nous a conduits à effectuer un codage inductif, préalable à la prise de connaissance fine des données (Ayache et Dumez, 2011). Cette *"liste de départ"* (Miles et Huberman, 2003, p.114; cité par Barreda, 2018, p.185) des premières catégories de codage s'est faite principalement sur la base de la revue de littérature. Ainsi, nous avons en tête l'existence dans la littérature de deux grandes catégories d'usages des outils de gestion (instrumentaux et politiques), dont nous avons vérifié initialement la présence dans les entretiens, les comptes rendus de réunions et des demi-journées de travail auxquelles nous avons assisté et les documents collectés. Puis, après avoir confirmé cette double dimension des usages, la lecture attentive des retranscriptions des entretiens nous a conduits à voir apparaître des sous-catégories émergentes, que nous avons donc ajouté à la liste des catégories, de façon inductive.

L'étape d'exploitation du matériel consiste à mettre en application les catégories identifiées dans l'étape précédente. C'est donc en phase d'exploitation du matériel que les verbatim sont relus et que chaque énoncé correspondant à une catégorie est affecté à cette dernière. L'objectif de cette étape est de *"découper le contenu d'un discours ou d'un texte en unités d'analyse (mots, phrases, thèmes...) et à les intégrer au sein de catégories sélectionnées en fonction de l'objet de recherche"* (Thietart et al., 2014, p. 555). Nous avons ainsi vérifié la consistance des différents usages mis en évidence durant la pré-analyse, et nous nous sommes assurés de regrouper différents vocables qui désignaient un même usage. De plus, puisque les cadres de santé interviewés structuraient fréquemment leur récit des différents usages en fonction des interlocuteurs qu'ils voulaient mobiliser, nous avons également codé les réponses selon cette variable. Les données récoltées lors de l'observation non participante ainsi que l'étude des documents écrits collectés ont été l'occasion d'enrichir ces catégories.

A cette étape, il est apparu six usages du portefeuille d'outils de gestion : légitimation, découplage, traduction, pilotage quotidien, prévision-prospective et évaluation. De surcroît, lorsqu'on met en relation ces usages avec les différents rôles, un autre type de codes apparaît : le rôle gestionnaire des cadres de santé (qui implique une logique institutionnelle gestionnaire pour se focaliser sur la supervision des effectifs du CARE : cela recoupe les rôles de pilotage de la performance et de régulation des ressources identifiés par Desmarais, 2003) et le rôle plutôt managérial (qui mobilise une logique institutionnelle soignante afin d'améliorer la qualité des soins en suscitant la coopération interprofessionnelle, cela regroupe les rôles de traduction et régulation des relations appartenant à Desmarais, 2003).

Enfin, l'inférence ou interprétation est l'étape qui permet d'obtenir des résultats significatifs (Bardin, 2013), où les catégories sont discutées et mises en relation les unes avec les autres afin de produire de la connaissance. Les modes d'analyse du contenu sont multiples. Ainsi, quatre catégories d'analyse de contenu sont identifiées par Fallery et Rodhain (2007): les analyses lexicales, linguistiques, cognitives et thématiques. Pour d'autres auteurs, certains modes d'analyse peuvent être regroupés et il ne distingue que deux possibilités : l'analyse lexicale ou l'analyse thématique (Bardin, 2013). Dans ce travail doctoral, nous n'avons pas eu recours à une analyse lexicale, qui aurait nécessité d'évaluer le nombre de citations d'un mot en particulier. Considérant que les cadres de santé interrogés ne sont pas des professionnels formés spécifiquement aux outils de gestion, le vocabulaire qu'ils emploient pour désigner les usages qu'ils font de ces derniers n'est pas nécessairement identique d'un cadre à l'autre. Nous avons privilégié une analyse thématique, qui consiste à *"trouver, par une approche horizontale, les thèmes récurrents entre les différents documents ou entretiens du corpus et les contenus qui s'y rattachent"* (Gavard-Perret et al., 2014). Cette analyse permet de faire apparaître les grands thèmes énoncés par les répondants lorsqu'ils sont interrogés sur leurs usages des outils de gestion. Lorsque différents mots avaient la même signification, ils ont été regroupés dans un sous-thème. Les sous-thèmes convergents ont ensuite été assemblés sous la forme de grands thèmes, définis comme *"un ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos"* (Paille et Muchielli, 2012, p. 242).

Au moment de coder et donc de placer des extraits du verbatim donc différentes catégories, plusieurs unités d'analyse sont possibles (la phrase, le mot ou le groupes de mots, l'action ; l'observé ou l'acteur ; la cible de l'action ; le paragraphe et le texte intégral). Pour traiter les données, nous avons utilisé pour unité d'analyse la phrase (ou le morceau de phrase) et le paragraphe. Ainsi donc, sur un logiciel de traitement de texte, toutes les unités d'analyse qui correspondaient à un code ont été placées dans une même catégorie. Dans un deuxième temps, les catégories convergentes ont été assemblées dans un thème. Bien que des logiciels performants d'aide au codage qualitatif existent, nous avons préféré opter pour un codage manuel afin de rester fortement imprégnés par les données de terrain (Fenneteau, 2002) et essayer de préserver au maximum leur contextualisation. Ensuite, nous avons assuré une dernière étape de codage en rassemblant les usages dans l'une des deux catégories d'usages qui émergent de la littérature : les usages instrumentaux et les usages sociopolitiques (il sera

expliqué dans la partie résultats pourquoi le terme de sociopolitique paraît plus adapté aux résultats obtenus que celui de politique).

Ainsi, le tableau 15 regroupe le codage des données en ce qui concerne les différents usages du portefeuille d'outils de gestion.

TABLEAU 15- CODAGE DE LA RECHERCHE

Code	Catégorie	Thème	Thème général
Noter les présents	Mise à jour des outils de gestion compte tenu de l'absentéisme et des modifications	Pilotage quotidien	Usages instrumentaux
Pointer les absents			
Enregistrer les permutations entre agents			
Demander une suppléance / de l'intérim en cas d'absence inopinée	Modification de l'effectif déployé		
Demander la mutualisation d'un professionnel d'une autre unité			
Repousser l'hospitalisation de patients en raison d'un sous-effectif soignant	Moduler l'activité clinique pour l'adapter à l'effectif soignant présent		
Déprogrammer des interventions chirurgicales en cas d'absentéisme important			
Fermer des lits pour s'adapter à un			

absentéisme soignant accru			
Anticiper les difficultés RH liées à la période estivale	Anticipation des situations RH complexes et leurs conséquences	Prévision / Prospective	
Anticiper la capacité d'accueil du service (nombre de lits) compte tenu de l'absentéisme à venir			
Prévoir les pics d'absentéisme et imaginer des solutions peu coûteuses			
Simuler des effectifs requis pour une nouvelle activité	Simuler des besoins en ressources humaines et/ ou des calculs médico- économiques		
Simuler les recettes issues de l'activité et les mettre en lien avec la masse salariale prévisionnelle			
Evaluer la capacité du cadre de santé à être économe dans sa gestion de l'absentéisme	Evaluer le travail du cadre de santé par son cadre supérieur	Evaluation	
Evaluer les choix de gestion faits par un cadre lors d'arrêts de travail dans son unité			
Evaluer la fréquence des changements de	Evaluer la flexibilité d'un paramédical et		

planning accepté par un agent paramédical	sa volonté d'aider le cadre dans la gestion de l'absentéisme		
Evaluer l'équité des plannings dans la répartition des matins / après-midi / soirs et des semaines / week-end			
Comparer la dotation d'une unité ou d'un pôle à celle d'un autre périmètre	Evaluer la situation RH d'une unité en comparaison avec les autres unités du CHU		
Mesurer la charge en soins par personnel paramédical et la comparer aux autres unités			
Montrer, par l'outil, la gestion efficiente des RH	Montrer la légitimité du cadre de santé aux membres du CARE et du CURE	Légitimation	Usages sociopolitiques
Montrer que le cadre de santé défend la qualité des soins et/ou les conditions de travail des soignants			
Montrer sa maîtrise technique du portefeuille d'outils			
Faire des extractions complexes de données gestionnaires et soignantes	Montrer, pour le cadre supérieur, sa compétence à son équipe de cadres de		

Gestion d'un projet clinique par le portefeuille d'outils	santé et au CONTROL		
Connaissance fine de la réalité du terrain à travers le portefeuille d'outils			
Montrer le faible recours à l'intérim			
Utiliser de façon détournée le portefeuille d'outils de gestion	Utilisation détournée du portefeuille d'outils de gestion tout en donnant une illusion de conformité aux usages prescrits	Découplage	
Concevoir manuellement un planning censé être produit par répartition automatique via le portefeuille d'outils de gestion			
Renvoyer à l'impartialité des outils de planning en cas de contestation d'un planning par un professionnel paramédical	Eviter le conflit en attribuant une décision à l'outil plutôt qu'au cadre		
Recours à des outils de gestion différents du portefeuille mis à disposition par le CHU TONUS	Non recours au portefeuille d'outils de gestion institutionnel		

Créer ses propres outils de gestion			
Convertir une charge en soins en effectif temps plein requis	Convertir en langage managérial des données issues du monde paramédical	Traduction	
Convertir les décisions prises par le cadre en données de gestion incluses dans le portefeuille d'outils			
Chiffrer les recettes issues d'un projet d'activité clinique			
Transformer des décisions prises intuitivement par le cadre de santé en données compilées dans le portefeuille d'outils	Rendre visible, à travers le portefeuille d'outils de gestion, le travail du cadre de santé		
Faire un reporting de son travail			
Elaborer des outils de comparaison charge en soin / effectif paramédical pour objectiver le charge de travail	Donner à voir (aux syndicats) la connaissance fine du terrain par le cadre de santé		
Elaborer des outils de calcul de la charge en soins des patients accueillis			

Lors de l'étape d'inférence, nous avons également fait apparaître des relations de corrélation. Ainsi, certains usages ou certaines situations de gestion (conflit social, conférence annuelle de pôle, période d'absentéisme majeur) ont été mis en relation avec des modalités de gestion des missions contradictoires des cadres de santé.

En ce qui concerne les observations, elles ont donné lieu à la prise de notes manuellement. Certains échanges entre acteurs, jugés particulièrement représentatives de la situation observée par l'auteur, ont été retranscrits à la main. Ces notes permettent d'éclairer des contextes et de présenter des situations dans lesquelles les cadres de santé tiennent un rôle particulier (gestionnaire ou soignant) ou bien au cours desquelles leurs usages du portefeuille soutiennent l'hybridation de leurs rôles tenus. Les données issues des observations ainsi que les documents obtenus, comme des captures d'écran, des tableaux de bord ou des échanges de mails, permettent donc de s'assurer que nous étudions bien les usages situés du portefeuille, sans se contenter des usages déclarés par les cadres lors des entretiens. L'observation et la collecte de données sont particulièrement utiles pour accéder à des usages officieux du portefeuille, tels que le découplage, ou bien aux situations de non-usage, qui peuvent être difficiles à exposer et à assumer par les cadres de santé lors des entretiens. De même, ces observations et ces documents secondaires ont aussi permis de porter la focale sur les rôles tenus par les cadres de santé, et de mettre en corrélation ces rôles tenus observés avec les déclarations des acteurs pendant les entretiens.

Ainsi, il a été montré que nous avons opté pour une recherche qualitative et compréhensive afin d'accorder une place prépondérante aux énoncés des différents acteurs, à leur ressenti et de capter les usages réels des outils de gestion et pour dépasser le discours des acteurs et vérifier la conformité des usages réels avec les usages déclarés. Afin d'assurer la triangulation des données, nous avons conduit 41 entretiens semi-directifs, 20 demi-journées d'observation non participante ont été réalisées et des documents ont été collectés (tableaux de bord, extractions des différents outils de gestion des effectifs inclus dans le portefeuille étudié, compte de résultat analytique, compte rendu de réunions...). Le principal matériel réside dans les verbatim, issus d'une retranscription par une assistante de recherche des enregistrements audio des 41 entretiens semi-directifs réalisés avec des cadres de santé du CHU TONUS issus

de pôle, d'ancienneté et de formation professionnelle initiale variés. Les différentes données ont ensuite été codées manuellement, afin de faire apparaître des codes, regroupés par catégories qui ont elles même donné lieu à l'élaboration de thème, ce qui laisse toute la latitude aux chercheurs pour associer des termes ou des formulations qui évoluent dans le même sens au sein d'une catégorie. Cette méthodologie, qualitative et compréhensive, a pour objet de comprendre les différents usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé, et d'appréhender comment ces usages peuvent permettre aux cadres d'incarner leurs rôles en tension dans le pluralisme institutionnel qui caractérise l'hôpital.

Par conséquent, les résultats de ce travail doctoral ne visent pas la validité externe à tout prix, ce qui d'ailleurs serait incohérent avec un paradigme interprétativiste. Nous prétendons au contraire présenter une typologie des usages d'un portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé dans un contexte social et politique spécifique, afin de comprendre comment ces usages sont liés aux différents rôles des cadres de santé et comment ceux-ci peuvent s'en servir afin d'incarner des rôles multiples en combinant des logiques institutionnelles plurielles à l'hôpital public.

Partie III- Résultats

SOMMAIRE DE LA PARTIE III

Partie III- Résultats	179
Chapitre 5- Un portefeuille d’outils de gestion associé à des usages protéiformes qui structurent les rôles organisationnels et les frontières professionnelles à l’hôpital	182
5.1. Présentation du portefeuille d’outils de gestion des effectifs et de son développement..	182
5.1.1. Le contexte de la gestion des effectifs au CHU TONUS	182
5.1.2. Histoire du développement d’un portefeuille d’outils de gestion devenu incontournable	186
5.1.3. Présentation du portefeuille d’outils de gestion des effectifs du CHU TONUS	193
5.1.3.1. PLUME.....	196
5.1.3.2. CARYOTYPE	197
5.1.3.3. SAISON.....	199
5.1.3.4. AVENIR	200
5.1.3.5. PHARE	202
5.1.3.6. LUMIERE	205
5.2. Typologie des usages, qualitatifs et quantitatifs, des outils de gestion des effectifs	211
5.2.1. Le pilotage quotidien	211
5.2.2. La prévision	219
5.2.3. L’évaluation.....	224
5.2.4. La légitimation.....	232
5.2.5. Le découplage.....	240
5.2.6. La traduction.....	248
5.3. Les usages du portefeuille d’outils de gestion : des moyens pour les cadres de tenir leur(s) rôle(s) en répondant aux pressions tout en faisant valoir leur marge de liberté	259
5.3.1. Des usages du portefeuille d’outils de gestion au service du rôle gestionnaire des cadres	259
5.3.2. Des usages du portefeuille d’outils de gestion au service de l’hybridation des rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé.....	262

5.4.	User du portefeuille d'outils de gestion dans les situations complexes de gestion des effectifs.....	273
5.4.1.	Les usages du portefeuille au service de la gestion au sein du groupe des cadres de santé.....	273
5.4.2.	Les usages du portefeuille au service d'une gestion pluri professionnelle des effectifs	278
5.5.	Les conséquences des usages du portefeuille sur les frontières professionnelles.....	287
5.5.1.	Des usages du portefeuille d'outils de gestion qui estompent les frontières professionnelles	288
5.5.1.1.	L'estompement des délimitations physiques entre groupes professionnels	291
5.5.1.2.	L'estompement des délimitations cognitives entre groupes professionnels	291
5.5.1.3.	L'estompement des délimitations relationnelles entre groupes professionnels.....	293
5.5.1.4.	L'estompement des délimitations structurelles entre groupes professionnels.....	294
5.5.2.	Des usages du portefeuille d'outils qui renforcent les frontières entre les différents groupes professionnels de l'hôpital	295
5.5.2.1.	Le renforcement des délimitations physiques entre groupes professionnels	298
5.5.2.2.	Le renforcement des délimitations cognitives entre groupes professionnels	299
5.5.2.3.	Le renforcement des délimitations relationnelles entre groupes professionnelles	300
5.5.2.4.	Le renforcement des délimitations structurelles entre les groupes d'acteurs	301
5.5.3.	Des usages du portefeuille qui ont pour conséquence d'étendre le périmètre d'influence d'un groupe professionnel.....	302
5.5.3.1.	L'extension du périmètre physique des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels	304
5.5.3.2.	Un usage du portefeuille qui étend du périmètre cognitif des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels.....	305
5.5.3.3.	L'extension du périmètre relationnel des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels	306
5.5.3.4.	Des usages du portefeuille qui étendent le périmètre structurel des cadres de santé	306

5.6.	Variables explicatives des usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs.....	309
5.6.1.	La maîtrise technique des outils de gestion	310
5.6.1.1.	L'ancienneté dans la fonction d'encadrement influence le niveau de maîtrise technique des outils	311
5.6.1.2.	Existence d'une expérience de « faisant fonction » de cadre de santé détermine le niveau de maîtrise technique des outils	313
5.6.1.3.	La proximité culturelle du cadre de santé aux outils influe sur leur degré de maîtrise technique.....	314
5.6.2.	Le souhait de carrière du cadre utilisateur	318
5.6.2.1.	Absence de souhait d'ascension professionnelle.....	318
5.6.2.2.	Souhait d'évolution de carrière modérée.....	323
5.6.2.3.	Souhait d'ascension professionnelle élevée	326
5.6.3.	Le mode d'appropriation des outils de gestion par les cadres de santé.....	332
5.6.3.1.	Perspective d'appropriation rationnelle.....	333
5.6.3.2.	Perspective d'appropriation sociopolitique	335
5.6.3.3.	Perspective d'appropriation cognitive	339
5.6.3.4.	Perspective d'appropriation symbolique	341

Chapitre 5- Un portefeuille d'outils de gestion associé à des usages protéiformes qui structurent les rôles organisationnels et les frontières professionnelles à l'hôpital

Dans ce chapitre, nous présentons tout d'abord le portefeuille d'outils de gestion des effectifs utilisés au CHU TONUS. Puis, nous détaillons les différents usages de ce portefeuille que nos données font apparaître. Compte tenu de la revue de littérature effectuée précédemment et de sa mise en regard de nos observations, il a été choisi de répartir les usages du portefeuille en deux catégories : les usages instrumentaux d'une part, qui correspondent à des usages prescrits ou prévus du portefeuille afin d'assurer la gestion du service ou du pôle dont ils ont la responsabilité ; et les usages sociopolitiques d'autre part, qui sont des usages officieux et non prescrits du portefeuille, qui ont pour objectif à la fois de véhiculer un message ou de défendre une position (dimension politique) mais aussi de faire évoluer la structure sociale ou les relations entretenues par un cadre de santé avec les autres groupes d'acteurs de l'hôpital (dimension sociale).

En outre, nous montrons que ces différents usages du portefeuille permettent aux cadres de santé de tenir des rôles organisationnels, voire permettent l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant. Les données soulignent également que les usages du portefeuille permettent aux cadres de santé de gérer les situations complexes dans des espaces de discussion différents selon le type d'usage mobilisé. Au-delà d'identifier les différents usages du portefeuille, nos données font aussi apparaître que ces usages produisent des effets sur les frontières qui séparent les différents groupes professionnels de l'hôpital. Nous terminons par identifier certaines variables qui influencent les usages du portefeuille réalisés par les cadres de santé.

5.1. Présentation du portefeuille d'outils de gestion des effectifs et de son développement

5.1.1. Le contexte de la gestion des effectifs au CHU TONUS

Le CHU TONUS emploie 13 300 personnes, qui se décomposent en 10 100 personnels non médicaux (personnels paramédicaux, sociaux, administratifs ou encore techniques) et 3 200 personnels médicaux. La gestion des effectifs du CHU TONUS constitue un enjeu majeur pour

plusieurs raisons. D'une part, les dépenses de personnel représentent 58% des dépenses totales du CHU TONUS, soit la plus grosse charge de l'établissement qu'il convient de piloter dans un contexte de résorption récente du déficit du CHU. D'autre part, ces personnels sont indispensables au maintien de l'offre de soin, ce qui représente une attente forte de la part de la COMMUNITY et qui est également indispensable à la santé financière de l'établissement, car ce sont les actes réalisés par les médecins et les soignants qui génèrent la principale recette du CHU TONUS via la tarification à l'activité. En outre, le contexte de pénurie de médecins, mais aussi de professionnels paramédicaux (en particulier infirmiers et aides-soignants), renforce les enjeux liés à la gestion des effectifs. Le CHU TONUS développe d'ailleurs des primes à l'embauche pour essayer d'attirer ces professionnels en versant 1 000€ net à tout infirmier qui signe un contrat de plus de six mois et 800€ net pour un aide-soignant.

Le CHU TONUS est structuré en pôles fonctionnels (direction générale, pôle des affaires médicales et de la recherche ; pôle patient, attractivité et qualité ; pôle ressources humaines ; pôle pilotage de l'efficience et des ressources financières ; pôle investissement et logistique et le pôle de coordination générale des soins) et en 12 pôles hospitalo-universitaires (lesquels sont dirigés par un médecin chef de pôle, un cadre supérieur de santé et un cadre administratif). Ces pôles hospitalo-universitaires sont de tailles variées. Le plus petit pôle, celui dédié à l'imagerie médicale, comprend 60 personnels médicaux et 218 personnels non médicaux. A l'opposé, le plus grand pôle du CHU TONUS, en charge des urgences et de services de médecine, comprend 176 personnels médicaux et 1 100 personnels non médicaux. La taille moyenne d'un pôle hospitalo-universitaire au CHU TONUS est de 110 personnels médicaux et 800 personnels non médicaux. Au sein de ces pôles, la gestion des effectifs médicaux relève des médecins chef de service, sous l'impulsion du médecin chef de pôle qui reçoit un appui administratif de la part de la direction des affaires médicales. La gestion des effectifs non médicaux (800 personnes en moyenne) est dévolue à un cadre supérieur de santé, assisté d'une équipe de cadres de santé (en moyenne, chaque pôle comprend 18 cadres de santé) ainsi que d'un appui administratif via le pôle ressources humaines.

Ainsi, différents groupes professionnels interviennent dans la gestion des effectifs d'un hôpital public tel que le CHU TONUS, avec des pratiques et raisonnements différents : les cadres paramédicaux, les médecins chefs de pôle, les directeurs et les administratifs.

En ce qui concerne les cadres paramédicaux, ce terme générique recoupe plusieurs fonctions : les directeurs des soins qui coordonnent les équipes paramédicales de plusieurs pôles (il y a huit

directeurs des soins au CHU TONUS, supervisés par un coordinateur général des soins), les cadres supérieurs de santé à la tête d'un pôle (il y a 30 cadres supérieurs de santé au CHU TONUS, qui lorsqu'ils sont à la tête d'un pôle sont chargés de la gestion d'environ 800 personnes, de l'animation d'un collectif d'une vingtaine de cadres de santé, de la conduite de projets d'envergure et de l'amélioration de la qualité des soins) et les cadres de santé (les 239 cadres de santé du CHU TONUS sont responsables de la gestion d'un service et d'une équipe de 44 personnes en moyenne). Les directeurs des soins et les cadres supérieurs disposent d'un effectif soignant pour chaque pôle, ainsi que d'un budget de remplacement pour faire face à l'absentéisme du personnel. Chaque pôle établit un contrat de pôle avec la direction du CHU TONUS, qui prévoit différents objectifs à atteindre en échange desquels le pôle peut obtenir des moyens supplémentaires, notamment des moyens humains. La mission d'un cadre supérieur ou d'un directeur des soins consiste donc à négocier des ressources humaines pour son pôle auprès de la direction générale ou des autorités de tutelle puis de parvenir à maîtriser la masse salariale soignante au sein du pôle, en répartissant les effectifs entre les différents services. Tous les pôles hospitalo-universitaires du CHU TONUS disposent de leur propre équipe de suppléance, comprenant une quarantaine d'infirmiers, aides-soignants et agents de service hospitaliers. Cette équipe de suppléance, gérée par un cadre de santé, a pour vocation d'intervenir dans les différents services du pôle en fonction des besoins exprimés par les cadres de santé. Ces différentes demandes sont recensées par le cadre chargé de l'équipe de suppléance qui, en accord avec le cadre supérieur, décide de la répartition de l'équipe entre les diverses unités. Par ailleurs, afin de restreindre les dépenses de remplacement, les cadres de santé appliquent la règle fixée par la direction générale du CHU TONUS qui prévoit que les absences inopinées (arrêt maladie, absence pour raison familiale ou personnelles) ne sont remplacées qu'à 65%. Nos observations de réunions entre des cadres supérieurs de santé, des cadres administratifs de pôle et des membres de la direction des ressources humaines soulignent que les membres du CONTROL (cadre administratif et direction des ressources humaines ici) défendent particulièrement les efforts de restriction de la masse salariale. Ainsi, alors qu'à l'occasion d'une réunion, le cadre supérieur détaillait les spécificités d'un des services de son pôle qui justifiaient selon lui de négocier auprès de la direction trois postes d'infirmier supplémentaires, le cadre administratif a mis en avant le fait que le budget de remplacement était déjà grevé par des dépenses d'intérim importantes et que cette demande ne serait donc pas acceptée par la direction générale. Lors de nos observations, il est apparu que les médecins défendaient avant tout la possibilité de poursuivre leurs activités et de prendre en charge au CHU le plus grand nombre de patients possible. La plupart des médecins observés sont donc

influencés par une logique institutionnelle médicale, qui les conduit parfois à s'extraire des contraintes liées aux ressources humaines paramédicales. Lors d'une conférence de pôle, alors que le bilan de l'activité clinique et la situation financière du pôle avaient été présentés et que le cadre soignant de pôle s'apprêtait à présenter la situation des ressources humaines paramédicales, plusieurs médecins du pôle ont demandé si des questions médicales allaient être abordées. Comme cela n'était pas le cas, ils ont indiqué qu'ils devaient quitter la réunion puisque du travail les attendait auprès des patients. Cette situation a été mal perçue par l'encadrement et les équipes paramédicales et peut attester de la focalisation de certains membres du CURE sur leurs activités médicales. L'implication des membres du CURE dans les difficultés liées aux effectifs paramédicaux augmente quand la pénurie de personnel peut empêcher le maintien de leur activité. La COMMUNITY agit notamment à l'hôpital par l'intermédiaire du Ministère de la Santé et de la Prévention ou de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ceux-ci contrôlent les hôpitaux et constituent, en particulier l'ARS, l'interlocuteur de référence des cadres supérieurs de pôle et des directeurs des soins qui souhaitent négocier l'obtention de ressources supplémentaires dans le cadre d'un projet. Les membres de la COMMUNITY répondent à des logiques gestionnaire, à l'instar du CONTROL (puisque'ils veulent contrôler l'usage des ressources financières dont disposent le CHU TONUS et évaluer la gestion qui est faite des ressources humaines) et civique (au sens où ils défendent les principes du service public auquel est soumis le CHU TONUS, comme la continuité des soins, l'égalité du service public ou encore le principe d'adaptabilité de celui-ci : ces principes poussent les membres du CONTROL à plaider pour que le CHU TONUS fonctionne et accueille des patients en continu, nonobstant parfois les difficultés liées à l'absentéisme ou à la pénurie de professionnels paramédicaux). Les membres du CARE sont régis par une logique soignante, qui les pousse à privilégier la qualité des soins aux patients et la préservation de bonnes conditions de travail, les conduisant à exprimer le souhait d'une augmentation des effectifs paramédicaux au CHU TONUS. Comme cela a été exprimé dans la revue de littérature, les cadres de santé sont à l'interface de ces quatre groupes professionnels et ils sont influencés par deux logiques : gestionnaire d'une part, ce qui les conduit à avoir le souci de l'efficience dans la gestion des effectifs paramédicaux, et soignante d'autre part, puisque'ils sont garants de qualité des soins dans leur unité et qu'ils sont tenus de favoriser coopération interprofessionnelle dans leur service, afin d'améliorer les services rendus aux patients.

Ainsi, il faut noter que les différents groupes professionnels envisagent différent la question des effectifs paramédicaux. Les cadres de santé étant soumis à des rôles et à des logiques doubles

sont parfois tirillés dans leur pratique de gestion des ressources humaines paramédicales par des objectifs qui entrent en tension les uns avec les autres.

5.1.2. Histoire du développement d'un portefeuille d'outils de gestion devenu incontournable

Le déploiement des outils de gestion des effectifs développés au CHU TONUS doit beaucoup à un cadre supérieur de santé (CSS1), actuellement rattaché à la direction des soins infirmiers sur une mission transversale d'appui aux cadres paramédicaux. Durant la plus grande partie de sa carrière, ce cadre s'est attaché à construire et à diffuser des outils de gestion des effectifs au service des cadres paramédicaux. Cette conception d'outil s'est amorcée dans les années 1990, dans un contexte marqué par l'absence totale d'outils de gestion à disposition des cadres paramédicaux :

"Si je dois expliquer pourquoi je suis arrivé là, en fin de compte, en sortant de l'école des cadres ...en 93...il n'y avait pas d'ordi. Les premiers ordinateurs sont arrivés au niveau des cadres à l'hôpital en 98. On faisait des petits M (pour matin) pour matin, des petits J (journée)... [...] En sortant de l'école des cadres, c'était gestion papier et les cadres passaient 90% de leur temps à faire les plannings. Alors qu'à la base, on n'est pas là pour faire que ça. Je veux dire moi, même dans ma signature de mail, je suis infirmier cadre supérieur de santé. Ça veut dire que je suis avant tout infirmier, donc je suis là pour parler de soins, de patients et de lien ; pas seulement là pour passer ma journée à faire des plannings. Sauf que si cette mission de gestion d'équipe elle nous occupe 90% du temps, on n'a pas le temps de faire nos autres missions qui sont pourtant aussi l'autre aspect intéressant du métier. Et du coup je me suis dit qu'il fallait créer des outils pour m'aider à faire les deux à la fois : mes plannings et aussi mon boulot d'infirmier cadre de santé, sur de l'accompagnement des stagiaires, du soin, du partage d'expérience avec les médecins, les paramédicaux, les médicotechniques... Donc moi j'ai commencé à faire Excel, Excel 7 pour la petite histoire, je mettais des M, des J et autre... Mais informatique ou pas, on peut toujours analyser les plannings sur deux axes : horizontal c'est les contraintes individuelles et sur l'axe vertical les contraintes collectives. J'ai commencé à créer mon outil, puis ça s'est développé vers 1998-2000. Les besoins, si je compte de combien d'infirmiers j'ai besoin par jour, je peux compter les effectifs. On comptait aussi les travaux insalubres, en fonction du nombre de week-ends travaillés, ou des nuits. Vers 2000 on a commencé à faire des documents Excel pour tout ça. De fil en aiguille j'ai continué à

développer mon outil sur Excel. Et puis, de but en blanc... on m'avait interdit de le faire car pour la petite histoire... tous les outils que je vais te montrer là on m'avait interdit de les faire dans un premier temps." Cadre supérieur de santé 1, Pôle Ressources Humaines, Homme

Il ressort de cette explication que ce cadre a été frappé, dans les années 1990, par l'absence d'outils informatiques à disposition de cadres de santé. Cette réalité le marque d'autant plus qu'il intègre le CHU TONUS à sa sortie de l'Institut de Formation des Cadres de Santé, après avoir passé plusieurs années comme manager d'une équipe soignante dans une grande clinique privée suisse, où les cadres étaient mieux outillés. En effet, membre d'un réseau privé d'établissements de santé, cette clinique suisse avait déjà développé une instrumentation de gestion forte permettant d'assurer à la direction générale un *reporting* étroit sur la consommation de ressources humaines par les différents cadres soignants. C'est donc la comparaison avec d'autres organisations de santé, où les cadres paramédicaux disposaient d'outils de gestion des effectifs nombreux, qui a fait prendre conscience à cet acteur de la nécessité de concevoir ses propres outils pour faciliter le quotidien et libérer du temps pour permettre aux cadres de santé de se consacrer à leur autre rôle, plutôt managérial et tourné vers la qualité des soins et la favorisation de la coopération interprofessionnelle.

De surcroît, l'entretien met en avant le fait qu'en l'absence d'outils de gestion permettant d'optimiser le suivi des effectifs, les cadres de santé du CHU TONUS passaient la majeure partie de leur temps de travail (90%) à élaborer des plannings. Cette situation était insatisfaisante, tant pour les cadres de santé qui étaient entièrement consacrés à une tâche rébarbative, que pour la direction de l'hôpital qui ne pouvait confier aux cadres que peu de tâches liées à la coordination des soins (telles la supervision de la qualité des soins, la gestion de projets ou encore l'incitation à la coopération interprofessionnelle) ou encore pour l'équipe paramédicale qui pouvait regretter l'indisponibilité du cadre. Le cadre supérieur de santé explique qu'il a lui-même développé des formules automatisées sur Excel afin de simplifier son quotidien, et qu'il a progressivement amélioré son dispositif pour parvenir à concevoir les actuels outils de gestion des effectifs utilisés au CHU TONUS. Lors de l'entretien, le cadre supérieur de santé nous indique spontanément que la conception de ces outils de gestion n'a au départ pas du tout été encouragée par sa direction ("*on m'avait interdit de le faire*").

Lorsque nous l'interrogeons sur les raisons pour lesquelles il n'avait pas été encouragé dans cette démarche de conception d'outils de gestion, la réponse formulée est la suivante :

"Comme ça. Voilà. La logique administrative... Parce qu'ils avaient peur, parce que ça demandait de la transparence. Je ne vais pas écrire un roman là-dessus. Et puis, de but en blanc ... on m'a convoqué et j'ai dû présenter mon outil au service informatique et je me suis fait descendre. Je n'avais jamais étudié Excel et tout mais j'avais fait mon truc. Et puis, en fin de compte, l'informatisation des cadres était compliquée car les cadres ne connaissent pas... ils ne savaient pas ce qu'était une souris." Cadre supérieur de santé 1, Pôle Ressources Humaines, Homme

Il apparaît donc que le contexte d'élaboration des outils de gestion au CHU TONUS est marqué par une défiance très forte de ce cadre supérieur à l'égard de *"la logique administrative"*. Dès le départ, les outils de gestion naissent dans un contexte d'opposition entre la communauté du CARE, à laquelle ce cadre supérieur revendique son appartenance, et celle du CONTROL, laquelle désigne la direction de l'hôpital, qui utilise un langage gestionnaire et qui financiarise les ressources humaines de l'hôpital en raisonnant en termes de masse salariale. Ce cadre supérieur nous affirme d'ailleurs que s'il n'a pas été encouragé dans son processus d'outillage de la gestion des cadres de santé, c'est parce qu'il n'appartenait pas, du fait de sa formation, à la communauté professionnelle dédiée (*«je n'avais jamais étudié Excel et tout"*). Dans sa démarche de conception d'outils de gestion, le cadre supérieur se situe dans un interstice entre deux groupes professionnels. D'une part, le service informatique (et donc la communauté du CONTROL) lui reproche de ne pas être l'un des leurs, en particulier parce qu'il ne dispose pas d'une formation initiale en informatique et qu'il ne raisonne pas suffisamment en termes financiers dans ses choix de gestion des ressources humaines; d'autre part, la démarche d'appropriation de ces outils par d'autres cadres de santé (qui était dès le départ souhaitée, car le cadre supérieur évoque *"l'informatisation des cadres"*) est rendue compliquée par le manque d'acculturation de ces cadres au support informatique.

Lors de nos entretiens, certains cadres évoquent l'hôpital comme un lieu de tensions entre des acteurs ayant des objectifs différents. Ainsi, le concepteur de ces outils de gestion décrit un environnement hostile à priori, dû au fait que la direction voyait d'un mauvais œil la conception par un cadre paramédical d'outils de gestion censés être son apanage, tandis que le reste des cadres de santé était très éloigné du recours à ces outils, ce qui complexifiait leur diffusion.

Malgré la difficulté présentée par la coexistence de groupes d'acteurs aux objectifs variés, ce concepteur a mené à bien son projet de création d'outils de gestion en mettant en avant leur nécessité. Il explique que, dans un contexte de multiplication des tâches des cadres de santé, les

outils de gestion permettent de gagner du temps et d'être plus efficaces. Prenant l'exemple de l'outil LUMIERE, le cadre concepteur des outils explique qu'il permet aux cadres supérieurs de santé de les aider à présenter le montage médico-financier d'un projet et qu'ils acquièrent ainsi plus de crédibilité vis-à-vis de la direction des ressources humaines du CHU TONUS, en fournissant des arguments chiffrés à l'appui du propos du cadre.

"Faut savoir qu'avant la mise en place de l'outil, pour aller voir la DRH et demander des postes, justifier des postes, sur 1 heure d'entretien on avait 3/4 d'heure où on justifiait comment on avait fait les calculs et 1/4 d'heure sur le fond du problème." Cadre supérieur de santé 1, Pôle Ressources Humaines, Homme

Très rapidement après la conception et l'officialisation, en 1998, de ces outils d'aide à la conception des plannings, la direction du CHU TONUS a compris leur importance et leur potentiel. Toutefois, plutôt que de solliciter le cadre concepteur de ces outils, le CHU TONUS a décidé d'organiser l'achat d'un outil de gestion complémentaire, sur lequel saisir les temps de travail, les absences et les présences au jour le jour afin de déclencher le calcul de la paye. Le CHU TONUS, en quête d'un tel outil, a lancé un appel d'offre, préférant solliciter des entreprises privées du numérique plutôt que le cadre de santé concepteur des autres outils, confirmant selon le cadre supérieur la volonté du CONTROL de séparer les groupes professionnels et de confier à des experts la confection d'outils de gestion. Néanmoins, l'expertise du cadre paramédical concernant les outils de gestion n'a pas été niée, puisque la direction du CHU TONUS l'a sollicité afin de piloter l'élaboration du cahier des charges en vue d'acheter un logiciel de gestion des effectifs :

"Il est venu qu'après, vers 2000, y a eu un appel d'offre pour acheter un outil de gestion du temps (planning et autre). J'ai été missionné pour faire tout l'appel d'offre. J'étais chef de projet métier, il y avait aussi un chef de projet informatique et un chef administratif." Cadre supérieur de santé 1, Pôle Ressources Humaines, Homme

La préparation de l'appel d'offre apparaît ici comme un exemple de cogestion réussie dans la mesure où une autonomie a été accordée au cadre paramédical à l'origine de l'élaboration des outils de gestion pour exprimer les contraintes que devaient respecter l'outil. Cette autonomie est toutefois contrebalancée par l'existence de régulation, incarnée ici par la présence de deux membres de la communauté du CONTROL: les chefs de projet informatique et le responsable administratif. L'acceptation de la nécessité de développer des outils de gestion à destination des cadres de santé se fait au prix d'un compromis entre membres de deux groupes professionnels

distincts : le CONTROL et le CARE doivent travailler ensemble afin de déterminer le cahier des charges que le futur outil devait respecter.

Par la suite, une évolution s'impose au CHU TONUS par le décret 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans la fonction publique hospitalière. En effet, afin de respecter la nouvelle durée légale du travail hebdomadaire de 35 heures, les cycles de travail des paramédicaux ont dû être modifiés par les cadres de santé, notamment en créant des jours de récupération du temps de travail (RTT). Le cadre concepteur des outils, conscient de la nécessité d'appliquer la nouvelle réglementation au sein du CHU TONUS et y voyant également une possibilité de tirer avantage de sa position, a profité de cette pression réglementaire pour accroître son rôle dans l'élaboration et le paramétrage des outils de gestion utilisés par les cadres de santé du CHU TONUS :

"Et en 2002, les RTT sont arrivées. J'ai dû réécrire tout le référentiel du temps de travail. Si on n'a pas un référentiel carré on ne peut rien faire. Y avait 5 bureaux du personnel avant, et chacun faisait sa cuisine. 1 règlement appliqué à l'hôpital X ne l'était pas à Y, et pourtant les deux appartiennent au CHU TONUS... ça a permis d'écrire tout le référentiel, qui est toujours d'actualité. Comme j'étais le seul cadre paramédical dans l'équipe qui avait piloté l'appel d'offre, c'est moi qui m'en suis chargé. Je pense que j'étais vraiment le plus à même de me rendre compte des conséquences des RTT pour les plannings des services. Donc je m'en suis chargé. J'aimerais le réécrire d'ailleurs aujourd'hui." Cadre supérieur de santé 1, Pôle Ressources Humaines, Homme

Ainsi, cette nouvelle contrainte sur les plannings a été saisie par ce cadre concepteur des outils de gestion comme un moyen de s'introduire dans la fabrication d'outils à destination des cadres. Il a ainsi proposé son intervention afin de rédiger le référentiel de travail qui sert à paramétrer les outils de gestion du planning. Dans le cas présent, la tactique de conformité a permis au cadre de santé de ne pas perdre la main sur les outils de gestion au profit d'une entreprise externe. Au contraire, le fait d'opter pour cette stratégie a permis à ce cadre d'influencer de manière notoire les nouveaux outils de gestion déployés dans l'ensemble du CHU TONUS, en étant à l'origine du référentiel sous-jacent. Il faut noter que cette tactique lui ayant permis de maintenir sa légitimité comme concepteur, ce cadre souhaite aujourd'hui encore rédiger une version actualisée du référentiel, sans doute pour affirmer sa position. Lorsqu'il a été demandé au cadre d'expliquer en quoi consistait précisément le référentiel, cette réponse a été formulée :

"C'est toutes les règles de gestion du travail, ça décrit les principes généraux, les temps de travail par jour, par semaine. Quelqu'un qui travaille de jour à 80% il va pouvoir faire tant d'heures... On a tout décrit, les définitions, le vocabulaire, ce que les cadres de santé devaient comprendre de la nouvelle réglementation en vigueur... Clairement, le référentiel... il rend compréhensible pour les cadres de santé la réforme des 35 heures. Parce que jusqu'ici c'étaient des notes de service, mais pour savoir quelle était la dernière note de service... pas possible... En fin de compte, l'originalité c'est qu'on l'a écrit avec l'informaticien, un administratif et moi utilisateur. C'est le référentiel qui permet de paramétrer notre outil. On a fini en 2007 seulement à mettre en place l'outil de gestion du temps qui utilisait le référentiel." Cadre supérieur de santé 1, Pôle Ressources Humaines, Homme

Cette réponse permet de comprendre qu'à travers la rédaction du référentiel, le cadre concepteur a en réalité joué un rôle de traduction. La réforme des 35 heures émanant du ministère a été traduite par ce cadre en un langage adapté aux cadres de santé du CHU TONUS. Obtenant avec la rédaction de ce référentiel et la conception de ces outils de gestion une position pivot, le concepteur de l'outil est devenu un acteur incontournable dans le processus d'élaboration de roulements de travail ou dans une démarche de création d'activité générant un besoin en personnel paramédical.

Concepteur et utilisateur expérimenté de ces outils, il a progressivement rendu leur usage obligatoire. En effet, étant cadre en mission transversale d'appui aux fonctions RH, il est un acteur clé dont l'intervention est indispensable pour permettre aux cadres soignants de pôle de préparer leur demande de postes auprès de la DRH. Cette position stratégique a rendu possible l'instauration d'un recours obligatoire aux outils conçus par ce cadre, qui sont au nombre de cinq (CARYOTYPE, AVENIR, PHARE, SAISON et LUMIERE) en plus de l'outil PLUME conçu par une entreprise de services du numérique, faute de quoi la demande de poste est rejetée systématiquement :

"Y a une directrice des soins de l'époque qui m'avait donné un paquet cadeau avec toute cette analyse qui était faite sur la pédiatrie... les jeunes cadres de santé dynamiques avaient fait des super rapports... mais chacun le sien. C'est bien... j'ai commencé à rentrer tout dans un tableau. Puis j'ai dit pour analyser il me fait ci, il me faut ça. J'ai fait un outil de calcul des effectifs, et là on arrive dans la première pierre de la construction. J'ai fait un outil qui s'est développé au fur et à mesure des années, qui partait de la maquette. La maquette c'est combien d'IDE j'ai besoin le matin, le soir et la nuit en fonction de la charge en soin. A part les réas ou

les MPR [Médecine Physique et de Réadaptation], on n'a pas de normes. J'ai développé l'outil pour qu'on puisse se référer à ça. Aujourd'hui tout projet de demande de postes qui n'utilise pas l'outil n'est pas validé, que ce soit par moi, puis par la DRH." Cadre supérieur de santé 1, Pôle Ressources Humaines, Homme

Enfin, nous pouvons proposer une lecture plus théorisée du processus que nous venons de décrire. Au fil du temps, l'outil s'est institutionnalisé sous l'effet conjoint d'évolutions réglementaires et d'une démarche active du cadre supérieur qui voyait dans cet instrument un moyen de protéger l'activité du CARE d'une hégémonie du CONTROL. Son utilisation est devenue incontournable et l'intervention de son concepteur une évidence pour les acteurs de l'hôpital (tant les membres du CARE que ceux du CONTROL). L'ensemble des outils de gestion des effectifs du CHU TONUS, et son promoteur, sont aujourd'hui "*taken for granted*".

La conception des outils de gestion au CHU TONUS doit beaucoup à un acteur, actuellement cadre supérieur de santé. Celui-ci s'est rendu compte, dans les années 1990, que le travail des cadres de santé était très peu outillé, contrairement à ce qu'il avait pu constater lors d'une expérience précédente d'encadrant paramédical dans une clinique privée en Suisse. L'absence d'outils de gestion rendait l'élaboration des plannings extrêmement chronophage pour les cadres de santé. Pourtant, la direction de l'hôpital réfute à un cadre paramédical la possibilité de concevoir un outil de gestion, mettant en avant son absence de formation. La démarche de création de l'outil de gestion peut alors être comprise comme une tentative de pénétration de la sphère gestionnaire (CONTROL) par un cadre de santé disposant d'une ressource critique, l'informatique, afin de libérer du temps et de consolider l'activité des soignants. Au fil du temps, les outils et leur promoteur sont devenus incontournables et « allant de soi ».

5.1.3. Présentation du portefeuille d'outils de gestion des effectifs du CHU TONUS

Avec la gestion des effectifs paramédicaux, les missions dédiées à l'amélioration de la qualité des soins mobilisent beaucoup les cadres de santé. Alors que les cadres étaient interrogés sur les divers aspects de leur métier, ils ont évoqué plus spontanément la gestion des effectifs au motif que celle-ci était consommatrice de plus de temps que leur rôle soignant. De plus, beaucoup de cadres de santé interrogés ont mis en avant le fait que la gestion des effectifs était un résultat de leur travail particulièrement visible, qui constitue une attente majeure, si ce n'est exclusive, de la part des autres groupes professionnels de l'hôpital.

« Ce qui occupe l'immense majorité de mon temps c'est les plannings... On va rentrer les heures supplémentaires, les arrêts maladie, tout ce qui est lié au temps de travail des agents, les changements que je fais... D'ailleurs quand il y a des conflits avec l'équipe, Ça va être sur la gestion de l'absentéisme c'est-à-dire sur les arrêts de travail. Si on n'a pas de suppléance à disposition (parce que là on est dans un contexte très restreint) on est obligés d'assurer la continuité des soins et ça passe par supprimer des récupérations, supprimer de la formation et le conflit démarre d'ici. En fait, la plupart des échanges que j'ai avec ma cadre sup, avec les médecins ou avec l'équipe, c'est sur du planning. C'est ça que les gens voient de notre travail. Le cadre est là pour produire... pour réarranger en permanence... comme il le peut... le planning. C'est là-dessus qu'on attend le cadre et qu'on vient le chercher. » Cadre de santé 10, Femme, Médecine, 1 an et demi

Ce verbatim confirme l'intérêt d'étudier la gestion des effectifs par les cadres de santé, puisque cela correspond à l'activité principale des managers paramédicaux et que les attentes qui pèsent sur eux à ce sujet sont particulièrement fortes.

Pour autant, les cadres de santé ne renoncent pas à assurer leurs missions transversales de supervision de la qualité des soins, de pilotage de l'activité d'une unité ou de gestion des compétences. Cela constitue d'ailleurs pour beaucoup des cadres interviewés la source de leur motivation à devenir cadre de santé, c'est la raison pour laquelle la majorité des cadres de santé interviewés tient à ne pas se cantonner à gérer au quotidien les absences.

« Le fait déjà d'avoir un regard sur la gestion de l'activité, de questionner des soins, de proposer aussi de la formation aux équipes, de participer à la démarche qualité par les groupes

de travail qu'il peut y avoir à l'échelle du Pôle ou à l'échelle institutionnelle. Toutes ces fonctions m'ont fait partir vers la mission Cadre. » Cadre de santé 10, Femme, Médecine, 1 an et demi

Loin d'être associées seulement à une vision idéalisée du métier ex-ante, les missions transversales sont au contraire décrites comme essentielles dans la posture professionnelle des managers paramédicaux. Faire coopérer les différents professionnels d'une unité afin qu'ils travaillent dans l'intérêt supérieur du patient est même présenté par plusieurs cadres de santé comme l'essence même de leur travail.

« Il faut retrouver du sens à ça et ne pas oublier pourquoi on est là c'est-à-dire un patient qui est au fond de son lit. J'essaie toujours de me dire « pourquoi je le fais ? ». Mon métier premier c'est quand même le soin. J'ai des agents, si je les traite bien, ils traiteront bien les patients. On ne doit pas tout accepter, on doit faire des choix mais il faut quand même bien traiter les gens et je trouve qu'aujourd'hui on perd ce sens. Parler de qualité des soins, aux paramédicaux mais aussi aux médecins ; faire en sens que les agents administratifs et techniques du service se sentent inclus dans le parcours patient pour qu'ils soient motivés et qu'ils voient un intérêt à ce qu'ils font, moi c'est surtout ça mon ressenti de ce que je fais ici. » Cadre de santé 8, Femme, Thorax

Il est indiqué ici que c'est en donnant du sens aux données présentes dans les outils de gestion des effectifs que le cadre de santé parvient à mener à bien sa mission transversale d'amélioration de la qualité des soins. Pour cela, le cadre de santé estime qu'il est de son rôle de toujours rappeler que ces données éclairent des situations de patients accueillis à l'hôpital, qui constituent l'essence même du travail de tout acteur de l'hôpital, peu importe le monde professionnel auquel il appartient.

« J'y passe du temps sur le planning, pourquoi ? Parce qu'en fait un de nos outils de travail est vraiment le planning. Mais je ne fais pas que ça du tout, loin de là. Pourquoi ? Parce qu'on travaille à partir de médiations thérapeutiques. En Addictologie on amène les patients à travailler la relation à l'autre parce qu'en Addicto c'est ça la problématique principale, c'est le lien, le travail du lien. Du coup je fais pareil avec les professionnels de l'unité. Je travaille le lien entre eux déjà, pour décroquer et faire qu'on bosse ensemble infirmiers, psychologue, médecin, interne, assistante sociale, psychomot et cadre... Et puis après on tisse un lien commun dans notre travail : toujours garder à l'esprit pourquoi on travaille et pour qui on travaille. Je montre à tout le monde que ces informations dans PLUME, dans AVENIR ou

HORIZON, ce sont des patients et des professionnels, et que le but c'est d'articuler les uns avec les autres le mieux possible pour que tout le monde soit satisfait » Cadre de santé 30, Femme, Psychiatrie

Ce verbatim met en évidence la globalité de la fonction des cadres de santé : la cadre de santé 30 indique que le rôle de gestion des effectifs n'est pas disjoint du rôle managérial de favorisation de la coopération interprofessionnelle et d'amélioration de la qualité des soins, puisque la cadre peut agir pour faire travailler ensemble les différents acteurs de l'unité et leur faire prendre conscience que les tâches gestionnaires liés aux effectifs et au planning ont en réalité un impact direct sur les soins délivrés aux patients

Cette dualité entre les tâches valorisées par les futurs cadres de santé et le métier réellement pratiqué se ressent dans la description que font les cadres interviewés de leur fonction. Puisqu'ils déclarent consacrer une majorité de leur temps de travail à la gestion des effectifs, les cadres de santé ont massivement relaté leur utilisation des outils de gestion dédiés au planning et aux effectifs. Toutefois, il apparait, tant dans les entretiens que dans les observations de situations de travail effectuées au CHU TONUS, que les usages de ces outils dépassent la seule gestion des effectifs et permettent aussi d'assurer, de plusieurs manières, le management de la coopération interprofessionnelle. Notre recherche fait apparaitre que les missions des cadres de santé sollicitent massivement des outils de gestion. En effet, dans un hôpital fortement soumis à *l'accountability*, toute décision de gestion des cadres de santé est véhiculée par des outils de gestion. Notre recherche met en avant que l'outillage gestionnaire principal des cadres de santé (le portefeuille d'outils de gestion des effectifs) est utilisé, au-delà de sa fonction principale de confection des plannings et de supervision des équipes paramédicales, pour l'ensemble des missions dévolues aux cadres de santé, y compris les missions transversales tournées vers les autres groupes professionnels.

« LUMIERE me sert beaucoup, surtout pour expliquer de façon simplifiée et outillée mon travail de cadre d'un pôle de plus de 800 personnels non médicaux, à des gens dont le quotidien est très éloigné d'un service de soins. Et puis ça envoie aussi un signal : voilà le nombre de patients qu'on prend en charge avec tel effectif, c'est aussi pour dire « regardez si vous me donnez les 22 ETP supplémentaires que je demande, on pourra faire ça et ça de plus et ce sera profitable à tous ». Cadre supérieur de santé 5, Homme, Gérontologie

Confirmant notre propos, cet extrait d'entretien indique que les outils de gestion, LUMIERE dans cet exemple, sont utilisés dans un rôle sociopolitique, c'est-à-dire afin d'entamer un

dialogue de gestion avec les acteurs d'autres groupes professionnels et de négocier auprès d'eux l'obtention de moyens supplémentaires.

L'ensemble des outils de gestion des effectifs inclus dans le portefeuille étudié sont à disposition de la plupart des managers de l'hôpital, et pas seulement des cadres paramédicaux. Ces outils sont en effet accessibles aux managers membres de la communauté du CURE (médecins chefs de pôle et médecins responsable d'unité), du CONTROL (cadres administratifs de pôle, bureaux du personnel, contrôleur de gestion, direction des affaires économiques, direction des ressources humaines) et bien entendu à l'ensemble des managers paramédicaux (cadres de santé, cadres supérieurs de santé et directeurs des soins).

Bien que les cadres de santé du CHU TONUS et les managers des autres groupes professionnels aient accès à des dizaines d'outils de gestion différents pour des tâches très variées, les cadres interrogés sur leurs activités ont fait remonter spontanément un ensemble de six outils conçus initialement pour aider à la gestion des effectifs, mission la plus chronophage pour la quasi-totalité des cadres de santé interviewés, mais qui ne se limite pas à l'exercice de ce rôle comme cela est montré, tant par les verbatim que par nos observations. Les six outils sont revenus dans l'intégralité des entretiens (parfois les six, parfois seulement certains d'entre eux) et dans toutes les demi-journées d'observation réalisées au CHU TONUS. Nous présentons ci-dessous les différents outils de gestion des effectifs utilisés par les cadres de santé.

5.1.3.1. PLUME

Tout d'abord, PLUME est un logiciel commercialisé par une entreprise de services du numérique (ESN) multinationale. Il est en place au CHU TONUS depuis près de dix ans. Cet outil est de loin celui qui revient le plus dans les verbatim, il est en effet utilisé par l'ensemble des cadres de santé du CHU TONUS. PLUME permet aux cadres d'enregistrer les présences et les absences du personnel paramédical, leurs horaires de travail et le nombre d'heures effectuées. Cet outil est alimenté très fréquemment pour retranscrire le plus fidèlement possible les changements qui sont intervenus (permutation entre collègue, absence, heures supplémentaires effectuées, travail de week-end imprévu...). PLUME est l'outil qui est ensuite

utilisé par la direction des ressources humaines pour calculer la paye des personnels, en fonction des informations qui y ont été rentrées.

"Bah j'utilise PLUME au quotidien.... Par rapport à l'absentéisme, présentéisme, gestion de planning et des effectifs, au quotidien dès que j'ai un arrêt. Après toutes les semaines à la suppléance, parce que je fais le point sur mon planning avec les échanges qu'elles [les soignantes de l'unité] ont pu faire entre elles... échanges passés et à venir... Puis vérifier les effectifs parce qu'on n'est jamais à l'abri d'une erreur." Cadre de santé 5, Femme, Médecine Cancer

« Quand j'ai de l'absentéisme, je vais aussitôt mettre sur PLUME mon agent en arrêt. Je vois si j'ai dû plus chez moi, pour remplacer cet arrêt. Les + c'est des gens qui travaillent, mais parfois j'ai +1 soir ou + 1 matin, ça leur permet de prendre des jours de récupération. Là je regarde si je peux faire quelque chose déjà en interne, je regarde aussi la suppléance pour voir si elle peut m'aider." Cadre de santé 2, Femme, Médecine Cancer

"Tous ces outils permettent d'alimenter PLUME, qui est l'outil de planning incontournable pour les cadres d'unité. PLUME sert "juste" à gérer le temps de travail, mais derrière il y a tous ces outils qui servent. PLUME est quand même indispensable car il est relié au bureau du personnel, qui verse la rémunération à l'agent selon le nombre de week-end, de nuits ou les heures sup faites pendant le mois" Cadre supérieur de santé 1, Homme, Direction des Soins

Ainsi, PLUME est utilisé de façon quotidienne par les cadres de santé pour assurer différentes tâches gestionnaires : enregistrement de l'absentéisme, confection des plannings, calcul des salaires, échanges de créneaux de travail entre agents...

5.1.3.2. CARYOTYPE

Les cadres ont également massivement évoqué leurs usages de CARYOTYPE. Il s'agit d'un outil développé en interne, par le cadre supérieur de santé du CHU TONUS précédemment cité (cadre supérieur de santé 1), aujourd'hui rattaché à la direction des soins. CARYOTYPE est une maquette automatisée, matérialisée sur un tableur, qui représente les différentes unités d'un

pôle. CARYOTYPE a pour objectif de permettre aux cadres une gestion nominative des effectifs, en plaçant chaque agent sur le poste de travail auquel il est affecté. CARYOTYPE doit permettre à l'encadrement d'avoir une vision précise de la répartition du travail au sein de chaque unité d'un pôle. Alors que CARYOTYPE est un outil de gestion permettant de représenter les postes de travail auxquels sont affectés tous les soignants d'un pôle, les cadres de santé saisissent également sur CARYOTYPE dans le profil des agents des informations relatives aux compétences, aux qualifications détenues ou à l'expérience préalable des paramédicaux.

« Depuis la pandémie, on a compris l'importance d'enregistrer sur CARYOTYPE le profil soignant de nos agents, et surtout des IDE (infirmiers diplômés d'état) en fait. Donc moi, dès que j'ai une nouvelle infirmière, j'enregistre les services précédents dans lesquelles elle a bossé, si elle a des DU ou des diplômes complémentaires, quelle expertise elle a. Parce que du coup si je dois prêter quelqu'un sur le pôle, on sait aussitôt qui on peut placer en soins intensifs, qui peut aller faire des plaies complexes ou de l'éducation thérapeutique. Je dis toujours « on ne fait pas du Tetris avec les plannings, sinon on pourrait travailler à l'usine. On est avant tout là pour affecter des professionnels paramédicaux qui ont les compétences requises pour le poste auquel ils sont affectés, on parle de soins avant tout » » Cadre de santé 18, Femme, Médecine

CARYOTYPE est conçu de façon à donner trois accès différents à l'outil. Un accès est réservé à la direction des ressources humaines du CHU TONUS, afin de lui permettre de rentrer dans CARYOTYPE des mises à jour administratives (déclaration de grossesse d'une salariée par exemple, qui lui donne droit à une heure de repos supplémentaire par jour ou encore lorsqu'un agent travaille à 80% et qu'il est donc, selon les statuts de la fonction publique, rémunéré à 85,7% d'un emploi à temps complet). Les cadres supérieurs disposent d'un accès total à l'outil, qui leur permet de suivre et de mettre à jour les informations sur l'ensemble du pôle dans lequel ils sont affectés. Enfin, les cadres de santé ont par défaut un accès en consultation à CARYOTYPE, le cadre supérieur pouvant décider de leur accorder un accès modificatif à CARYOTYPE. Ainsi, CARYOTYPE est un outil permettant la gestion nominative des effectifs qui procure différentes fonctionnalités aux utilisateurs selon leur position hiérarchique. Il permet aux managers d'avoir une vision claire des différents agents répartis sur leur unité ou leur pôle, des missions sur lesquelles ils sont affectés et de la masse salariale associée.

Ainsi, CARYOTYPE est un outil qui permet d'accomplir des tâches gestionnaires et financières mais également de corroborer ces dernières avec des critères soignants, à l'instar des qualifications ou compétences particulières détenues. Le verbatim insiste justement pour indiquer que CARYOTYPE permet de ne pas résumer la confection des plannings à une tâche purement gestionnaire, qui pourrait être faite dans un autre contexte organisationnel que l'hôpital. La cadre de santé 18 tient à souligner au contraire que cette activité est effectuée en étant emprunte d'une logique soignante, puisque l'objectif premier de la confection des plannings est d'affecter à un poste de travail le professionnel paramédical disposant des compétences et des qualifications les plus adaptées aux patients qu'il va prendre en charge. Dès lors, CARYOTYPE permet de repenser l'affectation des professionnels sur les différentes postes de travail et la faire évoluer d'une tâche purement gestionnaire à une activité hybride, dans laquelle la logique soignante vient modifier les impératifs de la mission et relier des attentes gestionnaires (affecter un professionnel paramédical à chaque poste de travail) et soignantes (prendre en considération le profil, les compétences et les qualifications du soignant pour l'affecter auprès de patients qu'il est à même de prendre en soins de manière qualitative).

5.1.3.3. SAISON

SAISON est un outil, développé en interne par le même cadre supérieur (CSS1), qui permet de simuler des calculs lors d'un projet de création d'unité. SAISON permet aussi de vérifier que la création de nouveaux roulements de travail est cohérente avec les moyens humains initialement prévus. Lorsqu'un roulement de travail est rentré sur SAISON, l'outil est capable d'indiquer à l'utilisateur si ce roulement est conforme aux contraintes réglementaires (repos de 12 heures quotidien accordé à chaque agent, repos hebdomadaire d'au moins 36 heures consécutives...). En outre, SAISON a été paramétré pour indiquer les conséquences probables du roulement de travail choisi : conséquences en termes d'absentéisme (lorsqu'un agent est affecté très souvent le week-end sur des journées de travail de 12 heures, l'absentéisme prévisionnel augmente beaucoup), conséquences sur la répartition des congés annuels (identifier quelles semaines seront particulièrement contraintes pour placer les congés) ou encore sur la consommation des mensualités de remplacement. Enfin, SAISON permet également de simuler des calculs lors de la création d'une unité ou d'estimer la masse salariale prévisionnelle lors d'une étude médico-économique. SAISON permet donc d'aider à la

réflexion sur des sujets qui vont au-delà de la gestion courante des effectifs, il est un support à un raisonnement médico-économique.

« Quand un médecin à un projet, par exemple la transformation des lits d'hospit conventionnelle en lits de soins intensifs, il ne faut pas que des médecins. Y a du matériel et surtout des équipes paramédicales nécessaires derrière, et là on doit montrer aux médecins qu'on peut les aider à rendre le projet crédible et le ficeler, avec des vrais chiffres qui ont du sens avec SAISON. Les médecins nous trouvent légitimes si on assure une certaine équité sur le pôle et qu'on peut outiller leur projet en termes RH notamment. Mon rôle n'est pas de leur dire non sur des projets, mais plutôt de les accompagner dans la création des calculs soignants et en termes de masse salariale. C'est là qu'on se positionne comme cadre de pôle, à la fois vis à des vis des médecins mais aussi de la direction. Ça veut dire que la convergence médico-cadre existe. » Cadre supérieure de santé 2, Femme

L'exemple précédent montre que SAISON remplit une double mission. S'il permet de construire un raisonnement médico-économique parmi les cadres supérieurs de santé et donc d'évaluer la faisabilité d'un projet, SAISON peut aussi être utilisée par le cadre comme un moyen de se rendre indispensable vis-à-vis du médecin qui est à l'origine du projet. Cet accompagnement du médecin par le cadre via SAISON est décrit comme un facteur qui permet d'asseoir la stature professionnelle du cadre, tant à l'égard des médecins que de la direction administrative. SAISON est donc utilisé tant pour assurer la gestion des effectifs que dans un rôle plus politique tourné vers l'ensemble des acteurs de l'organisation hospitalière, y compris les médecins et la direction.

5.1.3.4. AVENIR

AVENIR est un outil également développé par le même cadre supérieur de santé (CSS1). AVENIR permet, pour une nouvelle unité ou lors du remaniement d'une unité, de paramétrer la charge en soins (en fonction de la réglementation pour les unités pour lesquelles l'effectif paramédical par patient est normé, comme en réanimation ; ou en fonction de la connaissance du profil des patients et du temps nécessaire pour assurer les soins dans les autres cas) et donc de calculer l'effectif paramédical nécessaire. AVENIR fonctionne en lien avec les données rentrées dans SAISON. Alors que SAISON ne calcule qu'une masse salariale prévisionnelle, AVENIR permet à l'encadrement d'avoir une vision des effectifs paramédicaux (infirmiers,

aides-soignants et agents des services hospitaliers) nécessaires au fonctionnement d'une unité. AVENIR permet également, en plus de la simulation de l'effectif paramédical requis, de simuler le cout salarial du projet par catégorie professionnelle. Alors que SAISON est orienté sur une vision financière de l'activité soignante, en calculant une masse salariale globale, AVENIR permet d'obtenir le détail en termes de nombre de professionnels requis pour une nouvelle activité. L'outil peut faire varier ces effectifs requis selon le profil des pathologies présentées par les patients accueillis. AVENIR permet d'opérationnaliser les données financières fournies par SAISON. Dès lors, puisque qu'AVENIR peut être paramétré par le cadre de santé pour tenir compte de la charge en soins, il constitue aussi un moyen de donner à voir l'importance accordée par le cadre aux indicateurs de soins dans sa gestion des plannings. En outre, il apparait dans le verbatim qui suit que lorsque le cadre de santé ajuste via AVENIR les effectifs paramédicaux affectés à la charge en soins, cela suscite un sentiment mitigé des médecins de service. Selon le cadre de santé, avec cet usage d'AVENIR, les médecins ont le sentiment de perdre du pouvoir car le cadre de santé se rend alors à même de remettre en question des hospitalisations de patients avec une charge en soins élevée en cas d'absentéisme important par exemple.

« J'ai créé des indicateurs de charge en soins que j'ai travaillés avec l'équipe. En fait pour chaque patient il y a une évaluation de la charge en soins techniques, soins de nursing et la dimension un peu psychologique qui peut impacter le temps de soins. C'est l'équipe, tant IDE que AS, qui évalue chaque semaine le profil des patients. Bien sûr c'est supervisé par moi. Du coup on a un global total pour trente lits qu'on ramène au nombre de patients présents, au nombre de soignants présents et ça vous donne un ratio. Globalement on est toujours au-dessus des préconisations de la méthode. Mais comme cette évaluation est faite, l'équipe voit que le cadre adapte le calibrage à la charge de travail. Parce que bien sur moi je rentre ça dans AVENIR, et je calibre les effectifs selon le profil des patients accueillis. Ça passe mieux auprès de ma cadre sup parce que ça rend un peu objectif les demandes de suppléance que je fais. L'idéal serait que les médecins s'en saisissent pour qu'on pilote en amont... Sur l'activité programmée qu'on a, on peut voir à l'avance la charge en soins des patients accueillis et donc ajuster les roulements de travail futurs. Avec certains médecins ça marche, d'autres et surtout le chef de service sont réticents... Parce que ça enlève un petit peu de liberté pour les médecins... et que ça veut dire qu'ils sont plus seuls à décider mais que le cadre se positionne. Ça a du mal à passer chez certains car le cadre vient discuter des décisions d'hospitalisation,

qui traditionnellement étaient des décisions médicales ici. L'équipe apprécie, mais les médecins pas toujours. » Cadre de santé 9, Homme, MPR

Ces résultats donnent à voir qu'AVENIR est initialement un outil gestionnaire, qui permet de calculer les effectifs requis pour une unité, en distinguant l'effectif infirmier, l'effectif aide-soignant et l'effectif d'agents de services hospitaliers requis. En outre, AVENIR est également en mesure de calculer la masse salariale associée à ces effectifs. Toutefois, certains cadres de santé utilisent AVENIR pour ajuster le flux et le profil des patients accueillis à l'effectif paramédical présent. Ainsi, désireux de défendre la qualité et la sécurité des soins, certains cadres de santé mobilisent AVENIR pour solliciter des renforts, notamment via l'équipe de suppléance, lorsque l'outil indique que le nombre de patients présents dans le service nécessite des soignants supplémentaires. La défense de la qualité et de la sécurité des soins par le cadre de santé peut le conduire à transformer son recours à AVENIR, afin de lui faire relier les impératifs soignants et gestionnaires. De cette façon, l'outil AVENIR est transformé : il peut permettre d'ajuster le nombre et le profil des patients du service aux effectifs des différentes catégories de personnel paramédical présent dans l'unité. Le cadre de santé relie et transforme ses rôles gestionnaire et soignant dans son usage d'AVENIR, afin d'utiliser AVENIR de façon à hybrider ses différents rôles.

5.1.3.5. PHARE

PHARE est également un outil conçu en interne par le cadre supérieur de santé (CSS1) présenté plus haut. Il fonctionne en combinaison avec AVENIR. Lorsque la création ou le remaniement d'une unité a été effectuée et que le calcul de l'effectif requis a été fait via AVENIR, PHARE permet de construire en quelques secondes des cycles de travail. PHARE présente l'avantage de créer ces cycles de travail (matin, après-midi, nuit, semaine et week-end) en respectant des contraintes qui lui ont été indiquées par l'utilisateur. Ces contraintes peuvent être de plusieurs ordres : des contraintes réglementaires (lorsque les services sont normés par la loi qui prévoit des dispositions particulières pour une unité), des contraintes organisationnelles (volonté de mutualiser certains personnels entre plusieurs unités pour réduire la masse salariale par exemple), des contraintes d'équité (le cadre utilisateur peut indiquer qu'il faut un équilibre dans la répartition du nombre de matins, d'après midi ou de nuits travaillés par exemple) ou encore des contraintes personnelles (placer un agent en particulier à un poste spécifique ou ne pas faire travailler ensemble certains professionnels). PHARE dispose de trois onglets. Le premier onglet, nommé ATELIER, permet de créer les cycles de travail en intégrant les contraintes.

L'onglet CREATION constitue un didacticiel d'aide à la création de cycles de travail pour les personnels à temps partiel et propose aussi un support de présentation des cycles de travail et des plannings à destination des équipes paramédicales. L'onglet CALCUL permet de connaître la répartition du temps de travail, des contraintes et donne une vision de l'équité dans la répartition des temps de travail entre les personnels paramédicaux. Ainsi, l'outil PHARE, puisqu'il permet aux cadres de saisir des contraintes dans la confection des emplois du temps, est un facteur majeur de management. Il permet aux cadres de prioriser parmi les différents enjeux et de s'orienter vers une logique quantitative (s'assurer qu'il y ait assez d'infirmiers par rapport à la réglementation) ou qualitative (récompenser un agent par un planning ou s'assurer que les compétences détenues par les agents correspondent aux spécificités du poste sur lesquels ils sont affectés) et de poser des choix de gestion. Loin d'appliquer une approche mécanique, les cadres de santé mobilisent PHARE pour calculer des effectifs paramédicaux et produire des cycles de travail, mais cet outil permet surtout aux cadres d'influencer ce calcul selon une priorité qu'il fixe (instauration d'un raisonnement en termes de charges en soins afin de calibrer les effectifs ou prise en compte d'une logique de récompense dans les plannings attribués aux professionnels). De même, le cadre de santé peut profiter de la qualité des relations entre infirmiers et médecins pour promouvoir un projet en affectant une infirmière convaincue de l'opportunité de développer un projet sur les mêmes roulements qu'un médecin plus réticent. PHARE permet donc aux cadres de santé de favoriser des coalitions ou de produire des récompenses, tout en distanciant beaucoup ces actions en mettant en avant l'outil plutôt qu'eux-mêmes dans la confection des cycles de travail.

« Moi je trouve qu'avec PHARE, on peut agir. On peut déjà regarder l'équité entre les agents en voyant qui fait plus de soirs, de week-ends ou de jours fériés. Moi j'assume ... quand y a des filles qui me rendent service en acceptant régulièrement de bosser alors qu'elles étaient prévues en congé parce qu'il y a des absents. Bah je les remercie en écoutant leurs contraintes. C'est des filles qui auront moins de week-end ou de soirs que celles qui disent toujours non. Dans le service, on a 3 IDE qui ont un DU éducation thérapeutique... Bon concrètement si je sais que j'ai des patients qui sont moins lourds en soins et qui sont dans une période d'autonomisation vis-à-vis de leurs soins, j'affecte ces IDE là sur ces patients en mettant l'équipe à +1. Je sais qu'elles auront le temps de faire de l'éducation thérapeutique. Alors mes collègues cadres me disent « ça ne va pas t'étais à +1 hier ». Bah oui, mais du coup à la fin de son hospit, ce sont 3 ou 4 patients qui vont être autonomes pour gérer leur pompe à insuline, leur régime et du coup

ils viendront beaucoup moins à l'avenir en hospit... » Cadre de santé 18, Femme, Médecine, 20 ans

« Quand il y a un conflit dans l'équipe, je me positionne rarement officiellement. Parce que c'est du perso parfois et que ce n'est pas la posture que je veux avoir. Après en off, ça peut m'arriver de dire que ces 2 -là je veux plus qu'elles bossent ensemble. Ou que cette IDE la, bon elle est un peu limite sur certains gestes techniques, dont je veux absolument pendant 2-3 mois qu'elle soit toujours avec une IDE expérimentée du service. Même chose, quand je sais que tel jour y aura tel médecin, et qu'il s'entend bien avec cette IDE, et que justement cette IDE elle est force de proposition sur un projet que je veux pousser, bah je me débrouille pour qu'ils bossent ensemble. En fait c'est du off, mais ça passe mieux que si je le disais ouvertement. Parce que ça infuse, que les infirmières se forment entre elles, ou qu'un projet est accepté par un médecin parce que ça vient du terrain et pas de moi. Moi j'ai observé que je m'épuise moins et que ça marche mieux. » Cadre de santé 27, Homme, Pédiatrie

Cet extrait permet de comprendre que PHARE est un outil d'aide à la conception de roulement de travail qui permet de le faire en intégrant des contraintes diverses : légales, organisationnelles, managériales mais aussi soignantes. PLUME est donc un outil qui permet de faciliter la conception des roulements de travail : il s'inscrit dans le rôle gestionnaire des cadres de santé. Toutefois, les verbatim cités ci-dessus insistent pour montrer que PLUME peut également prendre en considération un raisonnement soignant. Ainsi, lorsque des patients de l'unité ont besoin qu'une infirmière prenne du temps avec eux pour les conseiller sur la gestion en autonomie de leur traitement, le cadre de santé peut prendre en considération ce besoin dans PLUME. Le roulement de travail affectera plus d'infirmiers que la maquette ne le prévoit, afin de dégager du temps à une infirmière pour réaliser de l'éducation thérapeutique. La cadre de santé 18 indique que ses collègues cadres de santé lui reprochent parfois ces choix : elles lui indiquent que son service était en sureffectif (« tu étais à +1 hier ») la veille, ce qui s'inscrit en opposition avec le principe d'efficience dans l'utilisation des ressources humaines. Toutefois, la cadre de santé 18 indique qu'elle assume cette décision, en indiquant que cela permet de prodiguer les soins adoptés aux patients d'une part, et que cette libération de temps pour de l'éducation thérapeutique rend les patients autonomes et réduit leur durée d'hospitalisation d'autre part. Ainsi, PHARE peut permettre l'hybridation des rôles des cadres de santé. Avec cet outil, les cadres font se relier leur rôle gestionnaire (être effectif dans l'usage des ressources humaines) et leur rôle soignant (libérer du temps pour permettre aux patients de profiter des soins dont ils ont besoin en temps utile : ici de l'éducation thérapeutique lorsque leur traitement

est stabilisé). Ces deux impératifs se rejoignent, puisqu'accepter un surcoût en fonctionnant avec un effectif soignant supérieur aux effectifs prévus peut permettre de rendre les patients autonomes vis-à-vis de leur traitement, ce qui est idéal du point de vue de la qualité des soins et cela permet également de réduire la durée de séjour des hospitalisations futures, ce qui diminue aussi le coût de la prise en charge des patients.

5.1.3.6. LUMIERE

Enfin, LUMIERE, également développé en interne, est un outil de présentation d'un projet de construction ou de modification d'une unité soignante. Il extrait des informations de tous les outils précédents pour présenter de façon succincte le projet, ses atouts pour le CHU TONUS (présence ou non d'unité assurant la même activité médico-soignante en interne), la masse salariale prévisionnelle du projet et sa répartition par catégorie professionnelle et enfin une estimation des recettes du projet (via la T2A ou par des subventions accordées spécifiquement au projet). LUMIERE est un outil de présentation qui extrait des données depuis CARYOTYPE, SAISON, AVENIR et PHARE afin de donner à voir, à un public aguerri ou débutant, des informations liées à un service ou à un pôle. LUMIERE présente également des définitions de termes techniques (un glossaire est inclus dans l'outil et peut être amendé par les utilisateurs) et a vocation à être présenté à des interlocuteurs qui n'appartiennent pas à la sphère soignante. LUMIERE est majoritairement utilisés par les cadres supérieurs de santé, les cadres administratifs de pôle et les médecins chefs de pôle.

Il ressort de ces résultats que les outils de gestion des effectifs utilisés sont différents selon le niveau d'encadrement. Alors que les cadres de santé ont à disposition des outils de suivi du planning et des effectifs (PLUME, PHARE et accès en consultation à CARYOTYPE), les cadres supérieurs de santé mobilisent davantage des outils de gestion médico-financière des effectifs. En effet, les outils LUMIERE, SAISON et AVENIR sont plus souvent utilisés par les cadres supérieurs et par les directeurs des soins que par les cadres de proximité : ces outils ont la particularité de mesurer les ressources humaines, non pas seulement en effectif, mais également sous forme de masse salariale. L'outil LUMIERE peut également simuler le montant des produits financiers associés à une activité médico-soignante. Ainsi, les outils utilisés par les cadres de santé sont plutôt orientés vers une gestion directe des effectifs paramédicaux, tandis

que les outils mobilisés par les cadres supérieurs / directeurs des soins ont plutôt vocation à raisonner en termes de masse salariale paramédicale, ce qui permet un dialogue avec d'autres mondes professionnels de l'hôpital. Cette séparation des outils utilisés selon les niveaux d'encadrement n'est toutefois pas figée, certains cadres supérieurs donnant l'accès à leurs cadres de santé à des outils relatif à la gestion médico-économique de l'activité comme LUMIERE.

Ces différents outils de gestion des effectifs constituent donc des dispositifs formels, qui sont matérialisés sur tableurs informatiques : ils ont pour objectif de mettre en relation un grand nombre de données issues de l'organisation (charge en soins, profil des patients accueillis, équipe paramédicale déployée et disponible) ou de sources externes (ratio patient/ soignant prévus par la loi dans certains services hospitaliers) afin de permettre aux utilisateurs, les cadres de santé, de prendre des décisions de gestion. Les résultats ci-dessus ont donné à voir que ces outils de gestion des effectifs utilisés au CHU TONUS entretiennent des liens d'interdépendance entre eux. Selon les utilisateurs concernés, ces outils sont utilisés afin de rentrer des données ou au contraire d'en extraire et présentent la particularité de fonctionner de façon connectée les uns aux autres. Ainsi, les modifications (un professionnel paramédical qui travaille désormais à 80% contre un temps complet auparavant) enregistrées sur PLUME détermineront l'évolution de la paye. De même, si un cadre de santé met à jour CARYOTYPE pour indiquer qu'un agent travaille désormais à 80%, la création de cycles de travail sera automatiquement modifiée sur PHARE, qui n'affectera plus cet agent sur 35 heures de travail en moyenne mais bien sur 28 heures. De même, la vérification par SAISON de la conformité de l'équipe paramédicale déployée à la maquette initialement prévue est modifiée, pour tenir compte de l'activité à temps partiel d'un professionnel. Outre leur interdépendance qui a spécifiquement été créée par le cadre concepteur de ces outils, qui tenaient à ce qu'ils constituent une palette d'outils fonctionnant en harmonie les uns avec les autres, les outils de gestion des effectifs utilisés au CHU TONUS présentent une forte cohérence interne, dans la mesure où la pertinence et la valeur d'un outil dépendent fortement de l'usage massif et régulier des autres outils de cet ensemble. En effet, ce n'est que si CARYOTYPE est régulièrement mis à jour et qu'il constitue une représentation nominative fidèle des différents professionnels d'un pôle et que les affectations des agents sur CARYOTYPE correspondent aux postes de travail réellement occupés sur le terrain par les professionnels que cet outil est pertinent et que les roulements de travail générés par PHARE ou que la vérification de la conformité des cycles de

travail aux contraintes fixées réalisée par SAISON sont fiables. Ainsi donc, c'est la fiabilité des données rentrées sur CARYOTYPE qui assure la valeur des informations générées par les autres outils de gestion des effectifs : la cohérence interne du dispositif d'outils de gestion des effectifs est donc forte.

Toutes les caractéristiques des outils qui viennent d'être évoquées impliquent le besoin de les appréhender comme un portefeuille d'outils, soit un ensemble d'outils de gestion interconnectés entre eux. A ce titre, dans la présentation des résultats qui suit, il convient de retenir que tous les usages d'un outil constituent en réalité un usage du portefeuille d'outils de gestion des effectifs, dans la mesure où tout changement intervenu dans un des outils entraîne des modifications en chaîne dans l'ensemble du portefeuille. L'interdépendance entre les outils de gestion des effectifs, leur forte cohérence interne et le fait que ces influences mutuelles aient été intentionnellement produits par le concepteur supposent de ne plus se contenter de l'étude juxtaposée des différents outils.

Il convient donc de porter la focale sur les différents usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs par les cadres de santé, afin de comprendre comment ceux-ci parviennent à incarner leurs différents rôles dans une organisation pluraliste comme le CHU TONUS.

**TABLEAU 16- TABLEAU DE PRESENTATION SYNTHETIQUE DU PORTEFEUILLE
D'OUTILS DE GESTION DU CHU TONUS**

OUTILS	CARACTERISTIQUES	Concepteur
PLUME	Logiciel utilisé par tout l'encadrement du CHU TONUS. Permet de notifier la présence /absence au jour le jour de chaque agent et ses horaires => lien direct avec la paye	ESN multinationale
CARYOTYPE	Tableur modélisant les différentes unités d'un pôle et affectant les agents à chaque poste de travail => alimenté par les cadres de santé (non utilisé en systématique par la DRH). Permet la gestion nominative des effectifs	Cadre supérieur CSS1
AVENIR	Outils de création de cycle de travail. Permet, sur la base d'un projet médico-économique nouveau ou existant, de paramétrer la charge en soins et donc de simuler les effectifs requis en personnel paramédical. Permet une simulation évolutive du cout de la masse salariale.	Cadre supérieur CSS1
PHARE	Après création du projet sur AVENIR, PHARE permet de construire des roulements de travail à l'échelle d'un pôle sous contrainte: * de réglementation (services normés) * de contraintes organisationnelles (mutualiser une IDE entre 2 services) * de choix (ne pas faire travailler 2 personnes ensemble) * d'équité (dans la répartition matin / aprem / nuit)	Cadre supérieur CSS1
SAISON	Outil de simulation de calcul lors d'un projet de création / vérification des moyens alloués / adaptation fonctionnement existant à la réglementation / vérification des impératifs légaux (temps de repos minimum) / estimation financière du cout du personnel	Cadre supérieur CSS1

LUMIERE	Outil de présentation d'un projet médico-soignant auprès d'instances du CHU TONUS. Il compile la présentation générale du projet, la masse salariale prévisionnelle et les produits estimés de l'activité.	Cadre supérieur CSS1
---------	--	-------------------------

Les cadres de santé disposent d'un ensemble d'outils de gestion interconnectés entre eux, composés de six outils (PLUME, CARYOTYPE, AVENIR, SAISON, PHARE et LUMIERE) qui permettent chacun d'assurer des missions différentes : gestion de la paye, maquette nominative des effectifs paramédicaux présents sur un pôle, calcul de l'effectif requis, création des cycles et roulements de travail sous contraintes multiples, vérification de la conformité d'un roulement à des obligations ou encore présentation à des acteurs non spécialistes d'un projet médico-soignant. Ces outils présentent différentes caractéristique : ils entretiennent des relations d'interdépendance entre eux (la modification d'un outil entraîne des changements dans les autres outils du portefeuille), cette interdépendance a été expressément voulue et mise en place par le concepteur des outils et cet ensemble d'outils présente une forte cohérence interne, dans la mesure où la valeur d'un outil est fortement liée à la fréquence de la mise à jour et à l'utilisation des autres outils. Pour toutes ces raisons, il semble fondamental de dépasser l'étude juxtaposée des différents outils de gestion pour se concentrer sur l'analyse des usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs du CHU TONUS, appréhendé comme une entité indissociable.

5.2. Typologie des usages, qualitatifs et quantitatifs, des outils de gestion des effectifs

Les entretiens semi-directifs, les journées d'observation non participante ainsi que les documents collectés ont permis de faire apparaître six usages des outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital. Comme présenté dans la partie méthodologie, le codage s'est fait en quatre catégories. Les différents usages décrits par les interviewés (comme repousser l'hospitalisation de patients en raison d'un sous-effectif soignant) ont été regroupés dans des catégories convergentes (moduler l'activité clinique pour l'adapter à l'effectif soignant présent). Puis, les différentes catégories qui avaient la même finalité ont-elles mêmes été regroupées en un thème, qui correspond à l'usage du portefeuille (pilotage quotidien en l'occurrence). Enfin, conformément à la littérature et aux données recueillies dans le cadre de cette recherche, nous avons rassemblé les différents usages du portefeuille en deux grandes catégories : les usages instrumentaux et les usages socio-politiques.

Spontanément, les cadres ont évoqué, et cela a été confirmé par les observations et les documents collectés, que chaque usage est associé à une temporalité donnée. Nous présentons donc ici les différents usages, d'un point de vue tant qualitatif (qu'est ce qui est fait avec l'outil) que quantitatif (à quelle fréquence l'outil est-il utilisé ? à quelle occasion ?)

5.2.1. Le pilotage quotidien

TABLEAU 17- CODAGE DES DONNEES DE L'USAGE "PILOTAGE"

Code	Catégorie	Thème	Thème général
Noter les présents	Mise à jour des outils de gestion compte tenu de l'absentéisme et des modifications	Pilotage quotidien	Usages instrumentaux
Pointer les absents			
Enregistrer les permutations entre agents			
Demander une suppléance en cas d'absence inopinée	Modification de l'effectif déployé		

Demander la mutualisation d'un professionnel d'une autre unité			
Repousser l'hospitalisation de patients en raison d'un sous-effectif soignant	Moduler l'activité clinique pour l'adapter à l'effectif soignant présent		
Fermer des lits pour s'adapter à un absentéisme soignant accru			
Déprogrammer des interventions chirurgicales en cas d'absentéisme important			

Nos données ont montré que les cadres de santé utilisent les outils du portefeuille de gestion des effectifs au quotidien pour assurer des tâches de pilotage. En effet, que ce soit le logiciel de gestion du temps de travail PLUME ou certains outils conçus en interne, tel CARYOTYPE, le recours à ces outils est quotidien afin d'assurer le management de l'absentéisme et la supervision de la plupart des remplacements ou échanges entre agents.

Ainsi, les cadres de santé indiquent qu'ils utilisent de façon quotidienne les différents outils du portefeuille de gestion des effectifs pour assurer du pilotage de plusieurs manières :

1) **Le pilotage quotidien peut consister à mettre à jour les données contenues dans les outils de gestion pour intégrer les absences inopinées et les échanges entre agents**

Nous avons ainsi assisté à la prise de poste le matin de plusieurs cadres de santé. Dès leur arrivée dans le service, ils sont informés, oralement par l'équipe, par téléphone ou encore par mail, de la situation d'agents qui sont en arrêt de travail ou qui ont besoin (imprévus familiaux ou personnels) de s'absenter dans la journée. Systématiquement, nous avons observé que le cadre de santé enregistre l'absence dans PLUME. Le cadre de santé vérifie sur PLUME ou via

CARYOTYPE la liste des professionnels paramédicaux effectivement présents dans l'unité : le cadre sait alors si l'effectif présent est conforme à l'effectif requis par la maquette ou inférieur (« aujourd'hui, comme j'ai cette infirmière qui est en autorisation d'absence enfant malade et cette AS qui est en arrêt maladie, on va tourner à -2. Ce n'est pas confortable, donc je vais voir si c'est gérable par rapport à l'activité ou s'il faut trouver une solution. » Journée d'observation avec la cadre de santé 23 en gérontologie).

De nombreux verbatim confirment que les outils de gestion des effectifs sont utilisés au quotidien par les cadres de santé pour intégrer dans le portefeuille d'outils de gestion l'absentéisme du personnel ou les modifications par rapport au planning prévisionnel.

« Ce que je fais chaque jour, c'est entrer dans PLUME ce qui s'est passé d'imprévu : qui était en arrêt, qui a dû partir 2 heures plus tôt car son enfant était malade, qui a assuré 2 heures de plus pour remplacer sa collègue, le fait que 2 AS sont venus me dire qu'elles permutaient un jour la semaine prochaine... Ça paraît être du détail, mais en fait ça prend du temps de faire ça et surtout c'est essentiel parce que c'est ça qui déclenche la paye des agents, et aussi parce que c'est en fonction de ça qu'on va pouvoir négocier des moyens. Si ma cadre sup voit que je tourne à -1 ou -2 régulièrement, je vais être plus légitime à demander une suppléance voire de l'intérim. En clair, si je joue le jeu d'économiser la masse salariale, elle aussi elle sera plus souple sur la suppléance. De toute façon, on n'a pas trop le choix, la règle du CHU c'est qu'on ne remplace qu'à 65% l'absentéisme inopiné. Donc dès qu'il y a des arrêts, on sait qu'ils ne seront pas remplacés à 100% et que donc on va fonctionner en sous-effectif. » Cadre de santé 18, Médecine

« Parfois quand j'ai des médecins qui se plaignent que les soins infirmiers ne sont pas faits à temps et que ça bloque des lits, je montre des extractions de PLUME et de CARYOTYPE. Ça m'est arrivé la semaine dernière, un médecin vient me dire que c'est lamentable que les soins soient aussi lents car des patients restent dans le service alors qu'ils pourraient partir. J'ai montré les extractions et là, il a compris qu'on était à -2 IDE en moyenne chaque jour depuis des semaines. Donc moi aussi ça me peine que les soins soient retardés ou qu'ils doivent être faits à la va vite, car c'est contraire aux valeurs qu'on défend. Mais au moins il a arrêté de me parler des soins trop lents, et il a compris qu'on subit un taux d'absentéisme élevé et que la direction serre la vis à fond sur les remplacements. Quant à obtenir de l'intérim, alors là même pas en rêve, c'est trop cher, ce n'est pas envisageable pour nos directeur saufs conflit social +++ » Cadre de santé 26, Médecine

Ainsi, cet usage quotidien de pilotage consistant à mettre à jour les données contenues dans le portefeuille pour y intégrer l'absentéisme et les modifications par rapport au planning prévisionnel produit des effets différents selon les acteurs concernés.

En ce qui concerne les cadres supérieurs de santé, constater qu'un cadre de proximité fait fonctionner son service avec un sous-effectif chronique par rapport à la maquette peut constituer un signal de sa bonne volonté à réduire la masse salariale et à respecter le budget dévolu au remplacement. Ainsi, ce pilotage quotidien pour s'apparenter à un *reporting* du cadre auprès de son cadre supérieur afin de lui manifester sa priorisation de la logique gestionnaire au détriment de la qualité des soins ou des conditions de travail.

Les médecins quant à eux expriment aux cadres de santé leur souhait que les prescriptions médicales soient exécutées rapidement, et de manière qualitative, par les paramédicaux afin que les patients puissent se rétablir rapidement et ainsi réduire leur durée moyenne de séjour et libérer des lits pour des futurs patients. Le verbatim du cadre de santé 26 donne à voir que le cadre se justifie du retard pris dans les soins en mobilisant le portefeuille d'outils de gestion pour montrer que l'absentéisme élevé crée un sous-effectif qui n'est pas remplacé par le CHU, la direction privilégiant des mesures d'austérité budgétaire. Ainsi, le cadre de santé crée implicitement une alliance entre les groupes du CARE et du CURE, en mettant en exergue leur défense commune de la logique institutionnelle soignante. La responsabilité du retard pris dans les soins est imputée au CONTROL, qui privilégiant une logique institutionnelle gestionnaire, dégraderait la qualité des soins au profit d'économie dans le budget de remplacement.

Au-delà de l'intégration dans le portefeuille d'outils de gestion de l'absentéisme et des modifications intervenues par rapport au planning prévisionnel, d'autres modes d'expression du pilotage quotidien sont observés.

2) Le pilotage quotidien peut aussi s'exprimer par une modulation de l'effectif déployé

Ainsi, lorsque des arrêts maladie ou des absences inopinées se produisent, le cadre de santé intègre ces données dans le portefeuille d'outils de gestion. Il consulte ensuite ces outils afin de décider de faire fonctionner le service avec ce sous-effectif ou non.

« Concrètement, j'arrive au bureau et je vois directement toutes les absences et les arrêts maladie. Je rentre tout ça dans PLUME, qui du coup modifie directement CARYOTYPE. Bon,

ça c'est du quotidien, c'est tous les jours comme ça. Après, mon boulot c'est de savoir si ça peut fonctionner comme ça. Là, j'utilise AVENIR et je rentre quel effectif j'ai et surtout quelle est la charge en soins du service, combien de patients sont présents, avec quel profil etc. Et là AVENIR me dit combien il faudrait d'effectif. Après c'est une décision du cadre de dire : il faudrait être 10, on est 7, mais je décide qu'on va quand même fonctionner. Ça s'explique à l'équipe : voilà la situation, ça va être difficile mais on va y arriver et surtout je m'en souviendrais. C'est-à-dire que les équipes qui ont bossé en sous-effectif, je vais m'assurer que dans 1 mois quand tel agent voudrait faire une formation, je me débrouillerai pour qu'on puisse lui libérer sa journée pour aller à la formation. Alors bien sur ça crée de la tension, il y a des plaintes mais globalement moi je joue la transparence en montrant la situation et en disant qu'on fonctionne en dégradé. Ça veut dire qu'il y a aussi des soins qu'on fera moins, les AS ne vont pas passer tout le monde à la douche tous les jours, y a aura pas de temps de toucher massage... » Cadre de santé 24, Gériatrie

« Tous les jours, je rentre les changements entre agents, les arrêts maladie, les absences injustifiées parce qu'il y en a aussi, clairement sur les ASHQ on en a pas mal. Après je regarde et je dis : ce n'est pas optimal mais on va fonctionner à -1, à -2, à -3. Voilà, ce n'est pas drôle mais c'est comme ça. Et si on est honnêtes, ce pilotage à vue on le fait tous les jours car ça tourne tout le temps en sous-effectif. Au-delà, et surtout quand il manque plus qu'une IDE, là je ne prends plus le risque et je ne valide pas. » Cadre de santé 14, Dermatologie

Ici, les cadres de santé assument davantage leur rôle gestionnaire vis-à-vis des équipes paramédicales en assumant de faire fonctionner l'unité dont ils ont la responsabilité en sous-effectif. Cette situation, qualifiée de récurrente par plusieurs cadres étant donné le taux d'absentéisme élevé du CHU TONUS (environ 10%), conduit l'équipe paramédicale à travailler en nombre inférieur aux recommandations, ce qui dégrade les conditions de travail et peut nuire à la qualité des soins. Les cadres se positionnent donc comme les relais de la direction du CHU auprès des soignants en faisant fonctionner les services en sous-effectif, en enjoignant parfois l'équipe paramédicale à supprimer des actes de confort ou d'hygiène (douche, toucher massage) à destination des résidents afin de réussir à assurer les soins jugés essentiels. En utilisant les outils de gestion pour assurer ce pilotage à la baisse de l'effectif paramédical, les cadres de santé incarnent clairement un rôle gestionnaire, au détriment de leur rôle soignant, ce qui est source de conflit avec l'équipe paramédicale.

Dans d'autres circonstances, des cadres de santé choisissent au contraire de prioriser les conditions de travail des soignants et la qualité des soins en sollicitant des renforts de personnel, via le déclenchement d'une demande de suppléance auprès du service dédié, en sollicitant de l'intérim ou encore en réfléchissant à pouvoir bénéficier de l'aide de professionnels d'équipes voisines du service.

« Y a un moment donné, les outils servent aussi à objectif une situation dégradée. Je veux dire, moi je suis infirmière cadre de santé, infirmière d'abord. Donc quand je vois qu'il manque du personnel, à cause d'arrêts nombreux, je ne brade pas la qualité de ce qu'on fait ici. Je demande de la suppléance. Si ma collègue cadre de la suppléance me dit qu'elle n'a personne à me prêter, je fais une demande d'intérim. Ma cadre sup le sait, on en a discuté plein de fois, mais moi je ne veux pas prendre de risque. Dans ce service, on délivre des soins psychiques à des personnes en grande fragilité, qui ont un risque suicidaire. Je ne veux pas être responsable d'un drame car on n'était pas assez nombreux pour prendre en soin les patients. » Cadre de santé 31, Psychiatrie

De même, lors de nos observations dans des services de médecine, il était très fréquent que des cadres de proximité appellent leurs collègues des unités voisines pour leur expliquer leur sous-effectif et solliciter, si la situation de l'autre service le permettait, qu'une infirmière ou une aide-soignante soit mutualisée, c'est-à-dire qu'elle partage sa journée de travail entre les deux services. Cette pratique est assez fréquente lorsque les services sont proches géographiquement et que les soins délivrés sont similaires. Cette pratique est même prônée par certains cadres supérieurs de santé, au motif qu'elle permet de ne pas trop dégrader la qualité des soins tout en continuant à accueillir le même nombre de patients qu'habituellement.

Dans ces situations, les cadres de santé préfèrent s'exposer aux critiques de la part du CONTROL du fait que ces démarches entraînent un cout élevé de remplacement, plutôt que de dégrader la qualité des soins et de mettre les patients en danger.

3) Le pilotage quotidien peut porter sur un ajustement de l'activité clinique à l'effectif soignant réellement disponible

Dans certains cas, le cadre de santé, après avoir intégré dans les outils les différentes absences, estime compte tenu de la charge en soins, qu'il n'est pas envisageable, pour des raisons de qualité des soins ou de conditions de travail, de fonctionner en l'état. Le portefeuille d'outils de

gestion est alors utilisé pour piloter un changement de l'activité clinique qui peut prendre la forme de la fermeture de lits, la demande de suppléance, la mutualisation de personnels d'autres unités ou la réduction du nombre de patients accueillis.

Ainsi, à l'occasion d'une journée d'observation avec la cadre sup du bloc opératoire, il est apparu que chaque matin des « *staff planning* » ont lieu. La cadre supérieure de bloc réunit quelques médecins (anesthésiste et chirurgiens) et les différents cadres de santé du pôle. Ensuite, ils passent en revue les opérations programmées : pour chacune d'elle il est affiché le profil du patient, le temps estimé et le personnel, médical et non médical, requis. La réunion a pour objectif de comparer l'effectif requis avec l'effectif présent. Compte tenu des avis des uns et des autres, et de la situation des effectifs objectivés par PLUME et CARYOTYPE, la cadre supérieure prend la décision de maintenir les opérations ou au contraire de les reprogrammer, en prenant en considération l'avis des médecins sur la possibilité de décaler l'intervention. Durant les entretiens, des cadres nous ont également fait peur du fait que l'absentéisme inopiné les conduisait à piloter l'activité du service à la baisse afin de l'ajuster à l'effectif présent.

« En pédiatrie on a des problèmes de recrutement et d'absentéisme. On est en pédiatrie générale, donc on accueille toutes les pathologies non chirurgicales qui viennent des urgences ou de soins programmés. Ça veut dire qu'il faut une surveillance infirmière très accrue, car il faut être capable d'évaluer si un enfant se dégrade et nécessite des soins intensifs voire s'il est réanimatoire. Donc moi je ne joue pas avec le feu, même si ça ne plait pas à ma hiérarchie. Quand il manque une puéricultrice ou une infirmière, j'annule des soins programmés. Concrètement, je vais annuler des soins programmés, qui sont quasiment toujours des jeunes filles anorexiques qui doivent commencer leur hospitalisation chez nous. J'ai la main dessus car il y a une file active de patients qu'on appelle. Concrètement, quand les arrêts montrent qu'on va être en situation dégradée, je décide d'annuler ces hospitalisations-là, ça fait moins de patients et ça soulage l'équipe. » Cadre de santé 19, pédiatrie

« Que ce soit en réanimation ou en soins intensifs, on est des services normés. Donc la loi dit qu'il faut 2 infirmiers pour 5 lits de réa ped dont une puéricultrice. Si je n'ai pas cet effectif-là, je demande un transfert des patients et je ferme des lits. Je l'ai fait l'été dernier pendant 3 semaines, on a fermé 10 lits de soins intensifs de néonats. Tout simplement parce qu'on est le garant de la loi et que ça fait courir des risques énormes aux professionnels de les faire bosser en dessous de cet effectif. Alors vous imaginez bien la réaction de la direction des soins et de la direction générale. Bah oui, ça fait du bruit dans les journaux que le CHU TONUS ne puisse

plus ouvrir ses lits de neonat l'été car on trouve plus d'infirmiers, et encore moins de puéricultrices. Mais c'est une réalité. On m'a mis une pression monstre pour que j'ouvre les lits en me proposant de me prêter des IDE. Mais sérieusement, on me proposait des jeunes diplômées qui n'avaient jamais bossé en pédiatrie et encore moins en soins intensifs ou des IDE expérimentés mais qui venaient de MPR ou de gérontologie. Ce n'est pas sérieux de bosser comme ça. Le cadre sup m'a soutenu et on a dit « il n'y a pas de puéricultrice ni d'IDE ayant une compétence en soins intensifs donc on ferme 3 semaines les lits ». Les médecins n'ont pas aimé mais ils ont soutenu la démarche car eux ils réalisent le risque que c'est de faire bosser des infirmières qui ne connaissent pas les soins intensifs. Et pour être, c'est ça être un bon gestionnaire, car on respecte la loi et on voit quand on ne le sent pas. » Cadre de santé 17, Réanimation

Ainsi donc, dans ces différentes situations, que ce soit aux blocs opératoires ou dans des services de médecine, les cadres rencontrés choisissent, lorsque l'absentéisme est trop élevé, d'adapter l'activité clinique à l'effectif soignant disponible en pilotant la fermeture de lits, le report d'hospitalisation de patients quand c'est possible ou en décalant des interventions chirurgicales. Là encore, les rapports de pouvoir font état d'une alliance entre les cadres de santé, l'équipe paramédicale et les médecins sur la base d'une priorisation de la qualité des soins (logique institutionnelle soignante) tandis que cet usage conduit à des pressions de la part du CONTROL qui souhaite maintenir l'offre de soins et préserver l'image du CHU TONUS auprès du grand public.

Cet usage quotidien des outils du portefeuille, afin d'assurer le pilotage de l'équipe ou de l'activité clinique, correspond aux fonctions prévues du portefeuille d'outils. Celui-ci est en effet présenté par la direction du CHU TONUS aux cadres de santé comme étant un moyen de visualiser à tout moment la situation de leur équipe pour prendre des décisions. En ce sens, le pilotage constitue un usage instrumental du portefeuille d'outils, dans la mesure où il représente un usage prescrit par la direction afin d'assurer une mission explicite.

Dans sa typologie, LUX (2013) mentionne notamment deux usages : « le suivi interne et informationnel » d'une part, et « le pilotage / prévision » d'autre part. Nos résultats nous conduisent plutôt à faire apparaître un seul usage de pilotage. Nous n'avons en fait pas observé

de dichotomie entre le suivi interne et le pilotage. Lorsque les cadres de santé utilisent les outils de gestion pour y intégrer les différentes absences des professionnels, ils ne se contentent pas de faire du suivi interne ou informationnel, ils utilisent aussitôt cette vision de l'effectif présent pour prendre la décision de faire travailler l'équipe en sous-effectif (si la qualité des soins et la sécurité des patients n'est pas remise en cause) ou au contraire pour décider de réduire le nombre de patients accueillis ou d'interventions programmées afin d'ajuster l'activité clinique à l'effectif présent. Ainsi donc, le suivi des effectifs n'est pas décorrélé dans la pratique des cadres de santé de la prise de décision qui s'impose compte tenu de ces absences. Par ailleurs, alors que LUX (2013) identifie un usage mixte « *pilotage/ prévision* », il apparaît dans nos données qu'au quotidien les cadres de santé utilisent les outils du portefeuille pour piloter l'activité et l'équipe en temps réel. L'usage de prévision apparaît bien dans nos données mais pas dans la même temporalité, la prévision ne pouvant se faire au quotidien.

Nous dépassons donc la typologie de LUX (2013) qui distingue notamment deux usages (« suivi interne et informationnel » et « pilotage / prévision ») sans prendre en compte la fréquence des usages) pour montrer qu'au quotidien l'usage instrumental du portefeuille d'outils de gestion qui apparaît est le pilotage.

5.2.2. La prévision

Dans un second temps, un autre usage des outils de gestion est décrit par les cadres paramédicaux: celui de prévision.

« En formation, je présente tous les outils de gestion des effectifs aux nouveaux cadres. Et... enfin souvent ils sont très habitués, comme ils ont été faisant fonction, à réagir au quotidien aux imprévus, aux permutations entre agents etc. Mais je leur montre aussi qu'avec AVENIR, PHARE, PLUME ou encore SAISON, on peut éviter de subir ... enfin anticiper... Les congés annuels estivaux... les jeunes cadres ont tendance à attendre d'être fin juin pour dire que c'est

ingérable car il y a les congés et en plus plein d'arrêts de travail qui tombent... Ça c'est prévisible à 100%, ça veut dire qu'il faut faire de l'anticipation de combien on aura d'IDE, d'AS, d'ASHQ, combien on a en moyenne d'arrêts maladie et donc à quel pourcentage de notre capacité habituelle on peut tourner. Soit on ferme des lits, soit on réduit la voilure, soit on se bouge dès avril / mai pour embaucher des étudiants infirmiers sur des postes d'AS ou des jeunes diplômés IDE. Mais en gros je leur montre en formation qu'il ne faut pas subir, mais être proactif. » Cadre supérieur de santé 1, Direction des soins

Ce verbatim prouve que cet usage de prévision constitue un usage instrumental du portefeuille d'outils de gestion, puisque cela correspond à une fonction prescrite par la direction du CHU TONUS.

TABLEAU 18- CODAGE DES DONNEES DE L'USAGE "PREVISION"

Code	Catégorie	Thème	Thème général
Anticiper les difficultés RH liées à la période estivale	Anticipation des situations RH complexes et de leurs conséquences	Prévision	Usages instrumentaux
Anticiper la capacité d'accueil du service (nombre de lits) compte tenu de l'absentéisme à venir			
Prévoir les pics d'absentéisme et imaginer des solutions peu couteuses			
Simuler des effectifs requis pour une nouvelle activité	Simuler des besoins RH		
Simuler les recettes issues de l'activité et			

les mettre en lien avec la masse salariale prévisionnelle			
---	--	--	--

L'usage de prévision / prospective apparaît sous deux formes dans nos données :

1) Le portefeuille d'outils de gestion permet de prévoir les effectifs requis pour un nouveau projet, la masse salariale induite et les recettes prévisionnelles

Dans cette perspective, les encadrants expliquent qu'ils utilisent parfois les outils de gestion afin de simuler un projet médico-soignant, pour imaginer les conséquences en termes d'effectifs soignants d'une réorganisation d'unité ou de pôle. Cet usage de prévision est moins fréquent que celui de pilotage : l'utilisation d'un outil de gestion dans un but de prévision étant ponctuelle, lié à la survenance d'un événement particulier.

« [A propos de la création d'une nouvelle activité médico-soignante] Quand le projet est acté, et que les effectifs sont validés, on arrive à la création des cycles de travail avec AVENIR. AVENIR permet de présenter toutes les maquettes (combien d'IDE le matin, le soir...) puis de faire apparaître l'effectif requis et de décider vraiment du projet de façon éclairée. Parce que si on veut être crédible devant les directeurs, il faut qu'on arrive avec toutes les billes. Sinon, on passe pour des amateurs qui n'ont pensé qu'au volet médico-soignant, et pas du tout au chiffre de combien de personnels il faudra et combien ça coûtera. » Cadre supérieur de santé 1, Homme, Mission transversale

« Alors SAISON je l'utilise, de temps en temps, quand il y a un projet de nouvelle activité clinique en fait, ou un projet de réorganisation plus ou moins abouti. Je l'utilise en prospective c'est-à-dire qu'on se dit « tiens, combien ça coûterait, pour avoir une idée grossière du besoin. Et après ça déroule les effectifs requis de chaque catégorie professionnelle, la masse salariale induite et du coût on voit si c'est jouable et si l'activité que l'on prévoit couvrirait les dépenses. » Cadre supérieur de santé 2, Femme, Médecine

Lorsqu'un projet de création ou de réorganisation d'activité clinique apparaît, les cadres de santé peuvent mobiliser le portefeuille d'outil afin d'effectuer de la prévision en termes de personnel qu'engendrerait le projet. Cet usage ponctuel fait incarner aux cadres leur rôle gestionnaire puisqu'en plus de calculer l'effectif requis en personnel paramédical à l'occasion d'une réorganisation, les cadres de santé mobilisent le portefeuille d'outils pour estimer la

masse salariale prévisionnelle et la mettre en corrélation avec les recettes induites par l'activité clinique espérée. Permettant de se départir de leur rôle soignant afin de ne pas « *passer[r] pour des amateurs qui n'ont pensé qu'au volet médico-soignant* », le verbatim permet de comprendre que l'usage de prévision du portefeuille est un moyen de produire des données financières liées à l'activité clinique et à la gestion de l'équipe paramédicale, ce qui permet aux cadres de santé d'incarner leur rôle gestionnaire.

2) Le portefeuille d'outils de gestion peut être utilisé pour de la prévision afin d'anticiper les difficultés à venir en termes de ressources humaines et leurs conséquences

Ponctuellement, les cadres de santé utilisent le portefeuille d'outils de gestion afin d'anticiper les difficultés futures liées aux effectifs en évaluant les besoins en personnels paramédicaux liés à des contextes particuliers (Plan Blanc déclenché lors de la pandémie de COVID-19 ou encore prévision des besoins de contractuels pour faire face aux congés annuels estivaux) ou en anticipant la future capacité d'accueil de leur unité compte tenu de ces difficultés.

"Je gère aussi une équipe qu'on appelle « moyens mutualisés de pôle ». C'est une équipe qui remplace toutes les aides-soignantes sur le Pôle. Ça augmente un peu le volume de gestion. Là, je travaille sur des plannings prévisionnels. Je pars en vacances la semaine prochaine et il faut que je prépare mes plannings de juillet et août avec plein d'incertitudes parce qu'il me faut du personnel en remplacement, j'évalue combien en particulier pour voir ce que je vais faire ... On sort de la crise [COVID-19] donc je veux anticiper les besoins très finement... Pareil, je fais une prévision de la dette sociale, je ne veux pas me retrouver avec des agents qui n'ont pas pris tous leurs congés annuels et qui vont me demander de poser 2 mois de congés d'un coup"
Cadre de santé 9, Homme, Médecine Physique et de Réadaptation

" Je ne fais pas ça souvent, mais vraiment plutôt quand il y a un événement particulier comme actuellement où il y a un conflit social très marqué sur le pôle. Je sais d'expérience que les arrêts dégradent les conditions de travail des collègues et donc appellent d'autres arrêts maladie. Donc je n'attends pas que la situation soit hors de contrôle, je fais un peu de prévisionnel. D'abord on regarde les disponibilités sur la suppléance dans les semaines futures. Ça c'est le gros tableur Excel avec toutes les infirmières et les aides-soignantes, c'est

une extraction d'AVENIR en fait. A partir de ça, je vois si je peux m'arranger en interne, si j'ai une suppléance ou si je dois prévoir de l'intérim. Là je sais que ça va se tendre parce que ma cadre sup me dit qu'il n'y aura pas les réponses attendues par l'équipe, donc je recrute carrément des CDD. Enfin, je recrute... je lance des recrutements... après encore faut-il qu'il y ait des candidatures" Cadre de santé 2, Femme, Médecine Cancer Chirurgie

Ces résultats indiquent que le portefeuille d'outils de gestion peut être utilisé par les cadres de santé afin de prévoir les futures difficultés en termes d'effectif paramédical, afin de les anticiper. Cet usage ponctuel est principalement observé l'été lors des congés annuels des paramédicaux, lors des périodes épidémiques qui génèrent beaucoup d'absentéisme et une surcharge de travail ou encore lors d'un conflit social au sein d'une équipe. Cet usage de prévision a pour objectif d'anticiper les besoins afin de trouver des solutions peu coûteuses pour répondre à l'absentéisme telles que les changements de planning entre agents, la mutualisation de personnel ou éventuellement le recours à la suppléance. En outre, cet usage de prévision permet aussi de s'assurer que la « *dette sociale* », soit l'ensemble des congés et autorisations d'absence dues à un salarié, est maîtrisée pour éviter une absence prolongée d'un agent qui poserait plusieurs semaines de congés d'affilée. Ces différents usages de prévision font incarner aux cadres de santé leur rôle gestionnaire, qui suppose de répondre à l'absentéisme et de gérer l'équipe paramédicale de leur unité de la façon la plus économe possible.

Par ailleurs, lors des journées d'observation que nous avons faites, il est apparu que sur la base de prévisions établies par les cadres de santé prévoyant des pics d'absentéisme, ils sollicitaient parfois la fermeture de lits ou le transfert de patient dans d'autres unités. Lors du « *staff planning* » auquel nous avons assisté au bloc opératoire, la cadre supérieure demandait aux chirurgiens présents de sélectionner les opérations non urgentes prévues dans les deux prochaines semaines qu'ils étaient en mesure de pouvoir reporter sans perte de chance pour les patients, afin de prendre en considération l'absentéisme paramédical grandissant qu'elle anticipait dans les quinze jours qui suivaient.

Ainsi donc, toutes ces données mettent en avant le fait que les cadres de santé utilisent ponctuellement le portefeuille d'outils de gestion afin d'assurer de la prévision, en prenant des décisions qui répondent à l'absentéisme tout en maîtrisant la masse salariale.

Ces résultats indiquent que les différents usages de prévision qui apparaissent dans les données regroupent deux usages distincts dans la typologie de Lux (2013) : « l'analyse/ diagnostic » et « la prévision ». En revanche, Lux (2013) associe dans un usage les notions de « pilotage/ prévision ». Si cette association est possible en effectuant une simple analyse qualitative des usages, notre double approche qualitative / quantitative précise que si le l'usage de pilotage est quotidien, l'usage de prévision est quant à lui ponctuel.

Nous montrons donc que l'usage de prévision est interne, puisqu'il est orienté exclusivement vers l'unité dont le cadre a la responsabilité. Cet usage correspond à un usage prescrit du portefeuille : prévoir les difficultés d'absentéisme et les solutions possibles constitue en effet une attente forte de la part de la hiérarchie paramédicale et de la direction des hôpitaux vis-à-vis des cadres de santé. Recourir au portefeuille d'outils de gestion pour faire de la prévision est donc un usage instrumental : la prévision est en effet un usage interne, manifeste et prescrit du portefeuille qui permet aux cadres de santé d'incarner leur rôle gestionnaire en maîtrisant la masse salariale et en imaginant des solutions peu coûteuses face à l'absentéisme.

5.2.3. L'évaluation

TABEAU 19- CODAGE DES DONNEES DE L'USAGE "EVALUATION"

Code	Catégorie	Thème	Thème général
Evaluer la capacité du cadre de santé à être économe dans sa gestion de l'absentéisme	Evaluer le travail du cadre de santé par son cadre supérieur	Evaluation	Usages instrumentaux
Evaluer les choix de gestion faits par un cadre lors d'arrêts de travail dans son unité			
Evaluer la fréquence des changements de	Evaluer la flexibilité d'un paramédical et sa		

planning accepté par un agent paramédical	volonté d'aider le cadre dans la gestion de l'absentéisme		
Evaluer l'équité des plannings dans la répartition des matins / après-midi / soirs et des semaines / week-end			
Comparer la dotation d'une unité ou d'un pôle à celle d'un autre périmètre	Evaluer la situation RH d'une unité en comparaison avec les autres unités du CHU		
Mesurer la charge en soins par personnel paramédical et la comparer aux autres unités			

Enfin, de manière beaucoup plus rare, un autre usage des outils de gestion est distingué parmi les données : une fonction d'évaluation. L'usage des outils de gestion dans un but d'évaluation, ressort dans de nombreuses réponses. Toutefois, les cadres interrogés sont unanimes pour indiquer que cet usage est beaucoup moins fréquent que les deux évoqués précédemment : cet usage est qualifié de rare. En cas de conflit social très marqué, ou lors de revendication de la part de certains pôles qui s'estimeraient en droit de se voir affecter beaucoup plus de personnel en raison de la complexité technique des soins ou de la charge accrue liée au profil des patients soignés, les outils de gestion peuvent être utilisés par les cadres de santé pour assurer de l'évaluation. Celle-ci peut avoir lieu seul, lorsqu'un cadre de santé évalue la possibilité qu'un professionnel paramédical de son équipe accepte un changement de planning. Nos résultats montrent aussi que le portefeuille d'outils de gestion peut aussi servir pour faire de l'évaluation entre cadres de santé, soit pour évaluer la dotation en ressources humaines du pôle ou de l'unité comparativement aux autres unités du CHU TONUS, soit pour permettre à un cadre supérieur d'évaluer l'un des cadres de santé qui lui est subordonné.

1) **L'évaluation peut permettre d'évaluer la situation des ressources humaines d'un pôle ou d'une unité afin de la comparer aux autres.**

Cet usage rare des outils de gestion permet donc d'évaluer des ratios de personnel paramédical par rapport au nombre et au profil des patients accueillis, ce qui permet à la direction de prendre des décisions outillées. Il s'agit donc d'un usage entre pairs, au sens où l'évaluation ne s'applique pas uniquement au pôle ou à l'unité dont le cadre de santé a la responsabilité, mais que l'évaluation est au service d'une comparaison qui est faite entre cadres paramédicaux.

" L'outil ça donne des chiffres objectifs, ça évite aux services de se prendre pour des cadors. [...] J'ai fait cet outil parce que ce que voulait la direction, c'est qu'en cas de conflit social dans une unité, la direction puisse dire « OK , on va comparer votre unité aux autres ». Y a eu un conflit social en chirurgie vasculaire. Dans ce cas-là, on utilise un filtre de l'outil qui permet de regarder tous les services de chirurgie. L'outil affiche « ils ont tant d'effectif, ils ont tel ratio IDE / patient, AS / patient ». Sur le service de chirurgie vasculaire, on a vu que quand il a été construit il était dans les 3-4 services de chirurgie du CHU les mieux lotis. L'évolution du taux d'occupation des lits et des indicateurs d'activité a fait qu'aujourd'hui, ils étaient dans la quart inférieur en termes d'IDE / patient. Ça c'est assez objectif car on compare la dotation en personnel avec des profils de patients comparables, donc ça parle à tout le monde : tous les cadres paramédicaux y ont accès et on voit entre nous la réalité des choses. Ça nous permet de nous mettre d'accord sur le service à qui il faut accorder des ressources humaines supplémentaires, car OK ça à un coût de le faire, mais on est aussi là pour ne pas mettre les soins en péril mais bien défendre une sécurité de la prise en charge" Cadre supérieur de santé 1, Homme, Mission transversale

Bien que discutable, car d'autres calculs auraient pu être effectués ou parce que la comparaison de ratio de personnel par patient peut être complexe entre des services différents, cet usage d'évaluation vise à dépassionner les conflits, en les éloignant de considérations plus politiques pouvant influencer les décisions. En outre, cet usage d'évaluation externe, puisqu'il compare les unités au regard de leur dotation en ressources humaines paramédicales, du profil et du nombre de patients accueillis, se fait entre pairs puisqu'il est partagé par les membres de l'encadrement paramédical. Le verbatim suggère que cet usage externe d'évaluation satisfait à la fois le rôle gestionnaire, au sens où il mesure les effectifs paramédicaux déployés, et le rôle soignant, puisqu'il est un indicateur représentatif de la charge en soins.

"Ça c'est objectif, je préfère choisir en fonction de ça plutôt que de dire, cette unité-là est suivie par un syndicat A, l'autre unité réclame mais elle n'a pas de syndicat donc on ne va pas les écouter. En fin de compte, on objective" Cadre supérieur de santé 1, Homme, Mission transversale

Ainsi, cet usage d'évaluation entre pairs de la situation des ressources humaines d'une unité par les outils de gestion permet aux cadres de santé d'objectiver la situation, même si les outils utilisés ne sont jamais neutres, ce qui leur permet de prendre des décisions sur la base d'indicateurs jugés satisfaisants. Cela peut contribuer à l'hybridation de rôles, au sens où le ratio de patients par professionnel paramédical permet de relier les préoccupations d'acteurs incarnant tant des rôles gestionnaires que soignants. La dernière phrase du verbatim « *OK ça à un coût de le faire, mais on est aussi là pour ne pas mettre les soins en péril mais bien défendre une sécurité de la prise en charge* » souligne combien l'usage d'évaluation favorise des réunions au cours desquels les cadres de santé relient leur rôle gestionnaire (maîtriser la masse salariale paramédicale) à leur rôle soignant (défendre la sécurité des soins dans un service) pour prendre une solution de gestion qui combine les deux.

De surcroît, à l'occasion d'instances annuelles rendant obligatoire la reddition de comptes et de chiffres clés concernant un rôle (réunion d'encadrement par exemple), les cadres paramédicaux peuvent utiliser les outils de gestion dans un objectif d'évaluation globale de l'activité et du personnel. C'est un moyen pour le cadre de santé, dans des occasions rares mais solennelles, de présenter dans le détail la situation du pôle ou de l'unité dont il a la responsabilité. Lors des conférences de pôle, le cadre supérieur à la tête du pôle utilise LUMIERE et des extractions de différents outils du portefeuille, comme CARYOTYPE, PUME ou encore SAISON, afin de communiquer sur les moyens humains mis à disposition pour fonctionner. Nous avons observé que les cadres supérieurs utilisaient le portefeuille d'outils de gestion afin de communiquer sur le fait que leur pôle prenait en charge plus de patients, ou des patients au profil de soins plus complexes, que des pôles disposant de dotation en ressources humaines paramédicales comparables.

L'usage d'évaluation entre pairs revêt une dimension externe, dans la mesure où il permet aux cadres utilisateurs de porter un message destiné à des acteurs externes à leur pôle. L'usage externe d'évaluation peut être analysé comme un vecteur permettant au cadre supérieur de pôle de donner à voir sa conformité aux pressions institutionnelles le poussant à l'efficiences budgétaire. Il peut ainsi tenir son rôle gestionnaire, en prouvant qu'il fait fonctionner son pôle

avec une masse salariale paramédicale restreinte, tout en plaidant pour obtenir davantage de personnel dans son pôle, au motif que la qualité des soins est compromise par un rapport de patient par personnel paramédical inférieur aux pôles comparables de l'hôpital public. Ainsi, l'usage d'évaluation, lorsqu'il est mis en œuvre entre pairs, peut permettre au cadre de santé de relier et de transformer réciproquement ses rôles gestionnaire et soignant.

2) Le portefeuille d'outils de gestion peut être utilisé par un cadre supérieur afin d'évaluer le travail du cadre de santé

Par ailleurs, lors d'entretiens annuels d'évaluation, il apparaît que les responsables hiérarchiques utilisent les outils de gestion des effectifs comme un moyen d'évaluer le travail du cadre de santé. Dès lors, l'outil de gestion est utilisé afin de permettre d'objectiver une appréciation professionnelle entre un cadre supérieur et son cadre de proximité. Les cadres supérieurs de santé que nous avons rencontrés assument pour la plupart sans détour le fait d'utiliser les outils de gestion des effectifs comme un moyen d'évaluer le travail des cadres dont ils ont la responsabilité, la gestion des plannings étant perçue comme fondamentale dans le rôle d'un cadre de proximité.

"Oui, je vois les résultats. Le planning par exemple, le planning rigoureux. Quand je vois les plannings en suppléance, quand on est ensemble je regarde un petit peu pour voir comment ça se passe, les retours de certaines équipes, les retours des binômes. En fait en regardant la gestion des équipes sur PLUME, sur AVENIR, est ce que CARYOTYPE est à jour ? On voit rapidement le cadre qui sait gérer en autonomie son équipe et qui anticipe les besoins, et celui réagit et hurle sans cesse pour demande de la suppléance ou de l'intérim alors qu'il y a des moyens en interne de trouver des solutions. Oui on est garants de la qualité des soins, mais on est aussi les représentants de la direction dans l'unité. Donc même quand ça ne plait pas aux équipes, et bien parfois il faut faire des changements, demander aux gens de revenir sur leurs congés ou travailler à -1 ou -2, et c'est ça aussi que j'évalue. La capacité du cadre à aller outre la volonté des équipes et à mettre en place un fonctionnement différent compte tenu des impératifs. Et puis, en tant clinicien, un cadre doit aussi être capable de comprendre quand une situation est trop complexe et d'identifier que parfois, oui il faut faire des dépenses pour trouver des remplaçants, car sinon ça compromet trop les soins. Quand je vois des cadres qui ne

remplacent pas du tout, que les déclarations d'évènements indésirables et les réclamations des patients s'accumulent, je me dis que ce n'est pas mieux. Il faut en tant que cadre trouver cet équilibre subtil." Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et de Réadaptation

"Déjà elle [la cadre supérieure du pôle] s'occupe des requêtes et des besoins en planning et remplacements. Donc elle checke nos PLUME. En fait on remplit PLUME et ça bascule les données sur AVENIR ou PHARE, on remplit nos besoins en effectif. Quand elle fouille un peu pour checker des trucs, elle arrive à voir si on est réglo, comment on gère les plannings. Sur la gestion des plannings, elle peut savoir très rapidement si on gère de manière économe l'équipe et l'absentéisme. Inversement, ma cadre sup attend aussi de moi que je sache réagir en recourant à la suppléance voire à l'intérim quand vraiment la situation est trop tendue et que ça mettrait en danger les patients. Et ça elle le sait aussi quand elle rencontre des patients ou qu'elle vient dans les services" Cadre de santé 2, Femme, Médecine Cancer Chirurgie

Ici, le portefeuille d'outils de gestion permet aux cadres supérieurs d'évaluer la compétence du cadre de santé en mesurant sa capacité à gérer de manière efficiente l'absentéisme de son équipe. Par cet usage d'évaluation, le cadre supérieur apprécie aussi la capacité du cadre de santé à combiner son rôle soignant (préservation de la qualité des soins) et son rôle gestionnaire (recours à l'auto remplacement ou à des permutations internes pour palier l'absentéisme sans consommer du budget de remplacement ni faire des dépenses d'intérim). Ainsi donc, l'usage d'évaluation du travail d'un cadre par son supérieur hiérarchique, lorsqu'il est uniquement focalisé sur la gestion de l'absentéisme, permet d'évaluer la capacité du cadre à respecter le rôle gestionnaire qui est attendu de lui. Quand cet usage d'évaluation du travail du cadre s'effectue entre pairs soumis à la même exigence d'incarner des rôles gestionnaire et soignant en tension, alors cet usage d'évaluation permet d'évaluer la capacité du cadre à hybrider ses rôles gestionnaire et soignant.

3) Le portefeuille d'outils de gestion peut permettre aux cadres de santé d'évaluer l'équité des plannings confectionnés entre les membres de l'équipe paramédicale

Les différentes données font état de l'importance accordée par les équipes paramédicales à l'équité dont fait preuve le cadre de santé dans la gestion des plannings. En effet, lorsque nous

avons assisté à des conflits entre des paramédicaux et le cadre de santé dans les services, ces conflits étaient majoritairement dus à des plannings jugés inéquitables entre les différents professionnels d'une même équipe.

"De toute façon ils [LES PARAMEDICAUX] épluchent tous le planning. J'ai vu il y a quelques années en consultation « oui ben elle, elle a fait tant de matin et moi je fais tant de soir... Pourquoi je suis lésée ? Si c'est ça je vous arrange plus et je remplace plus mes collègues ». C'est affreux." Cadre de santé 8, Femme, Thorax et Système nerveux

Afin d'éviter ces sources de conflit, certains cadres de santé se dégagent du temps, dans de rares occasions, pour évaluer la répartition des plannings entre les différents membres de l'équipe et s'assurer que le nombre de matins, d'après midi, de week-ends travaillés est équitable entre les différents professionnels.

« Quand je sens que la tension monte, ou alors quand on est en fin d'année et que c'est le moment du bilan, je reprends PLUME, AVENIR et SAISON et je fais un point global sur tout ce qui crée du conflit : nombre de matin travaillés, nombre d'après-midi, les mercredis, les week-ends et surtout le nombre de fois où un agent a accepté de déplacer ses congés pour remplacer un collègue. Comme ça, je fais les statistiques et quand un agent vient me voir pour se plaindre, je peux clairement évaluer si sa plainte est légitime. Soit effectivement il a remplacé beaucoup, il a fait bien plus de week-ends que les autres et donc je vais l'alléger dans les semaines à venir. Soit ce n'est pas le cas, et je lui montre qu'objectivement il n'a pas de quoi se plaindre par rapport aux autres. » Cadre de santé 15, Homme, Dialyse

Ainsi, les outils de gestion peuvent, dans quelques cas, être utilisés par le cadre de santé pour évaluer son équité dans la confection des plannings ainsi que pour mesurer la volonté des différents professionnels paramédicaux de son équipe à se montrer flexibles pour contribuer à la gestion en interne de l'absentéisme. Cet usage interne d'évaluation peut ainsi inciter un agent à coopérer en acceptant des changements de planning en lui faisant prendre conscience que ses collègues se sont plus souvent montrés flexibles que lui : le rôle gestionnaire du cadre de santé est alors mis en évidence par cet usage interne d'évaluation.

Nos résultats mettent en évidence trois types d'évaluation réalisés par les cadres paramédicaux à travers le portefeuille d'outils de gestion. Cet usage d'évaluation peut être interne, c'est-à-dire limité à l'unité ou au pôle concerné (évaluation de l'équité des plannings réalisés et

évaluation du travail du cadre de santé par son supérieur hiérarchique), ou bien externe, c'est-à-dire ouvert à des acteurs extérieurs au pôle (évaluation et comparaison de la dotation en ressources humaines du pôle par rapport à d'autres unités ou pôles du CHU TONUS). L'ensemble des usages que nous rassemblons ici sous le terme d'évaluation recoupe différents usages distingués par Lux (2013) : l'*accompagnement de la mutation* (l'évaluation étant nécessaire pour effectuer un benchmark avec des services comparables afin d'impulser un changement), le « *dialogue externe / négociation* » (puisque le dialogue de gestion nécessaire à une négociation implique de disposer d'outils de gestion permet d'évaluer l'existant) et enfin le « *dialogue interne / managérial* » (quand le cadre supérieur évalue via ses usages du portefeuille d'outils de gestion le travail d'un cadre de proximité ou lorsque le cadre de santé évalue l'équité des plannings réalisés). Au-delà de confirmer les résultats de Lux (2013), nous enrichissons l'approche en analysant également de manière quantitative les usages : l'usage du portefeuille d'outils à des fins d'évaluation étant rare, et réservée à des occasions particulières (entretien annuel, conflit social marqué, conférence annuelle de pôle).

Les trois usages qui viennent d'être présentés partagent la caractéristique d'être principalement orientés vers l'unité ou le pôle dont le cadre de santé a la responsabilité. En effet, le pilotage, la prévision/prospective et l'évaluation portent principalement sur les équipes paramédicales, la gestion de leur masse salariale, de leurs plannings et sur leur mise en cohérence avec le flux de patients accueillis. Dès lors, ces trois usages peuvent être qualifiés d'internes, dans la mesure où ils utilisent le portefeuille d'outils de gestion afin de mener un travail circonscrit à la sphère du CARE, qui est le groupe professionnel dont les cadres de santé sont officiellement chargés. En outre, ces trois usages du portefeuille d'outils de gestion mettent en œuvre des fonctionnalités prévues par le concepteur des outils. Puisqu'ils répondent à des prescriptions, ces usages sont explicites et sont donc menés de façon manifeste et assumée.

Compte tenu de toutes ces caractéristiques et des éléments mis en avant dans la littérature, ces trois usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs (pilotage, prévision/prospective et évaluation) sont qualifiés d'instrumentaux.

Nous relevons toutefois qu'en ce qui concerne l'usage d'évaluation, s'il peut être interne et conforme à des usages prescrits, i.e. instrumental ; les résultats font aussi apparaître des

usages externes d'évaluation, qui sont utilisés avec des acteurs issus de différents groupes professionnels de l'hôpital afin de porter un message ou de défendre une revendication. Ainsi, l'évaluation peut aussi constituer un usage sociopolitique, dans le sens où il peut être mis en œuvre au sein d'une arène de discussion diversifiée afin de défendre une position ou d'entamer un dialogue.

Par la suite, nos données ont également permis de mettre en évidence trois usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé. Ce codage de quatrième ordre diffère quelque peu de la littérature, qui évoque plutôt la notion d'usages politiques. Si nous avons bien retrouvé dans nos résultats le fait que certains usages du portefeuille servaient à leurs utilisateurs à défendre une position ou faire connaître sa position sur un sujet (dimension politique), ces mêmes usages sont aussi l'occasion pour les cadres de santé de faire évoluer les relations qu'ils entretiennent avec les différents groupes professionnels de l'hôpital : ils incorporent donc aussi une dimension sociale. Les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion des effectifs par les cadres de santé que nous avons identifiés sont la légitimation, le découplage et la traduction.

5.2.4. La légitimation

Tout d'abord, l'usage sociopolitique des outils de gestion des effectifs qui intervient le plus fréquemment dans nos observations correspond à la légitimation.

TABLEAU 20- CODAGE DES DONNEES DE L'USAGE "LEGITIMATION"

Code	Catégorie	Thème	Thème général
Montrer, par l'outil, la gestion efficiente des RH	Montrer la légitimité du cadre de santé aux membres du CARE et du CURE	Légitimation	Usages sociopolitiques
Montrer que le cadre de santé défend la qualité des soins et/ou			

les conditions de travail des soignants			
Montrer sa maîtrise technique du portefeuille d'outils			
Faire des extractions complexes de données gestionnaires et soignantes	Montrer, pour le cadre supérieur, sa compétence à son équipe de cadres de santé et au CONTROL		
Gestion d'un projet clinique par le portefeuille d'outils			
Connaissance fine de la réalité du terrain à travers le portefeuille d'outils			
Montrer le faible recours à l'intérim			

La légitimité ne pouvant se construire isolément, nos résultats montrent que les cadres de santé qui recourent au portefeuille d'outils de gestion pour se légitimer le font toujours dans un espace collectif au cours duquel différents acteurs échangent sur la situation du service ou du pôle. Ces échanges sont structurés autour des données extraites du portefeuille d'outils de gestion des effectifs. Nos résultats font apparaître deux formes de légitimation.

1) Un cadre de santé peut utiliser le portefeuille d'outils de gestion pour construire sa légitimité vis-à-vis du CARE et du CURE

Les outils de gestion des effectifs sont utilisés de manière quotidienne par les cadres de santé de manière à défendre leurs pratiques professionnelles et à montrer que leur action au sein du CHU TONUS est conforme aux rôles qui sont attendus d'eux par les institutions. Les outils de gestion peuvent être mobilisés par les cadres de santé pour prouver leur légitimité face à des acteurs variés. Tout d'abord, le cadre de santé, lorsqu'il est nouvellement nommé dans une unité,

lorsqu'il fait face à un climat social tendu, lorsqu'il est au début de sa carrière (en particulier durant la période de "faisant fonction") ou simplement quand il veut réaffirmer sa posture professionnelle de manager, peut utiliser les outils de gestion des effectifs pour construire sa légitimité vis à vis de l'équipe de professionnels paramédicaux dont il a la responsabilité.

"Derrière tout ça, y a aussi la légitimité du cadre. Les cadres qui sont en difficulté aujourd'hui le sont en grande partie parce qu'ils n'ont pas les fondamentaux, vraiment le basique (réglementaire, temps de travail, nombre d'heures de repos consécutifs obligatoire). Au contraire, un cadre qui montre à son équipe en réunion qu'en 2 temps 3 mouvements il peut dérouler le planning prévisionnel, traiter les données et anticiper les difficultés, il rassure son équipe et son équipe sait pourquoi il est cadre. Parce qu'en fait tout le monde sait qu'il tient la route et qu'il ne met pas en danger l'équipe et les malades." Cadre supérieur de santé 1, Homme, Mission transversale

"En tout cas l'organisation actuelle par Unité, elle ne peut pas « souffrir » qu'un Cadre ne puisse pas être archi à l'aise sur les plannings, les concepts probablement moins. C'est peut-être dire « les outils de gestion des plannings vous pouvez aimer, ne pas aimer, adhérer, ne pas adhérer, il n'y a rien à faire, il faut que ce soit nickel. Ce n'est pas un sujet, ce n'est pas optionnel. Si c'est compliqué pour vous, il faut qu'on trouve un moyen pour vous aider à atteindre le niveau de compétences minimales qui sont la maîtrise et la pratique courante ». Parce que sinon ils se font laminer ! Un cadre qui montre à son équipe qu'il n'est pas à l'aise avec les outils de gestion du planning, qu'il ne suit pas l'activité clinique du service en même temps que les plannings, il perd toute crédibilité." Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et de Réadaptation

Ces extraits soulignent l'importance de la maîtrise des plannings et de leur adaptation à l'activité clinique pour la légitimité du cadre de santé. Les équipes paramédicales tendent à porter la focale sur cette mission, allant parfois jusqu'à considérer que la gestion du planning et des absences est la mission quasi exclusive du cadre de santé. Si les attentes sont particulièrement fortes, c'est parce que cette gestion des plannings dispose d'un effet très direct sur le quotidien des professionnels soignants et leur qualité de vie au travail. Dès lors, les cadres de santé interviewés nous permettent de comprendre qu'au quotidien, leur utilisation des outils de gestion a aussi pour objectif de prouver leur légitimité à l'équipe. Lors de réunions portant sur la situation de l'équipe, les cadres de santé utilisent les informations disponibles dans le portefeuille d'outils de gestion pour montrer leur connaissance des difficultés et leur capacité à

imaginer des solutions. Aux yeux de l'équipe paramédicale, un cadre de santé est légitime, au sens où il se conforme aux rôles qui lui sont attribués, s'il donne des gages de sa conformité à ses rôles gestionnaire « *montre à son équipe [...] à l'aise avec les outils de gestion du planning* » et soignant « *qu'il [...] suit [...] l'activité clinique* ». Ainsi, dans l'espace de discussion que le cadre de santé organise avec l'équipe qu'il encadre, le portefeuille d'outils de gestion peut être utilisé pour se légitimer auprès des paramédicaux en leur montrant qu'il parvient à hybrider ses rôles gestionnaire et soignant en prenant des décisions qui combinent les deux attentes.

De même, certains cadres de santé utilisent les données fournies par le portefeuille d'outils de gestion pour calculer des indicateurs, à l'instar de la charge en soins, qui hybrident les considérations soignantes et gestionnaires.

"A partir de PHARE et de SAISON, j'ai développé un module qui permet d'évaluer la charge en soins des différents types de patients qu'on accueille dans le service. Concrètement, je mets l'outil à disposition de l'équipe paramédicale pour qu'ils cotent eux-mêmes les patients et qu'on connaisse à tout moment la charge en soins réelle. C'était ma décision de leur faire confiance et ça leur permet aussi de savoir que nous, les Cadres, on est sensibles à cette charge en soins, chose que parfois ils ne perçoivent pas toujours en disant « vous ne vous rendez pas compte », « ben si je me rends compte ». Et notamment à travers cette évaluation qui est faite, d'ailleurs ça avait été assez bien perçu par les syndicats aussi...Même les médecins apprécient beaucoup parce que quand je dis qu'on ne peut pas prendre plus de patient, le médecin comprend que ce n'est pas pour des raisons budgétaires, mais que c'est parce qu'en termes de soins, c'est trop lourd et ce serait dégrader la qualité des soins que d'accepter d'autres patients." Cadre de santé 9, Homme, Médecine Physique et de Réadaptation

« Dans certains cas, lorsque je tape un peu du point sur la table auprès du mon cadre sup ou du directeur des soins en demandant de l'intérim ou de la suppléance, je ne me fais pas bien voir auprès de ma hiérarchie ou de la direction. Par contre, je communique là-dessus auprès des médecins ou de mon équipe. Si vous voulez, je n'oublie pas d'où je viens, du soin. Donc moi, je dis à l'équipe et aux médecins que je n'ai pas cédé aux injonctions à travailler systématiquement en sous-effectif et à dégrader leurs conditions de travail, mais que j'ai fait la part des choses. Croyez-moi, le savoir leur fait du bien et ils le retiennent. C'est aussi ça qu'ils attendent du cadre... qu'il soit un soignant... mais un peu modifié... qui connaisse la gestion sans oublier son passé et qui, quand la situation l'impose, dit non aux restrictions sur les

mensualités de remplacement pour exiger du renfort. Et en fait, on se rend compte que sur la durée, la hiérarchie, que ce soit mon cadre sup ou la direction, apprécie aussi un cadre qui défend la qualité des soins, car ils se disent qu'on pilote la masse salariale mais pas au détriment des soins. » Cadre de santé 10, Chirurgie

Cette construction de légitimité ascendante par les outils de gestion, depuis l'équipe paramédicale ou médicale vers le cadre de santé, permet au cadre d'ancrer dans l'esprit des membres du CARE et du CURE qu'il intègre leur logique institutionnelle soignante dans son raisonnement et dans ses choix de gestion. Gagner la légitimité des équipes paramédicale et médicale oblige le cadre de santé à utiliser le portefeuille d'outils de gestion de manière à incarner tant son rôle gestionnaire (ce qui suppose de donner à voir sa maîtrise de la logique institutionnelle gestionnaire et sa capacité à faire des choix de gestion économes au regard de la masse salariale paramédicale) que son rôle soignant. Les usages quotidiens du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé afin de se légitimer auprès des membres des équipes médicales et paramédicales sont donc des usages externes, puisqu'ils ont lieu dans un espace de discussion réunissant des acteurs issus de groupes professionnels différents, autour de données extraites du portefeuille d'outils. Cet usage de légitimation est un usage émergent et non pas prescrit, qui est donc fait de façon officieuse puisque cela ne correspond pas à une fonctionnalité prévue par le concepteur. La légitimation est donc un usage sociopolitique quotidien du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé, qui contribue à l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant de ces acteurs.

2) Le portefeuille d'outils de gestion peut permettre au cadre supérieur de construire sa légitimité auprès de son équipe de cadres de proximité ou auprès de la direction administrative

Lors d'une réunion hebdomadaire dédiée à la répartition de la suppléance à laquelle nous avons assisté, un cadre de santé déplorait la taille réduite de son équipe paramédicale au regard de l'importance de l'activité de son unité, souhaitant ainsi négocier des ressources supplémentaires auprès de sa supérieure hiérarchique. La cadre supérieure du pôle a construit sa légitimité en donnant à voir à son équipe de cadres de santé sa connaissance fine de l'ensemble du pôle. Alors que cette cadre supérieure est à la tête de plus de huit cent agents, elle a fait savoir à la cadre

qui se plaignant qu'elle n'était pas si mal dotée en personnel, puisque deux aides-soignantes de son unité travaillaient de nouveau à 100% depuis quelques semaines, alors qu'elles figuraient encore à 50% sur CARYOTYPE. Ce faisant, cette cadre de pôle a montré que ses usages du portefeuille d'outils de gestion lui permettaient de maîtriser de manière très fine l'affectation des différents agents au sein de son pôle. Lors de cette réunion, cette cadre supérieure a envoyé le signal qu'elle connaissait même mieux la situation concrète du service concerné que la cadre de santé qui en a la responsabilité. Cette prise de parole, assortie de la projection de l'onglet de CARYOTYPE qui prouvait l'affectation à temps plein des deux aides-soignantes, a renforcé la légitimité de cette cadre supérieure auprès de son équipe de cadres de santé. Nous avons assisté à l'issue de la réunion, et après le départ de la cadre supérieure, à de nombreux échanges informels entre les cadres de santé du pôle qui manifestaient le fait qu'ils étaient impressionnés par l'excellente connaissance du terrain qu'avait leur supérieure grâce à son utilisation du portefeuille d'outils de gestion.

Dès lors, lorsqu'un cadre supérieur de santé voit son pôle connaître des difficultés liées à l'absentéisme ou à des conditions de travail difficiles, ce qui se produit quotidiennement, le cadre supérieur utilise les outils de gestion pour construire sa légitimité. Nous avons observé que les cadres supérieurs utilisent parfois le portefeuille pour prouver que les difficultés ne leur sont pas imputables, et ainsi se légitimer dans leur posture de cadre de pôle, en montrant que la direction de l'hôpital a moins bien doté leur pôle que d'autres pôles comparables du CHU TONUS.

"Ma cadre sup joue vraiment la transparence. Nous, comme cadres de santé, on a la vision de CARYOTYPE que sur le pôle. Les cadres sup eux ont accès à CARYOTYPE sur l'ensemble du CHU TONUS. En réunion d'équipe, notre cadre sup nous a projeté les effectifs soignants et le nombre de lits dans les services du pôle X et Y, ce qui est rare car les collègues cadres aiment garder la vision sur leur unité. J'ai vu que sur des services comparables, je suis le service où il y a le moins d'effectif soignants pour le même nombre de lits. J'ai six aides-soignants le matin quand ma collègue doit en avoir douze ! Ce n'est pas tout à fait la même typologie de patients quand même parce que du coup ce ne serait pas juste... Mais en fait quand la direction a prévu des maquettes comme ça au départ, bah évidemment qu'on ne s'en sort pas. Donc c'est vrai que là j'arrête un peu de pester contre ma cadre sup, parce que je vois qu'elle fait elle-même face à une direction qui est très dure dans les postes qu'elle accorde. Ce n'est pas que ma cadre ne me donne pas assez de suppléance, c'est que la direction nous a mal doté." Cadre de santé 3, Femme, Gériatrie

Ainsi, lorsqu'au quotidien les cadres de santé du pôle expriment leur insatisfaction et leur lassitude à leur cadre supérieur en raison d'un manque d'effectif, le cadre supérieur peut utiliser le portefeuille d'outils de gestion pour se dédouaner. En diffusant les effectifs soignants par patients déployés dans les autres pôles, le cadre supérieur mobilise le portefeuille d'outils de gestion pour indiquer que les difficultés ressenties par les cadres de santé ne sont pas dues à une mauvaise gestion de sa part ou à une répartition inappropriée de la suppléance au sein du pôle, mais bien à une inégalité de dotation en personnel entre les différents pôles du CHU TONUS, ce qui incombe à la direction. Les cadres supérieurs renforcent donc leur légitimité auprès de leur équipe de cadres de santé, en affirmant qu'ils ne sont pas responsables des dysfonctionnements du pôle.

Enfin, il est à noter qu'un cadre supérieur de santé peut également chercher à construire sa légitimité auprès de la direction administrative de l'organisation hospitalière, en prouvant sa conformité aux rôles gestionnaire et soignant qui sont attendus de lui. Un entretien avec le concepteur de la plupart des outils du portefeuille de gestion étudié (cadre supérieur de santé 2) nous apprend qu'il impose aux cadres de pôle qui souhaitent présenter un projet d'ouverture ou de réorganisation d'activité le recours à l'outil LUMIERE. Cette obligation faite aux cadres supérieurs de l'utiliser est justifiée par le besoin pour les cadres de pôle de montrer à la direction de l'hôpital (CONTROL) et aux financeurs (COMMUNITY) qu'ils sont légitimes puisqu'ils incarnent à la fois les rôles gestionnaire et soignant qui sont attendus d'eux.

C'est le cas du cadre supérieur concepteur du portefeuille d'outils de gestion des effectifs du

« Maintenant, s'ils [les cadres paramédicaux] présentent des projets avec leur outil à eux, je ne regarde même pas et je leur dis que je ne les soutiens pas. Ce que j'ai fait, l'outil prend 3 secondes à calculer ce que le cadre met parfois 3 jours à calculer lui-même. Et puis comme la direction, la DRH et les cadres administratifs négocient toujours avec nous sur la base de ratios et de chiffres précis, bah je me dis qu'on ne peut pas s'en sortir si on n'utilise pas nous aussi les mêmes outils qu'eux. Enfin on n'est pas plus bêtes qu'eux Donc moi je vois ma mission comme diffuser la culture du chiffre et des outils gestionnaires aux cadres infirmiers pour monter des projets de soins... pour répondre aux attentes de la direction. Et le DRH le sait. Il me dit « bien, grâce à vous, ils connaissent les ratios les cadres de santé, ça ne leur fait pas peur ». Bon souvent c'est moi qui les aide à mouliner toutes les données avant qu'ils présentent au DRH, mais bon j'essaie de mettre mes collègues cadres en phase avec les exigences de la direction, sinon on n'obtient rien. Et du coup ça positionne les cadres

supérieurs qui présentent des projets comme étant compétentes bien sûr dans leur domaine de compétence qui est les projets de soins, mais aussi en gestion financière. " Cadre supérieur de santé 2, Homme, Mission transversale

Ainsi donc, ce cadre supérieur de santé, concepteur du portefeuille d'outils de gestion, construit sa propre légitimité auprès du groupe du CONTROL en formant les cadres de santé à l'usage des différents outils de gestion. Il participe en effet à aligner les pratiques des cadres supérieurs paramédicaux sur les pressions qui s'exercent sur eux en leur faisant hybrider leurs rôles gestionnaire et soignant. La difficulté réside dans le fait que les cadres supérieurs présentent leur projet à des membres des différents groupes professionnels, qu'il faut tous parvenir à convaincre.

« Je dis toujours aux cadres sup qui présentent un projet en commission que c'est un numéro d'équilibriste. Quand ils utilisent LUMIERE, il faut montrer que tout le montage financier est équilibré, que la masse salariale et les autres charges sont inférieures aux recettes prévisionnelles. Mais si vous montrer que ça, vous n'aurez pas le vote des médecins, des représentants des patients ou des paramédicaux. Il faut aussi et avant tout réussir à montrer que le projet a du sens du point de vue de l'offre de soins, qu'on répond à un besoin et que ça et là, on a décidé peut-être d'alourdir la masse salariale mais parce qu'on a décidé de mettre une IPA (Infirmière de Pratique Avancée) en plus, pour permettre d'avoir un prescripteur dans le service en continu si le médecin n'est pas là, ou qu'il y a un infirmier de coordination etc. Tout ça montre que vous n'avez pas qu'une vision financière, mais que vous avez votre vision soignante des choses et que vous l'utilisez pour irriguer le montage RH du projet. Et là c'est gagné, vous avez le vote de tout le monde en commission et le projet passe car ils se disent que ce cadre sup, il est crédible, il fait le job, il tient la route. » Cadre supérieur de santé 1, Homme, Mission transversale

Il a été montré que les cadres et cadres supérieurs de santé utilisent au quotidien les outils de gestion des effectifs dans un but de légitimation vis-à-vis d'acteurs variés tels que le CARE, le CURE, le CONTROL ou encore l'équipe de cadres de santé d'un pôle. La légitimation à travers le portefeuille d'outils de gestion s'inscrit dans un espace de discussion collectif, rassemblant des acteurs des différents groupes professionnels. Il ne s'agit donc pas d'assurer un usage

prescrit par la direction, la construction de légitimation est plutôt un usage du portefeuille qui structure le contexte social dans lequel le cadre de santé s'insère et qui revêt un aspect politique puisqu'il est un moyen pour le cadre de dire quelque chose de sa posture ou des rôles qu'il entend incarner dans l'organisation hospitalière : la légitimation est donc un usage sociopolitique du portefeuille. Notre approche présente l'avantage de préciser la temporalité des usages du portefeuille par les cadres de santé : la légitimation étant l'usage sociopolitique le plus fréquent, puisqu'il s'observe au quotidien. Nous confirmons les travaux de Lux (2013), qui distingue des usages de légitimation interne et de légitimation externe. En effet, nous avons montré que la légitimation se construit à la fois vis à vis de l'équipe dont le cadre a la responsabilité mais aussi ou au-delà. Paraitre légitime aux yeux d'acteurs ayant des logiques institutionnelles différents suppose donc de relier et de transformer les rôles gestionnaire et soignant, en donnant à voir que le cadre engage l'hybridation de ses rôles en respectant l'équilibre financier du projet tout en étant soucieux d'améliorer la qualité des soins.

5.2.5. Le découplage

TABLEAU 21- CODAGE DES DONNEES DE L'USAGE "DECOUPLAGE"

Code	Catégorie	Thème	Thème général
Utiliser de façon détournée le portefeuille d'outils de gestion	Utilisation détournée du portefeuille d'outils de gestion tout en donnant une illusion de conformité aux usages prescrits	Découplage	Usages sociopolitiques
Concevoir manuellement un planning censé être produit par répartition automatique via le portefeuille d'outils de gestion			
Renvoyer à l'impartialité des outils de planning en			

cas de contestation d'un planning par un professionnel paramédical	décision à l'outil plutôt qu'au cadre		
Recours à des outils de gestion différents du portefeuille mis à disposition par le CHU TONUS	Non recours au portefeuille d'outils de gestion institutionnel		
Créer ses propres outils de gestion			

Les résultats ont mis en évidence que les outils de gestion étaient parfois utilisés par les cadres de santé dans une optique de découplage.

Ponctuellement, les cadres de santé interrogés et observés nous ont permis de comprendre que du découplage intervenait, de façon diverse. Comme cela sera détaillé ultérieurement, le découplage est plus ou moins conscient et assumé par les cadres de santé, selon le stade de la carrière, le grade (faisant fonction, cadre ou cadre supérieur) ou encore leurs aspirations professionnelles. Il semble que les cadres supérieurs de santé, à un stade plutôt avancé de leur carrière, et en particulier lorsqu'ils n'ont pas d'objectif de promotion professionnelle (comme la nomination à la tête d'un pôle plus conséquent ou l'accès au corps des directeurs des soins) sont plus enclins à assumer le découplage et donc à l'évoquer en entretien. Dans le cas contraire, le découplage a plutôt été observé lors des journées de présence au CHU TONUS ou bien rapporté par d'autres cadres de santé.

1) Le portefeuille d'outils de gestion peut être utilisé par les cadres de santé différemment de l'usage prescrit

"J'en ai fait plein de roulements, mais je les faisais à la main, sans AVENIR, et puis j'ai travaillé avec les Cadres sur les roulements mais maintenant il y a X [le cadre concepteur des outils, désigné comme CSS1 dans notre tableau des entretiens]. Il demande à ce que les roulements

soient tous faits sur AVENIR, et il a sans doute raison. Moi, je fais autre chose et autrement parce que je trouve qu'il y a des moyens qui seraient peut-être aidants c'est-à-dire tout se calcule automatiquement mais c'est bien de comprendre aussi ce qu'il y a derrière, la réglementation. Et peut-être que ce lien-là n'est pas assez fait. Parce que le point de départ c'est bien la réglementation du temps de travail. Il y a les outils mais il y a aussi le soin, le raisonnement clinique. Moi c'est le risque que je vois aux outils de gestion, qui automatisent tout, c'est que ça réduit la part du raisonnement du cadre, ses choix de gestion, sa prise en compte d'infos privées dans la construction des plannings. Moi je m'autorise à ne pas utiliser ces outils, mais c'est personnel. Tout simplement parce que je veux montrer que je ne suis pas là, bien obéissante, à appuyer sur le bouton qu'on veut me faire utiliser. Je suis libre de mes choix, qui ne se résument pas à des considérations financières. Après, il faut bien rentrer quand même à la fin les choix de planning dans PLUME que je fais à la main, sinon le bureau du personnel ne peut pas calculer la paye des agents. Donc je leur rempli en faisant croire que c'est PLUME qui a affecté les agents, et le bureau du personnel est content. Mais je fais savoir à mes cadres que je me refuse à céder entièrement la réflexion sur l'affectation des personnels aux outils « Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et de Réadaptation

Ici, le non recours à un outil de gestion prescrit pour la construction des roulements de travail est assumé et justifié, par le fait que l'outil facilite certes le calcul mais qu'il obstrue la connaissance de la réglementation du travail et qu'il minore l'importance des choix de gestion et du raisonnement du cadre de santé. Cette posture de découplage est assumée et revendiquée d'autant plus facilement que cette cadre supérieure ne craint pas que ce choix non conforme aux prescriptions émises par le CONTROL s'avère péjoratif concernant sa carrière future:

"Après on verra bien, je suis bien sur ce Pôle et je pense y rester jusqu'à ma retraite, je ne vise et n'ambitionne rien d'autre. C'est aussi pour ça d'ailleurs que je vous parle franchement... je vous dis vraiment comment je fonctionne car je n'ai rien à négocier ou à obtenir." Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et de Réadaptation

Ce découplage revêt une dimension politique : cette cadre supérieure de santé entend faire savoir à la direction qu'elle ne se soumet pas à l'usage prescrit du portefeuille d'outils de gestion. Elle s'oppose par-là à l'automatisation des plannings, qui sont accusés d'être confectionnés à l'aune du seul objectif de maîtriser la masse salariale selon la cadre interrogée. Ce découplage politique permet à cette cadre de santé de montrer qu'une considération soignante est aussi nécessaire afin d'aboutir à des plannings satisfaisants pour les équipes et les

patients. Ainsi, le découplage est ici d'ordre culturel, la cadre de santé s'oppose à l'usage prescrit car il ne représente que le rôle gestionnaire de la fonction de manager paramédical, le découplage réalisé semble lui permettre au contraire d'hybrider les rôles gestionnaire et soignant en prenant des décisions de gestion qui combinent les deux logiques institutionnelles.

Par ailleurs, le découplage des outils de gestion peut aussi consister en une démarche par laquelle le cadre de santé ne mobilise pas un outil de gestion ou un indicateur prescrit, car il estime que c'est impossible compte tenu de sa charge de travail déjà soutenue. Dans les entretiens menés, plusieurs cadres de santé nous ont indiqué que ponctuellement, ils ont utilisé le portefeuille d'outils de manière non conforme aux prescriptions tout en laissant penser qu'ils se soumettaient aux usages prescrits. Lors d'une conférence de pôle, nous avons ainsi assisté à une présentation d'un bilan social simplifié du pôle animé par un cadre supérieur. Celui-ci, à l'aide du cadre administratif, avait fait une extraction des données des outils CARYOTYPE et AVENIR. Pendant la phase préparatoire, le cadre supérieur et le cadre administratif avaient indiqué avoir beaucoup de mal à accéder aux données et à les extraire car ils indiquaient ne pas du tout utiliser les outils institutionnels dans leur gestion courante du pôle, au motif que ceux-ci étaient perçus comme trop complexes et peu utiles. Pour eux, l'absentéisme était dû aux conditions de travail dégradées liées à l'accueil de patients de plus en plus poly pathologiques d'une part, et à des événements non imputables à l'encadrement d'autre part (longue maladie, nombre élevé de grossesses chez les soignantes, demande de détachement pour suivre une formation, congé parental...) : utiliser les outils d'analyse du portefeuille est donc considéré comme peu utile par certains cadres supérieurs de santé. Toutefois, lors de la conférence de pôle qui avait pour but de donner un aperçu de la situation humaine, soignante et financière du pôle à la direction du CHU TONUS, ces outils (CARYOTYPE et AVENIR) ont été présentés par le cadre supérieur de santé comme « *des supports de travail quotidien pour piloter, voir vraiment où on en est et surtout améliorer toujours l'existant* ». Le recours à cette palette d'outils étant très fortement recommandé par la direction du CHU TONUS, ce cadre supérieur de pôle a probablement mobilisé le découplage afin d'obtenir des ressources et de la considération de la part de la direction en donnant à penser qu'il se conformait aux pressions institutionnelles, tout en n'utilisant pas ces outils dans son management du pôle, les considérant comme peu utiles et inadaptés à son pôle. Ici, le découplage est donc motivé par un motif technique : les outils ne semblent pas permettre aux cadres de santé de mener leur mission comme ils l'entendent.

Ce découplage est parfois également présenté comme étant une liberté du cadre de santé de proximité, ce qui le distinguerait d'ailleurs de la posture de cadre supérieur de santé qui, jugé trop proche de la direction du CHU TONUS, ne pourrait pas se permettre de contourner les pressions institutionnelles.

"On a des injonctions qui tombent le jeudi pour le vendredi, il faut rendre des comptes par la porte ou par la fenêtre. Mais ma cadre sup c'est pire elle a des trucs qu'on lui demande, c'est invraisemblable. Faut arrêter, on a des vies à côté. Nous déjà, on a des injonctions qui sont des fois... mais c'est à notre niveau cadre et à un moment nous on a encore le droit de dire « c'est bon, stop » alors qu'elle, en tant que cadre sup, un peu moins. Et puis, quand je vois des tableaux qu'il faut rendre qui sont uniquement utilisés dans un objectif comptable et financier, et qui n'ont rien à voir avec le soin, je me débrouille pour remplir le minimum, histoire qu'on ne puisse rien me reprocher, mais je ne remplis pas des données pour qu'on vienne me dire après qu'il faut encore réduire la masse salariale de mon équipe de suppléance. Parce que c'est déconnecté de mon travail et c'est prendre des décisions sans lien avec les soins." Cadre de santé 8, Femme, Thorax et Système Nerveux

Ici, le découplage est motivé par un décalage d'ordre culturel entre les considérations du cadre de santé et la teneur des données de gestion demandées par la direction. Jugeant que les données demandées sont uniquement financières et comptables, cette cadre de santé assume recourir au découplage afin de ne pas se mettre en difficulté face à sa hiérarchie tout en défendant la vision du métier de cadre de santé qu'elle envisage comme nécessairement hybride entre les rôles gestionnaire et soignant.

Une variation temporelle semble être à prendre en compte dans l'étude du couplage ou du découplage. En effet, le découplage peut également être observé initialement, tandis que sur le long terme les pratiques concrètes du cadre s'alignent progressivement sur les demandes émanant de la direction.

« Au départ, je refusais l'affectation des IDE et des AS par CARYOTYPE et SAISON. Je me disais que c'était à moi de le faire à la main, parce que le cadre a une connaissance du terrain et il sait quelle infirmière est compétence en soins stériles, quelle autre est plutôt douée pour le relationnel et donc j'affectais les agents comme ça. Sauf que c'est long de faire ça, et que je devais quand même présenter mes plannings à la commission de roulement. Donc je devais rentrer manuellement dans les outils tout ce que j'avais fait à la main. Petit à petit, je n'ai plus eu la force et donc je laisse les outils faire, comme on me le demande. Je n'ai pas renoncé à

m'intéresser aux soins. Je me dis juste que si SAISON affecte pour 8 semaines une infirmière qui ne connaît pas les soins stériles sur un poste d'onco-hémato où tout est stérile, elle va devoir demander à ses collègues et sera mal à l'aise au début, mais à la fin des 8 semaines, elle sera rôdée. Et ça présente un gros avantage : c'est que les agents deviennent multi compétents et de plus en plus inter-remplaçables et à la fin c'est bénéfique tant pour le cadre que pour l'infirmière qui développe ses compétences. » Directeur des soins 2, Homme

Dans ce verbatim, le découplage est mobilisé initialement pour montrer que l'affectation des agents par le portefeuille d'outils de gestion ne répond pas au rôle soignant des cadres de santé, en raison du fait que cela négligerait la prise en compte de l'expérience et des compétences personnelles des professionnels paramédicaux. Puis, au cours du temps, puisque la présentation des roulements auprès de différentes instances nécessite que les outils de conception des roulements de travail soient complétés, le cadre de santé a fini par se lasser de passer du temps à donner des illusions de sa conformité aux pressions. Il reconnaît donc avoir progressivement aligné sa pratique sur les pressions émises par la direction, sans renoncer toutefois à faire valoir son raisonnement soignant. Le cadre de santé affirme ainsi que si l'utilisation de l'outil conduit à affecter un professionnel à un poste de travail pour lequel il est inexpérimenté, alors cette expérience forcée l'obligera à gagner en compétence et donc à devenir performant sur ce poste de travail. De plus, le cadre indique que cet usage du portefeuille conduit l'ensemble de l'équipe paramédicale à acquérir des compétences sur de nombreux postes différents, ce qui augmente la variété des expériences détenues par chacun et facilite ainsi les solutions de remplacement en cas d'absentéisme tout en améliorant l'expertise clinique des paramédicaux. Sur le long terme, le découplage s'estompe donc pour venir relier les rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé.

Ainsi, ces différents résultats indiquent que les cadres de santé recourent ponctuellement au découplage, pour des motifs techniques, politique ou culturel, à travers le portefeuille d'outils de gestion.

2)Le découplage dans le recours au portefeuille d'outils de gestion peut permettre aux cadres de santé d'éviter les conflits, en attribuant une décision à l'outil plutôt qu'à lui même

Dans plusieurs services, nous avons observé que les plannings sont encore établis entièrement manuellement par les cadres de santé, sur des supports papier ou sur un tableur informatique. Ainsi, les contraintes ne sont pas entrées dans le portefeuille pour le laisser ensuite générer un roulement de travail, mais c'est bien le cadre qui affecte les différents agents sur les différents jours du mois. Toutefois, comme cela a été indiqué précédemment, le recours au portefeuille, et singulièrement à PLUME est obligatoire pour déclencher le calcul de la paye d'une part, et car cela constitue une attente explicite de la part du CONTROL et de l'encadrement supérieur paramédical d'autre part. Afin d'afficher une conformité de façade aux pressions qui s'exercent sur eux, ces cadres de santé rentrent seulement *in fine* le planning conçu manuellement dans le portefeuille d'outils de gestion. Au-delà du support de présentation, c'est bien la façon de travailler et de prendre des décisions de gestion qui change. Alors que le choix d'affecter les agents sur les différents postes de travail à différents moments de la semaine a été réalisé personnellement par le cadre, en fonction de considérations managériales, personnelles et soignantes, le découplage qui s'opère via la recopie du planning dans le portefeuille d'outils de gestion permet aux cadres de santé d'éviter des réprimandes de la part de leur hiérarchie. Ce type de découplage, déjà évoqué dans la section précédente, est parfois motivé par un autre objectif : éviter les conflits liés aux plannings avec les membres du CARE.

"En fait je ne travaille que sur le papier. Parce que je change souvent les agents en fonction du feeling, des compétences ou de l'appétence des uns et des autres pour tel profil de patients ou quand je veux remercier quelqu'un d'un service rendu. Typiquement, l'IDE qui me rend service en remplaçant souvent au pied levé sur ses congés ou qui accepte d'être sur 2 unités, je ne vais pas la mettre à travailler 2 week-ends par mois. Elle en aura un et parfois pas du tout. C'est juste que si je ne fais pas ça, ça ne marche pas. C'est de la symétrie. Je ne vais pas mettre non plus une jeune IDE non doublée sur des soins intensifs. Donc je fais mon planning dans mon coin, et à la fin de chaque mois, je reprends le planning papier et je le rentre dans mon logiciel de gestion. Ça passe très bien avec l'équipe parce que si j'ai un agent qui vient se plaindre qu'il a tant de week-end ou trop de soirs, je peux répondre « regardez, ce n'est pas moi c'est l'outil qui a affecté les roulements de travail, donc ne me dites pas que c'est injuste, c'est une machine ! »." Cadre de santé 5, Femme, Médecine Cancer Chirurgie

Les choix faits par la cadre de santé sont présentés à l'équipe comme étant objectifs, puisque l'outil de gestion qui en serait à l'origine est présenté comme neutre. Le découplage est justifié ici par le fait, qu'outre permettre de combiner des préoccupations soignantes (compétences des personnels paramédicaux) et gestionnaires, l'illusion d'objectivité véhiculée par l'outil peut

servir à dépassionner les réactions de l'équipe paramédicale vis-à-vis du cadre. Le découplage est alors utilisé par le cadre de santé pour se dédouaner des choix effectués dans son équipe tout en hybridant les rôles gestionnaire et soignant.

3) **Les cadres de santé peuvent ponctuellement ne pas utiliser les outils du portefeuille de gestion des effectifs**

Une forme extrême de découplage est également observée : le non-usage de certains outils du portefeuille, dont nous ont fait part surtout les cadres de santé qui expriment une absence totale de souhait d'évolution professionnelle. Le non usage se justifie parfois par le fait que l'outil rejeté représente trop fortement un rôle envers lequel ils s'inscrivent en faux. Ainsi, une manager, détachée syndicale au CHU TONUS indique avoir renoncé à remplir des tableaux de bord médico-financier au motif que ceux-ci montraient « *combien l'hôpital perd son âme* ». Elle prend cet exemple pour asséner une vive critique du positionnement des directeurs des soins, accusés de renoncer dans leurs usages du portefeuille à l'exercice de leur rôle soignant au profit exclusif d'un rôle gestionnaire :

« La présentation des outils en réunion de pôle est parlante. Avec les années, on voit que la présentation a changé, les DS [Directeurs des Soins] notamment se targuent de présenter des tableaux de bord et des bilans comptables venus du privé. Mais moi je regarde et j'utilise ces outils pour montrer combien l'hôpital perd son âme. Les DS ne parlent plus de soins. Ce sont les directeurs de rien. Ils sont à la recherche d'une place dans la hiérarchie hospitalière. Ils sont sur une gestion comptable et sont le parfait relais des directives nationales de réduction du coût du soin. On est revenus dans des soins à la tâche. On a oublié l'activité de soin avec un grand S. » Cadre de santé 5, Femme, Psychiatrie

A ce titre, cette cadre de santé refuse d'utiliser les outils permettant d'assurer la gestion comptable et financière d'une équipe paramédicale, au motif que ceci ne respecte pas la vision du métier de cadre de santé qu'elle défend. Le non-usage se justifie donc par des motifs culturels et politiques : la vision financière des situations véhiculée par le portefeuille d'outils est jugée incompatible avec la vision du métier de cadre de santé que souhaite défendre la cadre interrogée.

Conformément à la définition du découplage, nos données font état de situations dans lesquelles les cadres de santé ne modifient pas leurs pratiques managériales conformément aux pressions

institutionnelles émises par le CONTROL, mais ils se contentent de remplir le portefeuille d'outils de gestion avec des données sans suivre les usages prescrits. Selon les situations, le découplage être justifié par des motifs technique, politique ou culturel. Le découplage est utilisé par les cadres de santé pour combiner et relier leurs rôles gestionnaire et soignant, quand ils considèrent que l'usage prescrit les ferait seulement tenir un rôle gestionnaire.

Ces résultats donnent à voir que le découplage prend différentes formes : non-usage des outils de gestion prescrits par la direction ou encore usage détourné. Nous enrichissons donc la typologie des usages de Lux (2013), qui distingue seulement « *le non usage* », en ne rendant pas compte des situations dans lesquels l'outil prescrit est utilisé, mais de manière détournée ou dévoyée. Notre approche décrit donc plus largement les situations observées au CHU TONUS, en les regroupant sous le vocable de découplage. Cet usage de découplage souligne que les cadres de santé peuvent ponctuellement utiliser le portefeuille d'outils de gestion pour hybrider leurs rôles gestionnaire et soignant, ce que ne l'usage prescrit ne leur semble pas leur permettre, tout en donnant des gages de conformité aux usages prévus.

5.2.6. La traduction

TABLEAU 22- CODAGE DES DONNEES DE L'USAGE "TRADUCTION"

Code	Catégorie	Thème	Thème général
Convertir une charge en soins en effectif temps plein requis	Convertir en langage compréhensible par les différents groupes professionnels des données issues du monde paramédical	Traduction	Usages sociopolitiques
Convertir les décisions prises par le cadre en données de gestion incluses dans le portefeuille d'outils			
Chiffrer les recettes issues d'un projet d'activité clinique			
Transformer des décisions prises	Rendre visible, à travers le portefeuille		

intuitivement par le cadre de santé en données compilées dans le portefeuille d'outils	d'outils de gestion, le travail du cadre de santé		
Faire un reporting de son travail			
Elaborer des outils de comparaison charge en soin / effectif paramédical pour objectiver le charge de travail	Donner à voir (aux syndicats) la connaissance fine du terrain par le cadre de santé		
Elaborer des outils de calcul de la charge en soins des patients accueillis			

Enfin, de manière exceptionnelle, les cadres de santé mobilisent les outils de gestion dans une dernière perspective sociopolitique : la traduction. En effet, dans une organisation pluraliste comme l'hôpital, les outils de gestion des effectifs peuvent être analysés comme des instruments permettant de réaliser une traduction, c'est à dire de lier les représentations entre acteurs ayant des visions très différentes afin de servir un objet commun. En effet, les cadres de santé interrogés expliquent que les membres d'autres communautés professionnelles de l'hôpital (CURE mais surtout CONTROL et COMMUNITY) ont du mal à se faire une idée de l'organisation du travail quotidien des paramédicaux dans une unité de soin. Dès lors, les outils de gestion peuvent, dans de rares occasions spécifiques, être utilisés par les cadres paramédicaux afin de réaliser de la traduction, qui prend plusieurs formes dans les données qui nous avons recueillies.

1) **Le portefeuille d'outils de gestion peut être utilisé pour convertir en langage compréhensible par les différents groupes professionnels des données issues du monde du CARE**

Tout d'abord, les cadres de santé peuvent utiliser les outils de gestion pour traduire la réalité de leur unité dans un langage compréhensible par les médecins. En effet, dans le cadre de la création d'une nouvelle activité médicale, il importe qu'une véritable convergence médico-soignante se mette en place entre le cadre soignant de pôle et le médecin chef de pôle afin d'optimiser les chances que le projet soit accepté par la direction.

"Quand il faut 8,65 IDE, les chefs de pôle demandent parfois 8 ETP [Equivalent Temps Plein] à la direction ou à l'ARS pour être plus surs de l'avoir. Les cadres doivent se débrouiller après... mais ça ne marche pas dans les faits. L'outil permet de montrer aux médecins chefs de pôle que ça ne marche pas de faire des arrondis comme ça. On essaye d'arrêter de faire ça. Le DRH fait confiance à l'outil maintenant, donc on passe que par ça, tant pour expliquer aux médecins que 0,65 ETP en moins ça veut dire qu'il manque une infirmière certains jours de la semaine, que pour justifier auprès de la DRH pourquoi on a besoin d'autant d'IDE et qu'on ne peut pas passer par des AS comme la direction nous y encourage pour des raisons budgétaires."
Cadre supérieur de santé 1, Homme, Mission transversale

Le verbatim met en avant le fait que, dans un contexte très spécifique de création d'activité, le portefeuille d'outils de gestion est utilisé par les cadres de santé comme un vecteur de communication permettant de dialoguer avec des acteurs issus de groupes professionnels très différents. Ainsi, le portefeuille permet de faire comprendre des besoins soignants aux administratifs et exprime des considérations gestionnaires dans un langage compréhensible par les médecins.

De plus, la traduction est aussi décrite par les cadres de santé comme un usage nécessaire pour obtenir des ressources supplémentaires auprès de la direction et des financeurs afin d'améliorer les conditions de travail des soignants et d'accroître la qualité des soins.

"C'est ma cheffe [la cadre supérieure du pôle] qui va, lors de ce qu'on appelle des RGP [Réunions Générales de Pôle], négocier le nombre de mensualités par rapport au nombre d'arrêts qu'on a, au nombre de postes vacants et aux spécificités des soins et des patients accueillis. Elle fait une extraction avec la cheffe du bureau du personnel, elles mettent en corrélation PLUME et leurs données RH et elles voient si c'est cohérent. Avec ça elle estime le

nombre de mensualités qu'il nous faut pour pouvoir fonctionner. Donc c'est ça son travail, c'est d'exprimer par un nombre de postes tous les besoins qu'on a pour prendre en charge les patients dans des bonnes conditions et pour faire progresser les soins." Cadre de santé 8, Femme, Thorax et Système nerveux

"L'outil permet d'avoir un partage de l'information et aussi un vocabulaire commun entre les cadres et l'administration. [...]si les cadres ne se saisissent pas de tout ce vocabulaire pour exprimer leur quotidien, ils ne pourront jamais obtenir de moyens supplémentaires car pour qu'un directeur d'hôpital ou que l'ARS lâche des sous, il faut arriver à leur faire comprendre le besoin et pourquoi c'est justifié, à partir de données fiables qu'ils comprennent. [...] Parce que faut pas se mentir, les directeurs ont un a priori quand on présente un projet. Bah oui c'est un infirmier chef qui parle. Si on montre qu'on maîtrise parfaitement les outils, on arrive à leur décrire notre situation et nos besoins de manière fiable... avec les outils et les données qu'ils connaissent, et on change de perception à leur yeux " Cadre supérieur de santé 1, Homme, Mission transversale

" On arrive, quand on maîtrise très bien LUMIERE et SAISON, à les utiliser pour ce que j'appelle faire l'interprète : trouver un langage, à partir de ces outils, qui permettent aux administratifs, aux tutelles à qui on rend compte, de comprendre concrètement comment on fonctionne, à quoi sont affectés les paramédicaux qu'on a, et comment l'activité que l'on développe, qui par ailleurs est rentable à tel niveau, nécessite tel effectif supplémentaire. " Cadre supérieure de santé 5, Homme, Gérontologie

Ces extraits d'entretien indiquent que la traduction intervient dans des contextes rares (réunions annuelles de pôle, création d'un nouveau projet potentiel...) afin d'envoyer un signal aux autres groupes professionnels de l'hôpital et de transformer le contexte dans lequel est perçu le pôle ou l'unité : la traduction est donc un usage sociopolitique du portefeuille d'outils. Cet usage de traduction des outils de gestion donne la possibilité aux cadres de santé de se faire mieux comprendre par les personnels administratifs (CONTROL), par les médecins (CURE) ou encore par les autorités de tutelle et les financeurs (COMMUNITY). Ces résultats indiquent que le portefeuille peut permettre de faire de la traduction, soit exprimer sous la forme d'indicateurs gestionnaires les besoins en personnel que les cadres de santé estiment nécessaires compte tenu du nombre et de la typologie de patients accueillis.

2) Le portefeuille d'outils de gestion peut permettre aux cadres de santé de rendre visible leur travail auprès des différents groupes professionnels de l'hôpital

Par ailleurs, dans de rares cas, les cadres de santé peuvent également réaliser une traduction pour donner à voir le travail qu'ils ont réalisé à des acteurs variés. Nous avons observé cet usage, en particulier quand un cadre chargé d'une mission transversale (qualité, appui à la gestion des ressources humaines ou en charge de l'équipe de suppléance) est mis en cause par ses collègues cadres du pôle qui lui reprochent d'avoir une charge de travail inférieure à la leur. Dans ces situations, recourir au portefeuille d'outils permet au manager de mettre en avant toute l'étendue de ses actions et l'importance de son travail. Dans notre recherche, nos observations indiquent que ce sont principalement les cadres de santé en charge de la suppléance du pôle dont les collègues ont du mal à mesurer le travail et l'ampleur des missions. N'ayant pas la supervision d'un service physique, dont les projets par exemple peuvent permettre de communiquer sur leur travail, ces cadres chargés de la suppléance mobilisent le portefeuille d'outil de gestion pour traduire et faire connaître tout le spectre de leur travail.

"C'est vraiment une distribution de la suppléance c'est-à-dire que tout le monde voit à qui j'ai affecté. Concrètement, je mets à jour PLUME bien sûr, mais je montre aussi sur CARYOTYPE où chacun des agents de mon équipe est affecté. Pareil pour AVENIR, je mets à la disposition de tous mes collègues cadres du pôle AVENIR, pour qu'ils voient que contrairement à une légende urbaine, non mes agents n'ont pas des conditions ultra privilégiées, mais qu'ils font aussi des week-end, des matins, des après-midi et des nuits. C'est indispensable puisque vu le pôle qu'on a, tout le monde doit avoir accès à ça. Quand j'ai réparti l'équipe de suppléance, je dis à mes collègues cadres « voilà c'est fait », elles regardent les outils et elles voient ce que je leur ai attribué et aussi ce que je ne leur ai pas attribué. Et mes agents ont le même visu, ils savent où ils vont. Donc ce n'est pas fréquent du tout, mais quand je sens qu'on se demande un peu ce que je fais de mes journées, je mets tout ça à disposition. Ça montre le travail d'arbitrage que j'ai à faire en permanence, parce que moi je dois aller voir dans le détail la situation de toutes les unités, j'épluche PLUME, CARYOTYPE et AVENIR de tous mes collègues cadres pour voir qui a le plus besoin. Et non, ce n'est pas que de la répartition à l'aveugle qu'un cadre administratif pourrait faire, car on me l'a sorti ça. On est sur des services très variés dans le pôle, et donc je sais que telle IDE elle a des compétences en plaie et cicatrisation donc que je peux la mettre là. Sinon, je vais avoir des plaintes des médecins qui vont me dire que les plaies

ne sont pas belles car l'infirmier que j'ai positionné en suppléance ne sait pas déterger. Idem sur de l'hospit[alisation] conventionnelle de néphro[logie], il faut une grosse compétence en éducation thérapeutique. Quant à gérer la liste d'attente des greffes, c'est hyper spécifique aussi donc je dois réfléchir à qui je mets où, c'est une vraie réflexion soignante. Y a moins ce travail-là à faire pour les AS, qu'on peut placer un peu partout dans le pôle. Après il y a aussi le côté relationnel, le but c'est que la suppléance soit un vrai renfort pour l'équipe, donc je cherche aussi à placer des agents sur des équipes qu'ils apprécient pour qu'il y ait une bonne coopération entre eux et que ce soit un pari gagnant" Cadre de santé 12, Homme, Médecine et médicotechnique

Ainsi, les cadres de santé, en particulier ceux chargés de l'équipe de suppléance, peuvent être amenés, en de rares occasions, à utiliser le portefeuille d'outils de gestion pour traduire leur travail et pour donner à voir l'étendue de leurs missions à leurs collègues cadres. De surcroît, la traduction faite par le cadre chargé de l'équipe de suppléance permet de souligner qu'il incarne à la fois un rôle gestionnaire, en affectant les agents dans les unités qui le nécessitent le plus eu égard aux besoins en effectifs de chaque service renseignés dans le portefeuille d'outils, mais aussi un rôle soignant, puisque la répartition de la suppléance entre les différents services est faite à l'aune des compétences de chacun comparativement aux besoins des patients et aux soins à mettre en œuvre. La traduction réalisée par le cadre de santé à travers le portefeuille d'outils de gestion permet de faire savoir à ses collègues qu'il effectue un travail minutieux qui lui impose d'hybrider ses rôles gestionnaire et soignant

3) Le portefeuille d'outils de gestion peut être un moyen pour les cadres paramédicaux de traduire aux autres groupes professionnels leur connaissance fine du terrain

De plus, les outils de gestion des effectifs sont parfois utilisés par les cadres de santé pour réaliser une traduction destinée aux organisations syndicales afin de leur faire savoir que les cadres maîtrisent parfaitement la situation dans leur unité et maîtrisent tant les conditions de travail des salariés que la qualité des soins.

Ainsi, lorsqu'une revendication est émise par un syndicat quant à une charge de travail excessive dans une unité par exemple, le cadre de santé peut se saisir des outils de gestion des effectifs pour exprimer, sous une forme compréhensible par des non gestionnaires, des indicateurs

prouvant le niveau d'activité du service comparativement à l'effectif paramédical présent. Le verbatim qui suit explique que cette traduction, initialement mobilisée à destination d'un syndicat, peut aussi être utilisé vis à vis des membres du CURE et du CARE.

«[à propos d'un outil d'évaluation de la charge en soin conçu par le CS] *Un jour il y a un syndicaliste qui a débarqué dans mon bureau en me disant « oui, il y a une charge importante, qu'est-ce que vous faites ? », « ben, regardez j'ai des belles courbes qui montre que je maîtrise parfaitement ce qui se passe dans mon unité et que je connais aussi la situation des autres unités du pôle ». Et donc c'est une forme de tiers médiateur dans la relation aussi bien avec les équipes paramédicales que l'équipe médicale, en gros ce n'est pas moi qui dis que la situation est ainsi et que par rapport aux autres unités du pôle c'est comparable. C'est les outils qu'on a à disposition qui rendent cette idée compréhensible par tous, c'est beaucoup mieux accepté.*»

Cadre de santé 9, Homme, Médecine Physique et de Réadaptation

La traduction est donc un usage sociopolitique rare du portefeuille d'outils de gestion, par lequel les cadres de santé utilisent le portefeuille pour représenter la situation de leur unité dans un langage compréhensible par les différents groupes professionnels. La traduction permet aussi de rendre visible le travail des cadres paramédicaux et de structurer l'information de manière à faire apparaître que les cadres de santé respectent tant les attentes gestionnaires que soignantes dans leur management.

Ce résultat constitue une avancée par rapport à la littérature relative au sujet. Lux (2013) n'inclue en effet pas la traduction dans sa typologie des usages des outils de gestion dans le secteur médico-social, alors que cet usage, bien que rare, est fondamental dans une organisation pluraliste dans laquelle faire comprendre aux autres groupes professionnels son travail et véhiculer les logiques institutionnelles que l'on défend est crucial. Parmi les quatre rôles des managers publics, Desmarais (2003) fait figurer la traduction comme une mission structurante. Nos résultats mettent donc en cohérence les travaux relatifs aux rôles des managers publics avec la typologie des usages des outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital public.

La légitimation, le découplage et la traduction sont trois usages du portefeuille d'outils de gestion qui partagent la caractéristique de ne pas être focalisés vers le seul groupe du CARE, mais au contraire d'engager un dialogue avec des acteurs issus de groupes variés tels que le CURE, le CONTROL et la COMMUNITY. Ainsi, ces trois usages du portefeuille d'outils

de gestion sortent du périmètre sur lequel les cadres de santé exercent une autorité hiérarchique et envisagent de dialoguer avec différents acteurs impliqués dans l'hôpital et qui échappent à leur autorité. Ces usages de légitimation, de découplage et de traduction réalisés par les cadres de santé à l'aide du portefeuille d'outils de gestion correspondent à des usages plutôt tacites, au sens où ils ne sont pas nécessairement assumés ou revendiqués par leurs utilisateurs, notamment parce qu'ils s'éloignent des usages pensés par le concepteur des outils. Nous qualifions ces usages de sociopolitiques, puisqu'ils s'exercent dans un espace de discussion large et qu'ils correspondent à des usages non prescrits du portefeuille d'outils qui ont pour finalité de défendre une position. Ces usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion sont mis en œuvre par les cadres de santé dans des espaces de discussion ouverts aux différents groupes d'acteurs de l'hôpital.

CONCLUSION DE LA SECTION

Il a été montré que les outils de gestion font l'objet d'usages divers, en fonction des utilisateurs, des contextes et de la fréquence.

La cartographie des usages des outils de gestion que nous avons réalisée classe les usages selon leur fréquence tout en distinguant les usages instrumentaux et sociopolitiques.

Tout d'abord, nous mettons en évidence trois usages instrumentaux des outils de gestion : ce sont des usages prescrits, conformes aux usages prévus par le concepteur des outils et qui s'exercent uniquement sur les structures et les acteurs sur lesquels les cadres de santé ont un contrôle hiérarchique et fonctionnel.

De façon très fréquente (plusieurs fois par jour), les encadrants paramédicaux mobilisent les outils de gestion pour du **pilotage**. Pour les cadres de santé, cela consiste à gérer l'absentéisme, le présentéisme et les remplacements nécessaires chaque jour. Pour les cadres

supérieurs, le pilotage se résume plutôt à mettre à jour CARYOTYPE, base de données interactive qui recense l'ensemble des personnels paramédicaux d'un pôle en les associant à leur affectation réelle (poste de travail, départ à la retraite, congé pour formation...). Les cadres de santé incarnent leur rôle gestionnaire en pilotant leur équipe et les plannings au moyen du portefeuille d'outils de gestion, puisqu'ils affectent des personnels sur différents postes de travail en respectant des contraintes budgétaires (respect d'un effectif théorique maximal prévu dans la maquette des différents services et remplacement à hauteur de 65% maximum de l'absentéisme inopiné afin de réduire le budget dévolu au remplacement).

De façon ponctuelle, les outils de gestion sont utilisés pour de la prévision / prospective. En effet, à l'occasion d'une réorganisation, lors d'un pic d'absentéisme très marqué ou à l'occasion d'un projet de création d'une nouvelle activité médico-soignante, les outils de gestion sont utilisés afin d'obtenir une estimation des effectifs nécessaires ou encore des compétences à développer chez les paramédicaux. La prévision est un usage attendu des cadres de santé, qui font ainsi fonctionner les services avec un effectif soignant imposé par la direction (et parfois par la loi pour certains services réglementés) tout en anticipant un absentéisme élevé en trouvant des solutions peu coûteuses, telles que la mutualisation de personnel, l'auto-remplacement ou encore le recours à l'équipe de suppléance.

Enfin, lors d'occasions exceptionnelles, les outils de gestion sont mobilisés afin de réaliser une évaluation d'une situation, de l'équité des plannings ou encore du travail d'acteur. Lorsque qu'un cadre supérieur évalue le travail d'un cadre de santé qui lui est subordonné ou lorsque le portefeuille est utilisé pour évaluer la dotation en ressources humaines d'un pôle comparativement à des pôles aux flux de patients et aux activités de soins comparables, on parle d'usages d'évaluation externes, dans la mesure où ces usages sont mis en œuvre en prenant compte de considérations variées et d'acteurs protéiformes. Lorsque l'usage d'évaluation est interne, par exemple lorsqu'il consiste uniquement à vérifier que l'attribution des postes de travail est équitable au cours de l'année entre les paramédicaux, alors le cadre de santé met en œuvre des missions majoritairement gestionnaires à travers son recours au portefeuille.

De surcroît, les outils de gestion sont aussi utilisés pour des usages sociopolitiques, c'est-à-dire des usages non prescrits du portefeuille d'outils qui ont pour objectif de défendre une position au sein d'un espace de discussion ouvert à des acteurs issus des différents groupes de l'hôpital.

Au quotidien, les cadres de santé utilisent les outils de gestion pour construire une légitimité, soit auprès de leur équipe, soit auprès de leurs collègues cadres de santé, de leur supérieur hiérarchique, des médecins ou encore auprès de la direction de l'hôpital. Le portefeuille d'outils de gestion permet de construire la légitimité des cadres, c'est-à-dire de donner à voir qu'ils se conforment aux attentes qui pèsent sur eux.

De façon ponctuelle, les outils de gestion sont utilisés par les cadres de santé dans une optique du découplage. Ainsi, les outils de gestion ne sont pas utilisés par les cadres de santé selon les modalités fixées par la direction tout en donnant des gages, factices, de conformité aux usages prescrits. Nos résultats font apparaître une forme extrême de découplage : le non usage. Le découplage est justifié par les cadres de santé pour des motifs techniques, culturels ou politiques et leur permet d'incarner vis-à-vis des différents groupes d'acteurs de l'hôpital des missions plurielles

Enfin, de manière exceptionnelle, les cadres de santé utilisent les outils de gestion pour assurer une traduction, c'est-à-dire donner à voir une présentation d'une situation à des destinataires qui ne sont pas soignants ou non gestionnaires. Ainsi, lors de conférence de pôle par exemple, les outils de gestion sont utilisés par les cadres de santé pour expliquer le fonctionnement d'une unité soignante à des administratifs, à des organisations syndicales ou encore aux équipes médicales et paramédicales. L'usage de traduction, par essence déployé dans un espace de discussion rassemblant des acteurs divers, oblige les cadres de santé à satisfaire les attentes des différents groupes professionnels tout en s'exprimant dans un langage compréhensible par tous.

. Les usages sociopolitiques s'inscrivent dans des espaces de discussion impliquant différents groupes professionnels de l'hôpital. Ces résultats invitent à dépasser la typologie de Lux (2013) en introduisant l'usage de traduction, non évoqué par cet auteur, ce qui met en

conformité les travaux relatifs aux rôles des managers publics (Desmarais, 2003) avec l'étude des usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital public.

TABLEAU 23- SYNTHÈSE DES USAGES DU PORTEFEUILLE D'OUTILS DE GESTION PAR LES CADRES DE SANTÉ À L'HÔPITAL PUBLIC

		Type d'usage de l'outil de gestion	
		Politique	Instrumental
Fréquence de l'usage	Quotidien	Légitimation	Pilotage quotidien
	Ponctuel	Découplage	Prévision / Prospective
	Rare	Traduction	Evaluation

5.3. Les usages du portefeuille d'outils de gestion : des moyens pour les cadres de tenir leur(s) rôle(s) en répondant aux pressions tout en faisant valoir leur marge de liberté

Les différents verbatim recueillis lors de cette recherche mettent en lumière la tension qui existe entre les deux rôles dévolus aux cadres de santé, en distinguant le rôle gestionnaire et le rôle soignant de ces acteurs. Nos résultats mettent en lumière que les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé les conduisent soit à incarner le seul rôle gestionnaire, soit à hybrider leurs rôles gestionnaire et soignant.

5.3.1. Des usages du portefeuille d'outils de gestion au service du rôle gestionnaire des cadres

Tout d'abord, nos résultats pointent le fait que dans certaines situations, le portefeuille d'outils de gestion peut être utilisé par les cadres de santé pour incarner leur rôle gestionnaire, en gérant l'équipe de manière à en maîtriser la masse salariale et à optimiser la performance médico-financière de l'unité. Ainsi, le verbatim suivant, dont il faut considérer le fait qu'il émane d'une cadre de santé détachée pour exercer une mission de représentante syndicale, considère que le seul rôle attendu d'un cadre de santé à l'hôpital public aujourd'hui est un rôle gestionnaire.

« Aujourd'hui, il est attendu une seule chose du cadre : qu'il soit le fidèle exécutant de plans incessants de réorganisation et de restriction budgétaire. Ce n'est même plus du lean, c'est la diminution incessante des budgets et des effectifs, en augmentant toujours plus le nombre de patients qu'il faut soigner avec de moins en moins de personnel. Quand on voit les extractions d'outils comme AVENIR, SAISON, LUMIERE ... On ne voit plus d'infirmière, d'aide-soignante ou d'agent de service, on voit que des euros. Combien les patients rapportent ? Combien coûte l'équipe ? C'est ce qu'on demande aux cadres de faire avec ces outils : faire tourner la machine, piloter le service pour qu'il rapporte plus qu'il ne coûte. L'hôpital public est devenu fou et on demande aux cadres de santé de mettre en place cette folie dans leur équipe au quotidien. Et beaucoup hélas le font, ils prévoient comment ils peuvent réduire un poste ce jour-là, ils pilotent à vue pour voir si le service va quand même tourner ou si là, vraiment il faut demander du renfort car il y a trop d'absentéisme. » Cadre de santé 5, Femme, Psychiatrie

Cet extrait insiste sur le fait que les cadres de santé exercent majoritairement, si ce n'est exclusivement, un rôle gestionnaire et qu'ils incarnent ce rôle à travers le portefeuille d'outils de gestion des effectifs qu'ils utilisent afin de réduire la masse salariale paramédicale. Ainsi, le

verbatim précédent fait apparaître que le portefeuille d'outils de gestion est utilisé pour assurer du pilotage quotidien et de la prévision de manière à assurer le rôle gestionnaire des cadres. D'autres données font état du fait que cette prédominance, voire l'exclusivité, du rôle gestionnaire n'est pas l'apanage des cadres de santé, mais qu'ils concernent aussi les cadres supérieurs paramédicaux et les directeurs des soins.

« J'entends souvent des cadres ambitieux qui demandent ce qu'il faut faire pour devenir directeur des soins. Je dirais sans hésiter avoir un positionnement adapté, assumer d'être manager et d'entrer si besoin en opposition avec l'équipe paramédicale ou les médecins. Je dirais de la loyauté envers l'institution, ce qui signifie assumer les règles fixées par la direction comme le remplacement à hauteur de 65% de l'absentéisme inopiné ou encore le respect du budget maximal de remplacement. Et enfin, et je dirais même principalement, celui que l'on voit devenir directeur des soins, c'est avant tout le cadre qui comprend le fonctionnement budgétaire d'un pôle, qui tient son budget et qui améliore la performance de son pôle ou de son service. Enfin c'est le nerf de la guerre l'argent, qu'on le veuille ou pas. Donc une maîtrise experte des outils comme PLUME, AVENIR, et SAISON est indispensable pour gérer le quotidien de manière efficiente et aussi pour faire de l'anticipation des difficultés RH pour ne pas les subir. Ça veut dire qu'il faut que le cadre sache combien lui coûte de demander un agent de la suppléance, où il en est dans la consommation de ses mensualités de remplacement et quel budget de remplacement il lui restera s'il fait le choix de demander un renfort. Et donc il faut avoir fait ses preuves en ayant géré au cordeau les services que vous avez piloté. »

Directrice des soins 1, Femme

Cet entretien confirme le fait que, selon la directrice des soins interrogée, les cadres de santé qui présenteraient un profil adapté à l'évolution vers un poste de directeur des soins sont ceux qui développent avant tout leur rôle gestionnaire. Il est mentionné que la pleine maîtrise du portefeuille d'outils de gestion, et en particulier de ceux permettant une évaluation financière de la gestion d'équipe, est indispensable. Là encore, le verbatim donne à voir que le recours au portefeuille d'outils de gestion, pour du pilotage et de la prévision, fait incarner aux cadres de santé un rôle gestionnaire. Ils utilisent pour incarner le rôle gestionnaire les fonctionnalités du portefeuille qui permettent de produire une évaluation financière des décisions de gestion prises.

« Etre cadre sup, moi je le vois avec la mienne, c'est avant tout tenir les cordons de la bourse. Ma cadre sup à une connaissance parfaite du financement des pôles et elle arrive à voir, dans nos décisions quotidiennes, ce qui fait sortir du cadre budgétaire prévu et ce qui fait économiser de la masse salariale. En même temps elle est directement responsable auprès de la direction du budget paramédical du pôle donc il n'y a pas le choix. Et puis surtout quand vous voulez devenir directeur des soins, il n'y a pas le choix, il faut assumer de jouer le méchant et de faire des économies, c'est même exclusivement ce qu'on attend de vous dans ces cas-là. » Cadre de santé 13, Biologie, 12 ans

« Au contraire, la transparence faite avec la diffusion des outils de vision des effectifs, ça invite le cadre sup à prendre toute sa responsabilité dans la gestion RH, et notamment la gestion budgétaire. Avec ces outils, on fait comprendre aux cadres que la RH c'est un trésor qui coûte très cher, et qu'il faut vraiment en optimiser l'utilisation. Et de gérer au plus près des besoins au quotidien. Quand y a besoin, y a besoin. Mais quand il n'y a pas besoin, c'est l'occasion soit de donner des congés soit autre chose, il faut une rigueur dans le pilotage au quotidien des plannings. Et puis, quand mes cadres viennent me voir pour une situation tendue, très souvent il y avait des signes que ça allait se tendre et ils n'ont rien fait à temps. Enfin, gérer c'est prévoir, il faut aussi anticiper le plus possible les congés annuels, les pics épidémiques pour trouver des renforts peu couteux comme l'équipe de suppléance, l'auto remplacement etc. Quand ils attendent, il n'y a que des solutions couteuses qui restent disponibles. » Cadre supérieure de santé 2, Femme

Les verbatim mettent en avant l'expertise dans le maniement des outils de gestion des effectifs qu'il est nécessaire de détenir afin d'incarner la fonction de cadre supérieur de santé.

Globalement, quel que soit le niveau hiérarchique des cadres paramédicaux, ces résultats soulignent le fait que le portefeuille d'outils de gestion, peut permettre aux cadres de santé d'incarner un rôle gestionnaire à travers les usages de pilotage quotidien et la prévision. Pour exercer leur rôle gestionnaire, les cadres de santé mobilisent les fonctionnalités du portefeuille qui ont été conçues afin de permettre une évaluation financière des décisions de gestion.

5.3.2. Des usages du portefeuille d'outils de gestion au service de l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé

Les résultats de cette recherche mettent aussi en lumière le fait que les usages du portefeuille d'outils de gestion peuvent servir aux cadres de santé à relier leurs rôles gestionnaire et soignant, de manière à concilier les deux approches et à prendre des décisions de gestion qui incarnent l'hybridation de leurs rôles.

Ainsi, si le planning constitue une attente forte de la part des paramédicaux à l'égard des cadres de santé, nos résultats montrent que recourir au portefeuille d'outils de gestion pour préparer des plannings équitables, et donc incarner le rôle gestionnaire du cadre de santé, n'est qu'un préalable à l'exercice de son rôle soignant.

"Clairement lorsque le planning n'est pas bien fait, c'est là qu'il y a des problèmes avec l'équipe paramédicale. Ça occupe la majorité de notre temps, et le cadre sup ne vient pas aider quand y a des problèmes. Un problème de planning ça peut vite monter en tension avec une équipe, surtout si vous demandez à un agent de revenir travailler sur ses congés parce qu'il y a des absences à remplacer. Concrètement ça arrive tout le temps, mais c'est très conflictuel. Si en plus vous demandez que l'agent revienne un mercredi ou un week-end, là ça peut être ... compliqué. J'utilise beaucoup les fonctionnalités de PHARE qui me permettent de regarder l'équité de mes plannings. Combien de soirs, combien de mercredi, combien de week-ends ont été faits par tel agent depuis 2 mois. Et je communique ça, de façon simplifiée car ils ne sont pas habitués à manier les tableaux sur PLUME et AVENIR, mais je le communique à l'équipe ou je l'affiche pour montrer que je fais le job de manière à garantir l'équité entre eux. Sinon, vous êtes sûr que s'il y a un déséquilibre entre les infirmiers, ils vont s'en rendre compte et le ressentir comme une injustice. Et là, vous pouvez plus travailler sur de la qualité, du questionnement de soins ou quoi que ce soit d'autre, c'est fini ils ne coopéreront plus. " Cadre de santé 4, Psychiatrie, Femme

Dans ses propos, ce cadre de santé met en avant le fait que les outils de gestion permettent d'assurer une équité dans l'attribution des roulements de travail entre les différents membres de l'équipe paramédicale, ce qui est présenté ici comme un préalable à l'exercice du rôle soignant du cadre de santé. La cadre de santé indique utiliser sélectivement un outil du portefeuille (Phare en l'occurrence) afin de l'aider à confectionner des plannings qui assurent l'équité au sein de l'équipe paramédicale dans la répartition des affectations de jour, de nuit, de

semaine et de week-end. Ainsi, la cadre de santé sollicite un outil du portefeuille afin d'en extraire des données, qu'elle simplifie afin de rendre compte auprès de l'équipe du soin qu'elle apporte à l'équité dans la confection du planning. Cet usage de traduction, puisqu'il nécessite de présenter de façon simplifiée des données de gestion à des professionnels non gestionnaires, est mis en œuvre au service du renforcement de la légitimité de la cadre de santé : « *pour montrer que je fais le job de manière à garantir l'équité entre eux* ». Ainsi, ce résultat confirme que le portefeuille d'outils de gestion, à travers les usages de traduction et de légitimation, peut permettre aux cadres de santé d'incarner aussi un rôle soignant en levant les récriminations de l'équipe liées aux plannings. Ainsi, utiliser le portefeuille d'outils pour montrer à l'équipe paramédicale que le cadre de santé exerce son rôle gestionnaire en étant attentif à chacun permet de créer un climat propice à la conduite de missions liées à l'amélioration de la qualité des soins. Ce résultat donne à voir que le rôle soignant ne peut pas s'exercer à travers le portefeuille d'outils de gestion des effectifs sans que le rôle gestionnaire soit également incarné. C'est bien le fait d'avoir donné des gages du soin avec lequel le rôle gestionnaire est exercé par le cadre de santé qu'il peut utiliser le portefeuille d'outils de gestion pour incarner son rôle soignant. Ce résultat permet de comprendre que les usages de traduction et de légitimation du portefeuille d'outils peuvent relier et transformer les rôles gestionnaire et soignant du cadre de santé.

Les situations invitant les managers à hybrider leurs rôles gestionnaire et soignant à travers le portefeuille d'outils de gestion varient selon le niveau hiérarchique du cadre paramédical. Ainsi, les cadres de santé en charge d'une unité sont occupés principalement à faire en sorte que les effectifs paramédicaux requis (par la loi ou par les préconisations du CHU TONUS) soient présents à tout moment dans leur unité, ce qui suppose d'être réactifs pour remplacer les absences, inopinées ou prévisibles, de court ou de long terme des agents, et de mettre à profit leur expertise clinique pour prioriser les remplacements selon deux approches : quantitative et qualitative. D'une part, les cadres de santé, lorsqu'ils utilisent le portefeuille d'outils pour gérer l'absentéisme (rôle gestionnaire), incarnent également leur rôle soignant puisqu'ils mobilisent leur expérience clinique préalable pour prioriser les postes de travail sur lesquels il faut pallier l'absentéisme en priorité.

« Il y a des services où tu ne peux pas mutualiser ou fonctionner à N-1. Clairement... la réalité c'est 2 infirmiers pour 5 lits ouverts et 1 aide-soignant pour 4 lits ouverts... Voilà y a les soins

intensifs aussi, on doit être à 1 IDE pour 4 lits ouverts. En soins intensifs pédiatriques, tu dois avoir au moins 1 puéricultrice dans l'équipe de réa ou de soins intensifs. Tout ça c'est la loi qui le dit donc t'as pas le choix. Et du point de vue de l'infirmier que je suis, c'est évident que 2 IDE pour 5 patients en réa, je m'en souviens, et clairement ce n'est pas du luxe. Et j'y pense quand j'affecte les IDE, je vois très bien qu'ils ne sont pas en surnombre et que c'est déjà limite 2 pour 5. Mais avant quand j'étais en hospitalisation conventionnelle c'était pareil, je réfléchissais à la chaîne des soins et je regardais quel poste pouvait ne pas être remplacé pour un jour ou deux, et quel poste était incontournable et devait être remplacé absolument. » Cadre de santé 17, Homme, Réanimation, 12 ans

« Quand j'étais cadre en néonatalogie, je n'étais pas la bonne élève côté budget de remplacement, et ma hiérarchie me l'a reproché. Mais j'ai travaillé plus de dix ans comme infirmière puéricultrice là-bas, et je sais combien les états des préma[turés] sont instables. Ils peuvent se dégrader à tout moment. Il y a des soins techniques lourds, mais aussi tous les soins de confort et les soins relationnels avec l'équipe, le bébé et les parents. Donc clairement, j'ai remplacé quasi à 100% l'absentéisme infirmier en néonat[ologie], et oui j'ai fait appel souvent à de l'intérim. Mais parce que mon expérience de terrain m'empêchait de faire autrement. Quand vous êtes en service de médecine, qu'il manque une IDE de coordo, une IDE d'annonce ou une ASHQ, ça n'a rien à voir, et on peut fonctionner temporairement sans. Tout ça, CARYOTYPE et AVENIR ne vous le disent pas. C'est pour ça qu'il faut évidemment que les managers des services hospitaliers demeurent des cadres de santé, et si possible qui ont une expérience infirmière dans la spécialité où ils travaillent. Oui, c'est mieux que la cadre de réa ait été IADE [Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat] et que celle du bloc ait été IBODE [Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat]. C'est pareil en pédiatrie et ailleurs, la légitimité est toujours renforcée quand on est issue de la spécialité. » Cadre de santé 19, Pédiatrie, 17 ans

Ces deux extraits insistent sur le fait que, dans leur gestion de l'absentéisme et dans l'exercice de leur rôle gestionnaire, les cadres de santé utilisent le portefeuille d'outils pour effectuer des actes de gestion au regard de leur expérience clinique. Ils mobilisent donc leur rôle soignant pour évaluer, compte tenu de leur expérience de terrain, la nécessité de remplacer un professionnel paramédical absent ou bien la possibilité de faire fonctionner le service sans le remplacer et sans mettre en danger les patients. L'exercice du rôle gestionnaire à travers le portefeuille d'outils est donc irrigué par le rôle soignant des cadres de santé : les deux rôles sont donc reliés afin d'aboutir à des décisions de gestion qui hybrident les deux dimensions.

D'autre part, les cadres de santé de proximité doivent également respecter des contraintes qualitatives dans leur gestion des effectifs paramédicaux, en particulier pour les infirmiers.

« Pour les aides-soignants, sauf exception, ce n'est pas un sujet. On peut déplacer un AS d'un service à un autre, surtout qu'on reste dans le même pôle. Ce n'est pas forcément satisfaisant pour l'AS en question, mais pour l'équipe et le patient ça ne changera rien. Pour les IDE, là c'est différent. Une IDE de réa[nimation], tu ne peux pas la remplacer par quelqu'un d'autre qu'une IDE qui a fait récemment des soins intensifs ou de la réa. En onco[logie], il faut absolument que l'IDE que tu positionnes en remplacement soit formé et habitué aux soins stériles, à préparer les chimios sous hotte ... Donc là c'est un casse-tête car quand tu places une IDE formée à l'onco[logie], tu la retires d'ailleurs. Et donc tu crées un trou, qu'il faudra lui-même combler en faisant gaffe à ce que le remplaçant ait les compétences requises pour le poste. Enfin c'est infernal... » Cadre de santé 18, Femme, Médecine, 20 ans

« On est en psychiatrie, il y a donc des compétences très spécifiques selon les IDE. Il faut vérifier qu'il y ait à tout moment dans l'équipe infirmière quelqu'un qui sache faire les soins techniques comme les sondes d'alimentation pour les patients anorexiques, mais aussi tous les soins psychiques : entretiens infirmiers, ateliers thérapeutiques, sophrologie, relaxation, thérapie comportementale... Donc le travail de composition des plannings, c'est pas du tout je clique au hasard sur les lignes dans CARYOTYPE et AVENIR. Au contraire, c'est mobiliser sa connaissance des patients accueillis, des soins nécessaires et des compétences de l'équipe pour essayer d'affecter le bon professionnel au bon endroit, et faire en sorte que tout cela tienne et rentre dans la maquette. On le voit quand le cadre est en congés ou absent et qu'il est remplacé par un collègue qui ne connaît pas le service, il y ait des loupés. C'est pour cela que j'implique toujours l'équipe paramédicale dans le travail de composition des plannings. Ils sont les mieux placés pour savoir comment se répartir. Mais il faut bien comprendre que les plannings, en aucun cas ce n'est qu'une histoire d'agents qu'on place au hasard. Il faut une lecture clinique des situations pour essayer de faire des choix judicieux, tout en prenant en compte les impacts financiers de vos décisions. Placer une aide-soignante plutôt qu'une infirmière, évidemment ce n'est pas le même coût. Donc les affectations que je fais sur PLUME, elles sont le résultat d'une connaissance clinique du terrain, partagée avec l'équipe, mais aussi d'une comparaison avec la façon dont fonctionnent les autres services du pôle que je vois sur CARYOTYPE. Et puis bien sûr, avant d'affecter des agents, je fais des calculs sur AVENIR pour voir combien ça va coûter, où est-ce que j'en suis de mon budget de remplacement. L'an dernier quand il a fallu créer des nouveaux roulements, on a regardé sur SAISON les recettes du service, qui sont assez stables

car on est en dotation de fonctionnement, pour voir si la masse salariale du service était cohérente avec les revenus. » Cadre de santé 22, Psychiatrie, 7 ans

Ces deux verbatim confirment que, loin de se réduire à une tâche gestionnaire, la confection des plannings à l'aide du portefeuille d'outils de gestion dédiés suppose d'incarner un rôle soignant. En effet, la préservation de la qualité des soins et des conditions de travail des soignants implique de tenir compte, non seulement des besoins quantitatifs de remplacement, mais aussi des compétences nécessaires pour que les professionnels paramédicaux affectés puissent délivrer les soins prévus dans des conditions satisfaisantes. Le portefeuille est alors utilisé pour évaluer la situation d'une unité, tant en termes qualitatifs (effectifs présents versus effectifs requis) mais aussi qualitatifs (compétences présentes au regard des besoins des patients). Ainsi, ces résultats soulignent le fait que, dans certaines situations, les cadres de santé utilisent le portefeuille d'outils de gestion pour exercer leur rôle gestionnaire en déployant une analyse qualitative et quantitative de l'absentéisme, ce qui implique de transformer les décisions de gestion au prisme du rôle soignant des cadres. L'hybridation des rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé peut donc être favorisée par les usages d'évaluation, de légitimation ou de traduction du portefeuille.

"Et puis, ce qu'il faut dire aussi, le défi du cadre c'est le planning. Clairement, l'équipe juge la compétence du cadre, et estime s'il tient la barque ou pas, avec les plannings qu'il prépare. On a le droit à 1 ou 2 erreurs, mais il ne faut pas que ce soit plus sinon ça ne passe pas au niveau de l'équipe paramédicale. Les absences inopinées doivent être remplacées quand il y a besoin, sinon ça met les autres soignants en panique et on l'entend direct. De toute façon, avec l'expérience, en regardant ce qu'il faut sur PLUME, PHARE ou AVENIR, vous voyez quand ça va le faire ou quand l'effectif est tellement dégradé que ça va aller au clash. Moi dans ces cas-là, je n'hésite pas à demander la fermeture de lit. Parce qu'en fait les IDE et les AS seront en difficulté sinon, et puis j'ai une éthique soignante, je suis infirmière à la base, je ne veux pas mettre en danger les patients." Cadre de santé 2, néphrologie, Femme

Il apparaît dans ce verbatim que le portefeuille d'outils de gestion est utilisé principalement pour aligner l'effectif paramédical déployé par le cadre de santé avec les besoins de l'unité liés

au nombre et au profil des patients accueillis. La maîtrise technique du portefeuille d'outils est présentée comme indispensable afin de construire sa légitimité auprès de l'équipe soignante. En outre, les données de gestion, relatives aux effectifs présents et absents fournies par le portefeuille d'outils, sont mises en corrélation avec l'expertise soignante des cadres, afin de leur permettre d'évaluer si l'effectif présent est suffisant pour prendre soin du nombre de patients présents dans le service dans des conditions satisfaisantes. Ainsi, le portefeuille d'outils est le support d'une activité de traduction : les données relatives aux effectifs présents et à l'absentéisme, relevant plutôt du domaine gestionnaire, sont utilisées pour les convertir en capacité de soins et les comparer aux besoins en soins présents dans l'unité. Dans le verbatim, la cadre considérant que l'effectif paramédical présent est insuffisant eu égard au nombre de lits de l'unité, elle utilise le portefeuille d'outils comme un moyen de preuve vis-à-vis de la hiérarchie paramédicale et administrative pour appuyer sa décision de fermer des lits, au motif que la qualité des soins serait dégradée si le service continuait à accueillir des patients avec une équipe paramédicale réduite. Le portefeuille d'outils de gestion est donc utilisé par le cadre de santé afin de relier les rôles gestionnaire et soignant, et de prendre une décision de gestion qui incarne l'hybridation de ces deux rôles.

En outre, nous avons observé des situations dans lesquelles un cadre de santé recourt au portefeuille d'outils de gestion de manière non conforme à l'usage prescrit, afin de pouvoir plus facilement hybrider ses rôles gestionnaire et soignant. Ainsi, faisant face à une activité clinique intense dans son service, le cadre de santé 17 que nous avons observé durant 2 demi-journées est désireux de pouvoir fonctionner avec un effectif paramédical suffisant sans pour autant rompre officiellement avec les directives institutionnelles incitant au remplacement de seulement 65% de l'absentéisme inopiné. Pour pouvoir remplacer des infirmiers absents, le cadre de santé 17 a saisi dans PLUME des affectations pour certains paramédicaux qui étaient inexacts. Ainsi, alors que 6 infirmiers étaient présents et assuraient la prise en soins des patients (contre 9 infirmiers prévus dans la maquette de fonctionnement du service), ce cadre a modifié PLUME en indiquant que deux infirmières, qui réalisaient pourtant des soins ce jour-là, étaient affectées à des missions transversales détachées des soins (infirmière de consultation pour l'une et infirmière logicienne pour le pôle pour l'autre) pour la journée. Cela a permis au cadre d'appeler la cadre chargée de la suppléance en lui indiquant que seuls quatre infirmiers étaient présents physiquement auprès des patients ce jour-là et qu'il en manquait donc cinq par rapport à l'effectif requis. Il a ainsi obtenu pour la journée le renfort de trois infirmiers de l'équipe de suppléance, ce qui lui a permis de fonctionner avec l'effectif théorique de 9

infirmiers dans son service. De cette façon, ce cadre a défendu la qualité des soins et les conditions de travail des paramédicaux de son unité (rôle soignant) tout en développant une illusion de conformité aux règles institutionnelles qui obligent à maîtriser la masse salariale en ne remplaçant que 65% de l'absentéisme inopiné (rôle gestionnaire). Lorsque nous l'avons questionné sur cette pratique, le cadre de santé 17 a aussitôt répondu que ses collègues cadres de santé étaient nombreux à agir ainsi. Il nous a ensuite fait part de son souhait d'évoluer vers un poste de cadre supérieur au CHU TONUS et a indiqué qu'il n'avait pas le choix de modifier les données dans PLUME car cela lui permettait à la fois d'entretenir un bon climat social dans son service en préservant la qualité des soins, ce qui constitue une attente pour un futur cadre supérieur, tout en développant une image de cadre vertueux en termes de gestion de la masse salariale, ce qui est particulièrement scruté pour les aspirants à un poste d'encadrement supérieur. Ce résultat issu d'une observation non participante permet de comprendre que le portefeuille d'outils de gestion peut aussi favoriser l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant quand un cadre de santé l'utiliser à travers le découplage.

Un autre extrait d'entretien avec une cadre supérieure permet de comprendre que les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé peuvent faciliter l'hybridation de leurs rôles gestionnaire et soignant.

"Donc mon rôle c'est de piloter, avec mes deux autres collègues [médecin chef de pôle et cadre administratif], euh... L'activité, la performance et les projets du pôle sur lequel on est en responsabilité... Qui pour vous donner une idée aujourd'hui regroupe 5 services, 2 plateaux ambulatoires et donc en ce qui concerne le paramédical, des effectifs autour de 800 professionnels. C'est un gros pôle effectivement, ce n'est pas le seul, y a d'autres pôles qui sont aussi bien fournis. C'est la dimension ... on va dire moyenne... d'un pôle au CHU TONUS aujourd'hui. Donc la mission d'un cadre soignant de pôle est surtout marquée par la gestion au sens large de ces 800 agents : recrutement, montée en compétence, accompagnement des projets de promotion professionnelle, redéploiement de professionnels sur d'autres unités du pôle en fonction de l'évaluation des besoins... La mission principale du cadre de pôle c'est de gérer, tant des projets qu'une très grosse équipe paramédicale et d'encadrement paramédical. L'un ne va pas sans l'autre. C'est parce que vous avez un effectif paramédical réel sur le pôle qui correspond à ce que prévoit la maquette que vous pouvez travailler sur le reste : le pilotage

médico-économique du pôle, l'amélioration des compétences, le travail en pluridisciplinarité... Ça ne veut pas dire que l'on peut dépenser sans compter en remplacement. Il y a une règle institutionnelle au CHU TONUS : remplacement des absences à hauteur de 65%. Alors oui, je ne nie pas que quand il y a des dizaines d'absents sur un pôle, et c'est le cas tous les jours, ça fait beaucoup d'agents en moins, donc ça impacte négativement les conditions de travail des équipes paramédicales. Mais moi j'assume et surtout j'explique que ce sérieux budgétaire sur les remplacements, c'est ça qui permet aussi de dégager du temps de travail médico-cadre, de la convergence médicale-paramédicale, des réunions de service où on repense les parcours de nos patients... Concrètement, on le voit très bien avec PLUME ou PHARE, si vous êtes en permanence a +1, +2 dans vos effectifs réels par rapport à la maquette, vous n'aurez aucun budget pour faire tourner des projets. Inversement, les cadres qui jouent le jeu de tourner à -1, -2 ou même -3, mais en mutualisant des moyens ou en réduisant la voilure côté admission patient quand c'est de l'activité programmée, bah eux vont avoir les moyens de faire ces projets la et de donner du sens au travail de leur équipe. L'un ne va pas sans l'autre, et PHARE, CARYTOPYE ou PLUME le montrent très simplement." Cadre supérieure de santé 2, Femme-Enfants, Femme

Dans cet extrait, les usages du portefeuille d'outils gestion sont décrits comme des moyens de relier les rôles gestionnaire et soignant pour les cadres de santé afin d'incarner une posture hybride. Ainsi, la cadre supérieure du pôle Femme-Enfant indique que c'est seulement au moyen d'une gestion économe des ressources humaines paramédicales (remplacement de l'absentéisme à hauteur de 65%), que le cadre de santé peut dégager un excédent budgétaire pour son équipe, ce qui lui permettra de l'utiliser pour détacher du temps afin de permettre à l'ensemble des acteurs de participer à des ateliers de discussion interprofessionnelle sur le travail ou à des projets de simplification des parcours des patients. Loin d'opposer les rôles soignant et gestionnaire, en apparence contradictoires, ce verbatim met au contraire en exergue l'hybridation de ces rôles, en indiquant que c'est en faisant des économies sur le remplacement de l'absentéisme paramédical que des missions transversales favorables à la qualité des soins peuvent être réalisées. Cette interdépendance des deux rôles du cadre de santé est matérialisée dans les usages du portefeuille d'outils de gestion selon ce verbatim. Ainsi donc, cet extrait positionne le portefeuille d'outils comme un espace d'hybridation possible des deux rôles dévolus aux cadres de santé.

D'autres données font état d'un décalage entre le rôle imaginé du cadre de santé avant la prise de fonction comme manager (vision soignante du métier) et les rôles réellement incarnés par le

cadre de santé en exercice. Ainsi, la majorité des cadres de santé interrogés dans cette recherche nous ont indiqué s'être dirigés vers la fonction de cadre paramédical pour améliorer les soins proposés aux patients, s'impliquer dans la réflexion pluri professionnelle autour des parcours de soins ou encore gérer des projets, c'est-à-dire afin d'incarner un rôle majoritairement soignant. Cette vision antérieure à la prise de poste du métier diffère de la description que font les cadres de santé en exercice de leur travail, qu'ils présentent souvent comme un exercice de conciliation entre des rôles soignant et gestionnaire, qu'ils articulent notamment à travers leur recours au portefeuille d'outils de gestion comme l'indique le verbatim suivant.

« Quand j'ai pris ma fonction de Cadre, ce dont j'avais envie c'est de faire avancer mon équipe et qu'on essaye d'améliorer la prise en charge patients et que chacun y trouve son compte. Je suis infirmière, si j'ai fait ce métier c'est pour l'humain, je pense et je crois encore à ça qu'on peut améliorer des petites choses même si ce n'est pas grand-chose parce qu'on n'a pas la main sur tout et que des fois on a des injonctions contradictoires. Mais clairement le cadre est là pour ça : mettre tout le monde autour de la table pour améliorer la qualité des soins, ça veut dire parler à tout le monde, de l'ASHQ [Agent de Service Hospitalier Qualifié] au médecin chef d'unité, en passant par la secrétaire médicale ou les rééducateurs. Ce n'est pas facile parce qu'en même temps, on passe notre temps sur PLUME à gérer les absences. Mais bon... Cadre de santé c'est pas du tout qu'une position hiérarchique, c'est l'interlocuteur privilégié de tous ceux qui travaillent pour le patient dans un service. Et du coup en réunion, il ne faut pas qu'on présente des slides avec des indicateurs qui parlent qu'aux infirmières. Sinon on perd les autres... Il faut au contraire arriver à voir dans tous les outils et logiciels qu'on a, ce qu'on a de transversal comme données... qui parlent à tout le monde... Ça c'est dur en fait, gérer les absences chez les ASHQ, AS et IDE en permanence... Mais aussi prendre du temps pour trouver des données tellement transversales dans tout l'équipement qu'on a, pour que ça parle à tout le monde. Moi du coup, j'utilise souvent des données neutres, comme de la masse salariale, des postes, ou du réalisé par rapport au prévisionnel. On est une unité récente qui a 2 ans. Donc on a prévu il y a 2 ans un niveau d'activité de 450 patients hospitalisés par an, avec une maquette qui prévoit tant d'IDE, tant d'AS, tant d'ASHQ, tant de temps médical et des mensualités de remplacement fixes. Bah je montre combien dans les faits on a accueilli ce patient ce mois-ci, et avec quels effectifs on a travaillé. Et là ils comprennent : « ah mais c'est pour ça que c'était dur, c'est qu'on a eu-2 AS en moyenne sur le mois, ah mais du coup ça veut dire que ma formation le mois prochain je pourrai la faire car je serai remplacée dans le service grâce à cet effort ». Ou alors « bah oui c'est cool on a eu moins de patient ces temps-ci, mais

du coup ça veut dire moins de recettes donc on ne va pas garder l'infirmière mutualisée qu'on avait obtenue ». Le planning et les décisions liées aux effectifs ne peuvent pas à mon avis être imposés à l'équipe, sinon vous allez au conflit. Je vois mon travail comme un job de sensibilisation de l'équipe aux enjeux de gestion, et même aux questions financières. S'ils comprennent le cadre budgétaire du CHU et les conséquences directes d'embaucher une intérimaire ou de fermer des lits, ils sont directement plus coopérants sur les décisions que vous proposez, même quand elles sont difficiles. Mais ça prend du temps et il faut expliquer avec des mots simples et qui leur parlent le fonctionnement budgétaire. Cadre de santé 8, Femme, Thorax, 9 ans

Cette cadre de santé revendique utiliser le portefeuille d'outils de gestion comme un vecteur visant à acculturer l'équipe paramédicale à un raisonnement gestionnaire. Ainsi, elle extrait du portefeuille d'outils de gestion des données médico-économiques, qu'elle qualifie de neutres, alors qu'en réalité ces données véhiculent l'idée que ce raisonnement médico-financier est le critère de référence à l'aune duquel les réunions d'équipe doivent se tenir. La cadre de santé utilise le portefeuille d'outils de gestion afin de partager avec l'équipe paramédicale son besoin de concilier deux rôles potentiellement en tension : un rôle gestionnaire poussant à un management économe des ressources humaines paramédicales d'une part et le rôle soignant privilégiant la qualité des soins et l'amélioration continue du fonctionnement d'équipe d'autre part. Ainsi, ce verbatim donne à voir que cette cadre de santé s'efforce d'hybrider les deux rôles qui lui sont dévolus en instillant ce double niveau de raisonnement aux paramédicaux dont elle a la responsabilité. L'objectif étant d'instaurer une logique de sanction / récompense, en montrant que tout écart à l'orthodoxie budgétaire (baisse du nombre de patients accueillis ou travail avec un effectif supérieur à l'effectif prévu par la direction) entrainera une dégradation des conditions futures de travail et donc de la qualité des soins, et qu'au contraire une situation dégradée (fonctionnement du service sans remplacer deux aides-soignantes absentes) permettra d'honorer des besoins de formation des paramédicaux, ce qui est favorable à la qualité des soins et à la construction de sens au travail. Ces données donnent à voir le fait que l'usage du portefeuille d'outils de gestion permet ici de relier les considérations gestionnaires et soignantes, et de montrer que tout écart budgétaire aura des conséquences négatives sur les enjeux soignants.

Les résultats obtenus donnent à voir que les usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs ont deux effets sur le rôle tenu par les cadres. D'une part, les cadres de santé peuvent utiliser le portefeuille d'outils de gestion de manière à tenir leur seul rôle gestionnaire. Cette situation s'observe en particulier lorsque les cadres paramédicaux utilisent le portefeuille d'outils pour assurer du pilotage quotidien ou de la prévision de manière plus ponctuelle. Ils mobilisent singulièrement les fonctionnalités du portefeuille qui permettent de mesurer la masse salariale et les conséquences financières, notamment la consommation du budget de remplacement, des décisions de gestion et des changements de planning qu'ils opèrent.

D'autre part, les usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs par les cadres de santé peuvent concourir à l'hybridation de leurs rôles, c'est-à-dire que les usages du portefeuille peuvent permettre de relier et de transformer les rôles gestionnaire et soignant en les combinant. Cette hybridation des rôles à travers les outils de gestion apparaît lorsque les cadres de santé recourent à ce portefeuille pour des usages d'évaluation, de légitimation, de découplage ou encore de traduction. Les cadres de santé mobilisent la diversité des outils du portefeuille pour recourir à ceux qui leur permettent le mieux, compte tenu de la situation, d'hybrider les rôles gestionnaire et soignant. Ils recourent également aux fonctionnalités du portefeuille qui, par sa conception, permet d'obtenir tant des données économiques ou financières comme expliqué précédemment que des données soignantes, relatives aux ratios de professionnel par soignant ou aux événements indésirables signalés par exemple.

5.4. User du portefeuille d'outils de gestion dans les situations complexes de gestion des effectifs

Dans les entretiens, les cadres de santé ont tous évoqué le fait que le portefeuille d'outils de gestion est particulièrement utilisé et que ses usages sont particulièrement discutés dans les situations complexes de gestion des effectifs. Celles-ci peuvent être de différents types : pic épidémique, période d'absentéisme marqué, conflit social... Dans chacune de ces situations, la complexité est due au pluralisme institutionnel : les cadres de santé sont tiraillés à l'occasion de ces situations entre la logique institutionnelle soignante (qui invite à privilégier la mise en place de conditions de travail confortables et d'effectifs généreux pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients) et la logique institutionnelle gestionnaire (qui conduit les cadres de santé à faire fonctionner les unités en sous-effectif lors des situations de crise, afin de répondre à l'obligation de continuité de service de l'hôpital public, de continuer à répondre à la demande sociale de la COMMUNITY et à préserver les ressources financières de l'hôpital, générées par les actes réalisés par les soignants, comme les y incitent les membres du CONTROL). Ainsi donc, nous qualifions de complexes les situations dans lesquelles les cadres de santé sont particulièrement tiraillés entre deux logiques institutionnelles, qui les invitent à prendre des décisions en tension, voire opposées. Ces situations complexes de gestion des effectifs sont gérées à travers des outils de gestion, c'est-à-dire que le recours au portefeuille d'outils permet aux cadres de santé d'arbitrer entre les logiques institutionnelles qui les guident afin de prendre une décision.

Nos données font apparaître que les cadres de santé ont systématiquement recours au portefeuille d'outils de gestion pour les aider à réguler ces situations complexes, dans des buts différents.

5.4.1. Les usages du portefeuille au service de la gestion au sein du groupe des cadres de santé

Dans un premier temps, nos résultats soulignent que le portefeuille d'outils de gestion des effectifs est utilisé par les cadres de santé pour gérer les situations complexes liés aux effectifs. Le premier type de gestion identifié prend la forme d'une concertation au sein du groupe des managers paramédicaux, afin d'arriver à un consensus préalable à la présentation de la solution aux autres groupes professionnels de l'hôpital.

« Oui alors y a des moments où c'est très chaud, ce sont des situations complexes. Ça veut dire que vous avez, durablement, la situation de votre unité ou de votre pôle qui se dégrade : ça s'exprime par un absentéisme AS, infirmier ou médical très marqué et qui s'aggrave, la saisine de la médecine du travail, des plaintes des patients, des épidémies qui mettent les équipes à rude épreuve, une avalanche d'événements indésirables déclarés... Bon là clairement je discute, j'écoute mais surtout je me plonge dans les chiffres. Les équipes hurlent au loup, moi je prends de la distance et je me dis : que met dit PLUME ? Que dit PHARE sur notre respect des obligations légales et des bonnes pratiques ? Est-ce que ce service fonctionne à -2, -3, -4, -5 ? Sur combien de temps ? Quelle catégorie professionnelle est surtout malade ? Ça a quoi comme conséquence sur les roulements ? Que me dit PHARE ? » Directeur des soins 2, Homme, Médecine

Ce premier verbatim indique que face à une situation complexe, ce directeur des soins réagit aussitôt en se saisissant des outils du portefeuille afin d'établir un diagnostic de la situation. Deux demi-journées passées avec ce directeur des soins nous ont permis de remarquer que cette appropriation des données du portefeuille d'outils est partagée avec le cadre supérieur du pôle et les cadres de santé des différentes unités, qui réfléchissent ensemble à la situation complexe, et aux solutions possibles, à partir des outils de gestion. Ici, le directeur des soins mobilise les différents outils de gestion à des fins de prévision / prospective (« ça a quoi comme conséquence sur les roulements ? ») et d'évaluation (« quelle catégorie professionnelle est surtout malade ? Est-ce que ce service fonctionne à -2, -3, -4, -5 ? Sur combien de temps ? ») afin de réfléchir à des solutions qui induiront un pilotage différent du service, afin de répondre à la crise.

« Des situations complexes où en a tous vécu. J'ai souvenir de l'été d'il y a 2 ans. On savait que ça allait clasher. Je veux dire il n'y avait que des infirmières en sortie d'école, pas de personnel expérimenté pour former. Sur 3 ASHQ, j'en avais 2 en arrêt long non remplacés. Et l'équipe médicale était décimée, 2 médecins sur 4 étaient partis en clinique dans les mois qui précédaient. Bon mais ce n'est pas de la mauvaise gestion. J'ai anticipé, j'ai prévenu, on a décortiqué tout : CARYOTYPE pour voir si on ne pouvait pas prendre des IDE d'autres services. J'ai scruté PHARE pour voir si on était dans les clous : bah non on n'était pas du tout dans les clous. Et comme toujours, j'ai travaillé en équipe. On est 19 cadres de santé sur ce pôle, ils étaient tous au courant et depuis avril on en parlait toutes les semaines. On a mis en place des palliatifs : mutualisation d'infirmière de soins intensifs sur la pédiatrie générale, binôme IDE débutante / Auxiliaire expérimentée... J'avais même pris de l'intérim sur conseil de ma cadre sup. Franchement, on a concerté et discuté, ma collègue cadre de la suppléance

m'a avantage et mis le plus de monde possible sur mon unité. Après on a présenté ce plan d'anticipation de l'été à la direction des soins, à la cellule pilotage RH, à la DRH et au médecin chef de pôle. Ils ont validé le plan. Mais ça n'a pas suffi... Enfin loin de là, ça a été l'enfer. Les plaintes des patients se sont succédées, j'ai été appelé sur mes 2 semaines et demi de vacances quasiment tous les jours. L'administrateur de garde a été appelé par l'équipe de nuit plusieurs fois en juillet et on a eu des évènements indésirables graves. » Cadre de santé 18, Femme, Médecine

Ce verbatim abonde le précédent pour souligner que la gestion des situations complexes se fait au sein du groupe des cadres paramédicaux : la cadre de santé 18 indique avoir discuté de la situation et des solutions possibles identifiées à partir des outils de gestion avec la cadre supérieure du pôle et la cadre chargée de l'équipe de suppléance du pôle. Pour cela, la cadre de santé 18 indique avoir utilisé le portefeuille d'outils afin d'évaluer la situation (« *J'ai scruté PHARE pour voir si on était dans les clous* », « *on a décortiqué tout : CARYOTYPE pour voir si on ne pouvait pas prendre des IDE d'autres services* »). Le verbatim fait également état d'un usage de prévision (« *On savait que ça allait clasher* », « *J'ai anticipé, j'ai prévenu* »). Ces usages de prévision et d'évaluation éclairent la prise de décision du cadre de santé face à la situation complexe à laquelle il est confronté et lui permettent donc de modifier son pilotage quotidien (« *mutualisation d'infirmière de soins intensifs sur la pédiatrie générale, binôme IDE débutante / Auxiliaire expérimentée... J'avais même pris de l'intérim* »).

« Quand c'est particulièrement chaud ... enfin quand on voit que la situation du pôle est vraiment dégradée, on organise des feux de camp avec mon équipe de cadres. C'est un petit pôle donc il y a une dizaine de cadres de santé. Chacun fait des extractions de différents outils (PLUME pour le nombre de jours où le service a fonctionné en sous-effectif, CARYOTYPE pour identifier les raisons des postes vacants, PHARE pour identifier là on ne respecte pas la réglementation compte tenu de l'absentéisme) et les présente au collectif. Ça a du sens car nous sommes des managers paramédicaux : c'est à nous d'identifier le problème et de proposer une solution. Classiquement on s'oriente vers une mutualisation de personnel, de la suppléance à fond voire de l'intérim si on sent qu'il faut maintenir l'activité, mais on sait alors qu'on dégrade les conditions de travail. Soit on décide qu'on refuse ça, ou on sent que les équipes ne le supporteront pas et on s'oriente vers des fermetures de lit. C'est une décision discutée entre nous, puis je prends la décision. Après je présente ça au directeur de la plateforme, au pilotage RH, aux médecins et à la direction. Je dis toujours à mes cadres qu'il est impératif que nous soyons déjà d'accord entre nous, on raisonne quand même plutôt pareil, avant d'aller présenter

la décision aux médecins, à l'administration etc. Parce qu'un médecin ça ne raisonne pas comme nous... Ils vont aussitôt penser à maintenir leur activité car ils sont programmés comme ça. Un directeur il va aussitôt penser à ses recettes en baisse si on ferme des lits et à l'exposition médiatique que ça va créer. Donc on se concerte entre cadres, qui eux-mêmes relaient la situation des équipes paramédicales, en nous fondant sur les données que nous fournissent tous les outils qu'on a. Seulement après accord du collectif cadre, nous rencontrons tout le monde pour présenter la solution que nous préconisons. Souvent ça fonctionne car aujourd'hui tout le monde sait qu'il y a une pénurie infirmière. De nuit, de week-end, mais tout le temps en fait. »

Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et de Réadaptation

Cet extrait renforce les données précédentes : le portefeuille d'outils de gestion est utilisé par l'ensemble des cadres paramédicaux concernés afin de partager la situation des diverses unités, puis les différentes solutions sont imaginées et simulées via les outils de gestion, avant d'être partagées et de faire l'objet d'un consensus entre pairs, au sein du groupe des cadres paramédicaux. Ce n'est que lorsque qu'un accord a été trouvé par les cadres de santé que la solution retenue est présentée aux autres groupes professionnels de l'hôpital. Cette cadre supérieure justifie le besoin de réguler la situation d'abord entre pairs au motif que les autres groupes professionnels ne raisonnent pas de la même façon que les cadres de santé. Là encore, ces données soulignent que pour assurer cette régulation entre pairs de la situation complexe, les cadres de santé utilisent le portefeuille d'outils de gestion via trois usages : le pilotage, la prévision et l'évaluation.

Les trois verbatim présentés ci-dessus convergent pour mettre en évidence le fait que les cadres de santé s'orientent vers le recours au portefeuille d'outils de gestion afin d'obtenir des données susceptibles d'étayer un diagnostic de la situation complexe. Après avoir mis en évidence les motifs de la dégradation de la situation de l'unité ou du pôle, chaque cadre de santé échange avec les autres cadres du pôle, le cadre supérieur et parfois le directeur des soins. Nous avons assisté à une réunion dans un pôle du CHU TONUS, à l'occasion d'une situation complexe due à une pénurie majeure de personnel soignant dans les services de pédiatrie, à une épidémie de bronchiolite particulièrement sévère qui sont intervenues dans un pôle déjà préalablement marqué par un conflit social latent. A cette occasion également, comme relaté dans les verbatim précédents, les cadres de santé se sont saisis du portefeuille d'outils de gestion pour essayer de dresser un diagnostic de la situation complexe et de lister ses manifestations principales. Cela leur permet de confronter les solutions possibles que chacun d'entre eux envisage (échange de personnel d'un service mieux doté vers un service sous doté ou mutualisation de professionnel,

fermeture de lit, réduction de la durée des soins et suppression des soins jugés non indispensables, travail en conditions dégradées, déprogrammation d'interventions chirurgicales ou réorientation de patients vers d'autres établissements de santé, y compris privés).

Les cadres interrogés indiquent qu'il existe deux décisions extrêmes qui peuvent être prises : le maintien du fonctionnement habituel de l'unité avec un effectif dégradé et la suppression de certains soins, ce qui détériore les conditions de travail et la qualité des soins ; ou bien la fermeture de lits, ce qui préserve les conditions de travail des soignants mais réduit l'offre de soins pour les patients, expose l'hôpital à une image détériorée et provoque une diminution des ressources perçues par le pôle dans le cadre de la tarification à l'activité. Entre ces deux pôles figure tout un éventail de solutions prônées par les cadres de santé, qui incarnent plutôt l'une ou l'autre des logiques institutionnelles qui influencent le travail des cadres. Le fait de suivre plutôt la logique institutionnelle que soignante, ou l'opposé, dépend de variables protéiformes : situation de gestion, niveau hiérarchique du cadre, expérience professionnelle préalable, positionnement du cadre par rapport aux autres groupes professionnels et à sa carrière...

Peu importe la décision prise face à la situation complexe rencontrée, elle est toujours issue d'un compromis émanant du collectif des cadres de santé du pôle, en accord avec leur cadre supérieur et le directeur des soins référent. Ce n'est qu'après qu'un accord ait émergé au sein des cadres de santé, qui présentent les mêmes objectifs et donc partagent un raisonnement similaire, que la solution est présentée aux autres groupes professionnels de l'hôpital. Ce mode de gestion entre pairs des situations complexes est facilité par le fait que les cadres paramédicaux sont tous soumis aux mêmes logiques institutionnelles, à la fois soignante et gestionnaire. Confrontés aux mêmes enjeux, ils connaissent le contexte et les contraintes au sein desquels la gestion de la situation complexe doit intervenir. Ainsi, la prise de décision serait plus facile au sein d'un même groupe professionnel. A l'inverse, les autres groupes professionnels sont décrits par les cadres comme ne raisonnant pas de la même façon qu'eux, puisqu'ils obéissent à d'autres logiques institutionnelles (médicale pour le CURE ou administrative pour la COMMUNITY) : il importe donc de prendre une décision acceptée par l'ensemble des cadres de santé, afin qu'elle acquière une légitimité suffisante pour que les managers paramédicaux la présentent et la défendent ensuite au contact des autres groupes professionnels de l'hôpital. Le postulat qui est fait ici est que face à une situation complexe, la solution doit venir de professionnels qui sont influencés par la /les même(s) logique(s) institutionnelle(s). Ainsi donc, le choix d'opérer une régulation de la situation complexe entre

cadres de santé se justifie par le fait qu'ils répondent tous aux mêmes logiques, et donc que le raisonnement et les objectifs partagés sont similaires.

Ce processus en deux étapes est justifié en mettant en évidence le fait que chaque groupe professionnel suit une logique qui lui est propre, poussant les cadres de santé à privilégier la situation des équipes tandis que les administratifs s'inquiéteraient davantage de l'impact financier des décisions prises et que les médecins se focaliseraient plutôt sur le maintien de leur activité à tout prix.

Dans cette première forme de gestion de la situation complexe entre pairs, les cadres de santé recourent à trois usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs : le pilotage quotidien, la prévision et l'évaluation. Les résultats font donc apparaître que ces trois usages sont adaptés à une gestion entre acteurs issus du même groupe professionnel, puisque ces usages ne présentent pas d'enjeux de donner à voir son travail ou la situation à un groupe d'acteurs différents, ni à les convaincre du bien-fondé de tel raisonnement ou telle logique institutionnelle.

5.4.2. Les usages du portefeuille au service d'une gestion pluri professionnelle des effectifs

Par ailleurs, nous avons également observé une deuxième forme de gestion des situations complexes via le portefeuille d'outils de gestion : la confrontation directe des membres de différents groupes professionnels à la situation complexe à travers le portefeuille d'outils, qui conduit à trouver une solution collective, transcendant les raisonnements et logiques institutionnelles. Ainsi, les situations complexes peuvent pousser les cadres de santé à partager les difficultés qu'ils rencontrent (absentéisme par exemple) avec les membres d'autres groupes professionnels pour les confronter aux contraintes du moment, et les amener à réfléchir collectivement à une solution qui dépasse les clivages habituels entre groupes professionnels.

« Moi j'ai pris l'habitude de ne plus travailler en silo. Quand je vois que j'ai une difficulté très marquée en termes d'absentéisme par exemple, je n'attends pas d'être acculée et je n'appelle pas ma cadre sup systématiquement à la rescousse. Déjà parce qu'elle ne connaît pas la situation de terrain aussi bien que moi, et surtout parce qu'elle attend de nous de l'autonomie. J'ai pris l'habitude d'échanger directement avec le médecin responsable de l'unité et aussi la

collaboratrice du pilotage RH qui est référente de mon service. On se réunit et j'ouvre avec eux les tableaux : voilà le planning de la semaine sur PLUME, voilà le planning prévisionnel, voilà l'activité et donc mathématiquement PHARE fait remonter toutes les situations qui ne respectent pas la réglementation ou des contraintes institutionnelles. Je partage et je dis : qu'est-ce qu'on fait ? Parce que le médecin, s'il n'a pas d'infirmier et d'aide-soignant, il ne peut pas travailler : donc ça le concerne. La responsable RH elle voit ma situation, donc comme c'est elle qui influence notamment la répartition des mensualités de remplacement ou l'affectation aux unités des différents postes, je lui montre en transparence la situation. Et la chacun commente : moi j'explique que telle charge en soin nécessite tel effectif paramédical, le médecin dit que si on fait tel programme thérapeutique, y aura ça et ça comme besoin, et la responsable RH compare avec la situation des autres unités. Après on partage et on voit ce qu'on peut faire. J'ai la chance d'avoir affaire à un médecin ultra réactif : il propose de basculer des patients prévus en hospit[alisation] en ambulatoire si possible, il propose d'autonomiser les patients avec de l'éducation thérapeutique et il sait reconnaître aussi quand il devra refuser des patients. La responsable RH elle a tendance à voir quand ça va bloquer vraiment, et parfois elle augmente les mensualités de remplacement, ou elle me fait une avance sur le mois suivant ou elle affecte des postes en CDD à l'unité. Je ne dis pas que ça marche toujours, mais globalement on est tous impactés par l'absentéisme donc on réfléchit ensemble. » Cadre de santé 30, Femme, Médecine

Ce verbatim souligne que le portefeuille d'outils de gestion des effectifs peut gérer les situations complexes d'une autre manière que ce qui a été présenté plus tôt. Ici, face à une situation complexe, la cadre de santé partage aussi les difficultés présentées dans les différents outils de gestion avec le médecin responsable de l'unité (CURE) et une collaboratrice de la DRH en charge du pôle (CONTROL). Cette démarche induit donc une réflexion pluri professionnelle face à la situation complexe. Chaque acteur appréhende la situation avec sa propre logique institutionnelle, puis modifie ensuite son raisonnement en intégrant les contraintes pesant sur les autres groupes de l'hôpital. Ainsi, le médecin, soucieux de proposer des soins aux patients malgré les difficultés organisationnelles propose de modifier des prises en charge aux patients afin d'alléger la charge de travail des soignants. La collaboratrice de la DRH, répondant à une logique institutionnelle gestionnaire, envisage d'agir sur les mensualités de remplacement en proposant à la cadre de santé d'utiliser par anticipation le budget dévolu au remplacement du mois suivant. La cadre de santé quant à elle réfléchit à la fois selon une optique gestionnaire (puisqu'elle propose de confronter les points de vue sur la base du portefeuille d'outils de

gestion) et selon une optique soignante (en estimant le temps paramédical nécessaire aux différents soins nécessaires à la prise en charge des patients). La cadre de santé utilise le portefeuille d'outils de gestion pour se légitimer auprès de sa hiérarchie en travaillant de manière autonome (« *je n'appelle pas ma cadre sup systématiquement à la rescousse* »). La cadre de santé recourt aussi à de la traduction avec le portefeuille d'outils afin de donner à voir la situation des effectifs au médecin (CURE) et une collaboratrice de la DRH (CONTROL). Ce faisant, du découplage intervient puisque le but des outils (hormis LUMIERE) n'est pas de faire comprendre le fonctionnement d'un service hospitalier à des profanes, l'usage de l'outil est donc détourné.

« Clairement, j'utilise CARYOTYPE et des extractions de PLUME pour montrer que parfois... On ne peut juste pas maintenir le flux de patients prévu... que c'est mathématiquement impossible par rapport à la situation de l'absentéisme et de l'équipe paramédicale. Alors, pour qu'on soit en toute transparence, on se réunit avec le médecin responsable et l'unité et la psychologue. Ce qui est frappant c'est que le médecin souvent, il vient nous montrer la même chose... lui aussi il a des postes médicaux vacants, ou des internes en arrêt. [...] Clairement, là on se dit qu'on ne va pas pouvoir accueillir dans l'unité le flux de patients prévu. [...] Bref, CARYOTYPE et PLUME, tant le médecin que moi, on les regarde et on décide ensemble de maintenir le flux de patients ou d'en mettre certains en liste d'attente. On regarde à la fois en quantité : est-ce qu'on pourra faire face avec nos effectifs à ce flux de patients ? Et on regarde surtout en termes de soins : est-ce que ce professionnel qui a ces compétences d'art thérapie est présent ? Est-ce que cette médiation corporelle convient à ce patient-là ? Ça c'est une décision qui, je pense, est forcément collective car il faut un regard croisé. Moi dans CARYOTYPE je regarde surtout les compétences des infirmiers en particulier : qui a tel DU, qui doit prendre en soin tel profil de patient. Et le médecin et la psychologue ont aussi un avis sur ce qui conviendrait aux patients, donc on fait du Tetris on essayait d'affecter le bon flux de patients aux professionnels adaptés. [...] Et bien sûr, ces décisions sont ensuite discutées avec l'équipe paramédicale. On est en psychiatrie, je n'impose rien à l'équipe, on discute, on amende, il y a des permutations... » Cadre de santé 28, Femme, Psychiatrie

Cet extrait conforte les résultats précédents, en indiquant que la cadre de santé réagit à une situation complexe de gestion des effectifs en organisant le partage des données entre le médecin (CURE) et la psychologue du service (CARE) autour du portefeuille d'outils, afin d'imaginer des solutions à l'issue d'une concertation interprofessionnelle. L'idée qui préside à ce choix de la gestion interprofessionnelle d'une situation complexe est que, puisque

l'absentéisme paramédical a des conséquences pour tous les acteurs de l'hôpital, il convient de présenter la situation à des membres des différents groupes professionnels et de les faire réfléchir ensemble à une solution. Le postulat est donc qu'en dépit des logiques institutionnelles différentes qui influencent les différents groupes professionnels, la présentation factuelle de la situation via les outils de gestion est de nature à poser les contours de la situation et à inciter les acteurs à réfléchir à des solutions qui dépassent son mode de raisonnement et ses intérêts particuliers, mais au contraire à réfléchir de manière décloisonnée. Là encore, cette gestion de la situation complexe par une concertation interprofessionnelle autour du portefeuille d'outils de gestion mobilise plusieurs usages des outils : la construction de légitimité (la cadre indique que dans un service de psychiatrie, les professionnels ne sont pas habitués aux relations hiérarchiques : elle construit donc sa légitimité auprès des équipes en prenant des décisions de gestion qui sont discutées et amendées par l'ensemble des professionnels), la traduction (les outils sont utilisés pour faire comprendre la situation aux membres du CONTROL et du CURE « *j'utilise CARYOTYPE et des extractions de PLUME pour montrer que parfois... on peut juste pas maintenir le flux de patients prévu [...]. Alors, pour qu'on soit en toute transparence, on se réunit avec le médecin responsable et l'unité et la psychologue* ») et du découplage (au sens où les outils de gestion sont détournés de leur rôles prescrits en les utilisant pour faire comprendre au médecin responsable d'unité et à la psychologue les enjeux de gestion des effectifs tout en donnant l'illusion que les outils servent à piloter la situation pour le cadre de santé).

Ces deux extraits sont cohérents avec différents documents collectés, et notamment des échanges de mails entre des cadres, des médecins responsables d'unité et des personnels administratifs : les cadres leur envoyant des extractions des différents outils du portefeuille en leur demandant d'en prendre connaissance avant de les convier à une réunion durant laquelle l'objectif était de prendre des décisions pour répondre à la situation complexe rencontrée.

FIGURE 1-MAIL ENVOYE PAR UN CADRE SUPERIEUR DE SANTE A 1 CADRE DE LA DRH, AU CADRE ADMINISTRATIF ET AU MEDECIN CHEF DE POLE

Sujet :Re: Réunion 25.05.2022
Date :Mon, 23 May 2022 09:58:52 +0200
De :
Pour :

Bonjour,

Comme vous le savez tous les deux, la situation RH en Soins intensifs de néphro est... tendue, voire très tendue. Pas mal de grossesses, d'arrêts maladie longs. Il y a 6 mois, le problème concernait surtout les ASHQ (3 arrêts sur 4 ETP). Depuis avril, les difficultés se sont étendues aux IDE (+++) et aux AS. Même si on a un contexte assez similaire sur le pôle, la situation en SI atteint des proportions délirantes, et 2 PH de l'équipe médicale envisagent de quitter l'unité car ils se plaignent d'une accumulation d'erreurs dans les prises en charge infirmière en raison du peu d'expérience des IDE affectées dans l'unité.

Ce que je propose: vous regardez la situation à partir des PJ, vous réfléchissez aux solutions et on en parle ensemble mercredi.

Un grand merci à vous.
Bien cordialement,

Cadre Supérieur de Santé
Pôle
_CHU de
5, allée
Tel :

Ces éléments permettent de comprendre que les situations complexes sont parfois l'occasion pour les cadres de santé de partager le portefeuille d'outils de gestion des effectifs avec des membres d'autres groupes professionnels et de décloisonner le raisonnement et les choix de gestion des effectifs. L'objectif est de poser les contours de la situation, afin de confier aux acteurs toutes les données nécessaires à la prise de décision. Cette méthode tend à réduire les conflits puisque la solution prise est l'objet d'un consensus qui dépasse les logiques institutionnelles et les raisonnements professionnels. De surcroît, il permet de montrer aux médecins ou aux membres du CONTROL que les situations d'absentéisme très important de l'équipe paramédicale ont des conséquences sur eux, et qu'ils doivent donc contribuer à les résoudre afin de maintenir leur activité. Le portefeuille d'outils de gestion alimente un espace de discussion, en proposant des données suffisamment standardisées pour qu'elles puissent être

comprises et interprétées par des acteurs issus de groupes professionnels différents. Concrètement, les données sont compilées et simplifiées afin de faire apparaître le nombre de professionnels (infirmiers, aides-soignants et agents de service hospitaliers) nécessaires pour assurer la prise en charge des patients hospitalisés dans le service, et le mettre en parallèle des effectifs présents. Au sein des différentes colonnes de professionnels, il peut être fait mention des compétences particulières nécessaires (expérience en réanimation pour tel poste d'infirmier, compétence en éducation thérapeutique pour un autre...). Ce mode de gestion des situations complexes pousse chacun à intégrer les contraintes des autres groupes professionnels, tout en les conciliant avec la défense de la poursuite de ses propres objectifs. Plusieurs cadres de santé nous ont indiqué que cette confrontation des directeurs, des médecins, des psychologues ou des administratifs au portefeuille d'outils de gestion est facilitée depuis trois ans par la connaissance par l'ensemble des acteurs de l'hôpital d'une pénurie de professionnels paramédicaux : aides-soignants et infirmiers en particulier.

« Depuis le COVID, la couverture médiatique a permis de faire prendre conscience à tout le monde, et surtout aux chirurgiens et anesthésistes pour qui ça a parfois été une découverte, qu'il y avait une pénurie infirmière en France, mais dans le monde. Et alors au bloc n'en parlons pas. On a besoin d'IADÉ [infirmières anesthésistes diplômées d'état], d'IBODE [infirmières de bloc opératoire diplômées d'état], de panseuses, d'IDE expérimentées, d'agents de stérilisation... Que des profils pour lesquels il y a une sur-pénurie je dirais. Donc les chirurgiens et les médecins le savent maintenant. A leur dépend, juste parce qu'on en est à un stade où j'ai des chirurgiens qui débarquent dans mon bureau en disant « ce matin je ne peux pas opérer vous avez fermé le bloc donc je n'ai rien à faire ». Bah oui, on n'a pas d'IADÉ, pas d'IBODE, pas d'IDE... donc je ferme 1, 2 voire 3 salles de bloc. Aussitôt, le ton change : « ah bon, expliquez-moi ça ». Alors moi je joue la transparence totale : « voilà les indicateurs qu'on a, les sous-effectifs et la maquette sur CARYTOTYPE qui dit combien on devrait avoir de personnes pour fonctionner normalement. » Ils réalisent soudain la situation et je leur dis qu'on doit travailler ensemble » Cadre supérieure de santé 4, Femme, Blocs opératoires

Cet entretien précise nos résultats précédents, en mettant en exergue que la connaissance de la pénurie de personnel paramédical par l'ensemble des acteurs de l'hôpital, facilite le partage des données et la réflexion interprofessionnelle face aux situations complexes de gestion des effectifs. L'ensemble des groupes professionnels étant affectés par la pénurie de paramédicaux, ils ont tous conscience de l'importance de participer à la gestion de ces situations complexes, pour maintenir leur activité et défendre leurs intérêts respectifs.

« Moi depuis le COVID, je trouve que oui c'est clairement plus dur car on gère de l'absentéisme sans avoir de ressources de remplacement, car la pénurie s'est accrue avec des vagues d'infirmières qui ont quitté l'hôpital. Mais de l'autre côté, je n'ai plus le sentiment d'être la seule à porter ça. La gestionnaire RH et le chirurgien responsable du bloc ortho font un point avec moi chaque semaine, et ça c'est nouveau. On passe en revue les absences de courte durée, de longue durée, les absences prévisibles et on voit si on peut trouver des ressources, si le chirurgien peut caser les interventions qu'il souhaite. La gestionnaire RH nous dit si elle a du nouveau sur le recrutement. Là le CHU vient de mettre en place une prime de 2000€ pour tous les IDE qui acceptent de faire un contrat de plus de 6 mois au bloc. Bon ça produit un peu d'effet, mais on n'a pas eu le choix parce que la clinique X à 10 min propose 1500 € de prime pour tout poste IDE chez eux. Je ne prétends pas que ça règle tout. Mais clairement il y a moins de conflit médico-cadre et administratif-cadre, et je n'ai plus le sentiment d'être la seule à être consciente de la pénurie et de ses effets. » Cadre de santé 30, Femme, Blocs opératoires.

Là encore, tous les acteurs de l'hôpital étant au courant de la pénurie d'infirmiers et d'aides-soignants, le cadre de santé implique chaque semaine la gestionnaire des ressources humaines (CONTROL) et le chirurgien responsable du bloc opératoire (CURE) dans la gestion de la situation complexe, puisque ces acteurs ont intégré que le manque de personnel paramédical détermine aussi le succès ou l'échec de leurs activités.

Ces verbatim confirment les données recueillies lors des journées d'observation, durant lesquelles les médecins et les responsables administratifs se sont montrés très lucides sur la désaffection massive des paramédicaux pour les métiers de l'hôpital. Cette prise de conscience collective de la pénurie d'aides-soignants et d'infirmiers est un facteur favorisant la possibilité pour les cadres de santé de confronter des membres du CURE et du CONTROL à la situation complexe des effectifs via le portefeuille d'outils de gestion, afin d'avoir un regard pluri professionnel sur la situation et de trouver des solutions qui ne se limitent plus à la poursuite de ses objectifs propres, mais qui intègrent aussi les contraintes pesant sur les autres groupes professionnels. Cette forme de gestion des situations complexes permet de gérer le pluralisme des logiques institutionnelles en faisant intégrer à l'ensemble des acteurs de l'hôpital les difficultés liées au personnel paramédical. Dès lors, tous les groupes professionnels sont amenés à dépasser leurs objectifs et raisonnements particuliers, puisque l'analyse de la situation complexe à travers le portefeuille d'outils de gestion leur fait prendre conscience que l'absentéisme paramédical nuit aux activités de l'ensemble des acteurs hospitaliers. Cela conduit les membres du CARE, du CURE, du CONTROL et de la COMMUNITY à ne se

limiter à leur périmètre d'analyse habituel, mais au contraire à intégrer la situation des paramédicaux dans leur raisonnement. Cette gestion des situations complexes par une concertation interprofessionnelle autour du portefeuille d'outils de gestion suppose que les cadres de santé mobilisent les outils selon plusieurs usages, identifiés dans nos résultats : la légitimation, le découplage et la traduction.

Ainsi donc, il apparaît que la gestion des situations complexes entre pairs, dans laquelle les cadres de santé prennent connaissance de la situation à travers les différents outils du portefeuille de gestion et grâce auxquels ils simulent différentes solutions possibles, mobilisent trois usages des outils : le pilotage, la prévision/ prospective et l'évaluation. D'autre part, la gestion des situations complexes via la concertation interprofessionnelle autour du portefeuille d'outils de gestion requière trois autres usages des outils : la légitimation, le découplage et la traduction. Il apparaît donc que la gestion des situations complexes entre pairs sollicite les usages instrumentaux du portefeuille d'outils de gestion, lesquels seraient donc plus adaptés à une utilisation au sein d'un même groupe professionnel répondant aux mêmes logiques institutionnelles, tandis que la gestion des situations complexes par concertation interprofessionnelle nécessite les trois usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion (légitimation, découplage et traduction), puisqu'il convient de réfléchir à la situation en confrontant les différentes logiques institutionnelles des acteurs aux enjeux de la situation des personnels paramédicaux. La temporalité est différente entre les deux modes de gestion des situations complexes.

Lorsqu'ils sont confrontés à des situations complexes, qui exacerbent les tensions existantes entre les rôles et les logiques institutionnelles qui imprègnent les cadres de santé, ceux-ci mobilisent le portefeuille d'outils de gestion afin d'établir un diagnostic de la situation et d'étayer ainsi leur prise de décision.

Nous identifions deux modes de gestion des situations complexes par les cadres de santé, via le recours au portefeuille d'outils de gestion.

Tout d'abord, les cadres de santé peuvent présenter la situation de leur unité, en soutenant leur présentation par des données issues du portefeuille d'outils de gestion, au collectif des cadres de santé du pôle. Ces collègues échangent sur la situation de leurs unités respectives et proposent des solutions. Celles-ci sont discutées sous l'autorité du cadre supérieur du pôle qui décide finalement d'opter pour une décision, parfois confirmée par le directeur des soins. Il y a donc un accord passé au sein du groupe professionnel des managers paramédicaux, avant de présenter la solution proposée par les cadres de santé aux autres groupes professionnels, qui suivent des raisonnements et des logiques différents. Dans ce cas, la gestion des situations complexes s'opère en deux temps : d'abord l'éventail des solutions possibles, plus ou moins influencées par l'un des deux logiques institutionnelles, est discutée entre les cadres de santé, qui se mettent d'accord pour en retenir une après avoir organisé une discussion instrumentée par les outils de gestion. Cette solution retenue parvient à hybrider les rôles gestionnaire et soignant qui s'imposent à tous les managers paramédicaux. Ensuite, lorsqu'un consensus se dégage parmi les cadres paramédicaux, ceux-ci présentent et défendent la solution retenue aux autres groupes professionnels de l'hôpital (CURE / CARE / CONTROL / COMMUNITY). Cette gestion des situations complexes entre pairs sollicite les trois usages instrumentaux des outils de gestion qui ont été identifiés précédemment : le pilotage, la prévision et l'évaluation. En effet, la régulation se faisant entre cadres de santé, il n'y a pas d'enjeu de se montrer conforme aux attentes d'autres groupes professionnels, de dévoyer un outil pour le faire accepter par d'autres ni d'utiliser le portefeuille d'outils pour faire prendre conscience aux autres groupes de la situation. Les outils peuvent donc être utilisés conformément à leurs usages prescrits au sein d'un même groupe professionnel.

Dans d'autres cas, les situations complexes sont l'occasion pour les cadres de santé de partager la consultation du portefeuille d'outils de gestion avec des membres d'autres groupes professionnels, comme des médecins, des psychologues ou des administratifs. L'objectif est de faire comprendre les implications pour tous de l'absentéisme paramédical, afin de parvenir à une solution collective qui tienne compte à la fois des contraintes communes et de ses propres objectifs. Le portefeuille d'outils de gestion est utilisé comme un espace de discussion, permettant de réunir l'ensemble des groupes professionnels de l'hôpital autour de lui afin de confronter la situation complexe aux différentes logiques institutionnelles qui s'exercent à l'hôpital public. Ce dernier mode de résolution des situations complexes est facilité par la prise de conscience collective, depuis l'épidémie de COVID-19, d'une pénurie

d'infirmiers et d'aides-soignants, qui affecte le travail de l'ensemble des hôpitaux. Les acteurs des différents groupes professionnels de l'hôpital, conscients que le manque de personnel paramédical influence toutes les activités de l'hôpital, sont invités à ne plus raisonner selon leur logique institutionnelle propre, mais au contraire à décroquer l'analyse pour tenir compte des besoins et difficultés des autres groupes, y compris des cadres de santé. La gestion des situations complexes par concertation interprofessionnelle fait appel aux trois usages sociopolitiques possibles des outils de gestion : la légitimation, le découplage et la traduction. En effet, la concertation ayant lieu entre acteurs issus de groupes professionnels différents, il est nécessaire de confronter les différentes logiques institutionnelles aux enjeux de la pénurie et de l'absentéisme paramédical afin que chaque acteur accepte d'intégrer dans son raisonnement les contraintes et difficultés qui pèsent sur le CARE.

5.5. Les conséquences des usages du portefeuille sur les frontières professionnelles

Il a été montré dans la revue de littérature que l'hôpital est une organisation au sein de laquelle coexistent des groupes professionnels variés : le CARE (communauté médicale), le CURE (équipes paramédicales), le CONTROL (les administratifs) et la COMMUNITY (financeurs, environnement institutionnel). Ces groupes professionnels diffèrent par leurs objectifs, leur formation, leurs pratiques professionnelles et leur logique institutionnelle. Comme cela a été indiqué dans la revue de littérature, les frontières qui séparent les différents groupes professionnels de l'hôpital correspondent aux « *délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* » (Chreim et al., 2013, p. 204). Ces frontières professionnelles ne sont pas rigides, nos résultats montrent que les différents usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion permettent aux cadres d'interagir avec les différents groupes professionnels en agissant sur ces délimitations physiques, cognitives, relationnelles et structurelles qui séparent les groupes professionnels de l'hôpital. Nos résultats montrent que les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé peuvent produire trois actions différentes

sur les frontières professionnelles de l'hôpital : un estompement des frontières professionnelles, un renforcement des frontières séparant les groupes professionnels ou encore l'extension du périmètre d'action des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels. Les données montrent que les différents usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion structurent les rôles organisationnels qu'ils tiennent et la façon dont ils travaillent sur les frontières professionnelles à l'hôpital public.

5.5.1. Des usages du portefeuille d'outils de gestion qui estompent les frontières professionnelles

Dans un premier temps, il a été observé que les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé peuvent accroître la collaboration entre les groupes d'acteurs en estompant les frontières professionnelles qui séparent les groupes professionnels afin de réussir à les faire travailler autour d'un sujet commun.

Ainsi, lorsque les outils de gestion sont utilisés pour présenter à tous les difficultés liées à la gestion de l'équipe paramédicale (usage de traduction) et que les outils permettent de mettre en perspective l'effectif soignant présent avec la quantité de patients accueillis dans l'unité, le portefeuille d'outils peut conduire à faire collaborer les différents groupes professionnels pour ajuster le nombre et le profil des patients accueillis à l'effectif paramédical disponible. Parmi les nombreuses situations que nous avons observées et qui nous ont été décrites en entretien, le verbatim suivant est assez représentatif des situations où le portefeuille d'outils de gestion est utilisé pour favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé via un travail qui estompe les frontières professionnelles.

« J'ai travaillé comme formatrice en IFSI pendant des années avant de prendre un poste de cadre sup ici, et je pense que ça a façonné ma façon de travailler, y compris sur les effectifs. On fait face globalement à un gel des postes avec une activité clinique qui elle augmente. Je ne me vois pas dire toute seule que je vais enlever 2 postes dans chaque service et qu'ils feront comme ils pourront. Parce que ce n'est pas juste, pas équitable et aussi... pas réfléchi en fait, donc ça me gênerait beaucoup. Je fais comme à l'IFSI [Institut de Formation en Soins Infirmiers] avec les différents intervenants : « mettez-vous autour de la table, chacun est informé du problème, voici ce que disent nos outils CARYOTYPE, PLUME et SAISON et on

voit comment le résoudre ensemble, chacun apportant ses compétences ». Globalement, j'ai les médecins qui voient le côté médical dans notre situation RH contrainte et qui me disent si on peut faire des parcours thérapeutiques différents, avec une rééducation au domicile, avec des traitements qui autonomisent plus le patient. Les gens des ressources humaines, du bureau du personnel et bien sur mon cadre administratif vont aussitôt me dire quelle enveloppe de remplacement il me reste, quel budget d'intérim j'ai consommé pour le moment et surtout ils vont me modéliser l'impact financier d'une prise en charge différente. Parce que si les médecins prescrivent deux tiers de la réeduc[ation] à domicile, c'est sur ça nous économise des dizaines d'heures pour nos kinés, ergo et ortho, mais ça fait aussi des ressources financières en moins. Donc est-ce que ce n'est pas aussi se tirer une balle dans le pied ? Je tiens compte aussi beaucoup des pairs aidants, des patients qui viennent, à qui j'explique la situation RH. Eux ils me disent attention à la réeduc[ation] à domicile, c'est un exercice solitaire, complexe et qui peut démoraliser le patient car avoir des douleurs à la maison c'est différent de les avoir à l'hôpital. Et j'ai mes cadres qui bien sur regardent les temps de prise en soin, les mutualisations de postes possibles, ce que les AS peuvent faire pour soulager les IDE... Je décroïsonne volontairement la réflexion autour de la situation RH car je ne peux rien faire seule, je suis là pour mutualiser les propositions et aboutir à des solutions qui tiennent compte de toutes les contraintes. Si on ne fait pas comprendre d'abord que tout le monde doit faire évoluer ses positions, on arrive pas ensuite à prendre une solution qui soit acceptable pour tous » Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et Réadaptation

Cet usage décroïsonné du portefeuille d'outils de gestion des effectifs par la cadre supérieure du pôle vis-à-vis de l'équipe médicale du pôle, des administratifs, des représentants des patients et des cadres de santé permet de partager le travail de gestion des équipes paramédicales et d'estomper les frontières professionnelles pour faire travailler ensemble les différents acteurs sur un sujet qui les concernent tous. Dans ce verbatim, la cadre supérieure de santé insiste pour dire que face à un contexte d'effectifs contraints, elle ne peut pas prendre de décision seule. En effet, la réduction d'effectifs paramédicaux a des conséquences sur l'ensemble des groupes professionnels de l'hôpital : les traitements prescrits par les médecins (CURE) doivent être adaptés afin d'être plus économes en temps paramédical et de rééducation, ces modifications de traitement (notamment la mise en place d'une partie de la rééducation des patients à leur domicile par des professionnels libéraux) influencent les ressources financières perçues par le CHU TONUS comme l'évoquent les administratifs (CONTROL) et ils peuvent aussi conduire à des mutations de tâches imaginés par les cadres de santé pour les professionnels paramédicaux

(CARE). Ainsi, certains actes non techniques peuvent, s'il n'y a pas de barrière juridique, être délégués par les infirmiers aux aides-soignants, ce qui dégage du temps infirmier pour d'autres missions. Enfin, la cadre supérieure a pris l'habitude de présenter les problèmes pesant sur les équipes paramédicales au moyen du portefeuille d'outils de gestion à des représentants des patients (COMMUNITY) ou à des patients experts (pairs aidants) : ceux-ci penchent plutôt en faveur d'un maintien de la rééducation à l'hôpital, même si cela est plus consommateur de temps pour les professionnels, au motif que les douleurs et les difficultés ressenties par les patients à cette occasion sont mieux prises en charge en institution qu'à domicile. Par cette mise à disposition des outils de gestion des effectifs auprès de tous les professionnels, l'usage sociopolitique de traduction permet à la cadre de pôle de les impliquer dans l'analyse de la situation de l'équipe paramédicale et de leur déléguer ainsi en partie sa mission de gestion de l'équipe paramédicale. L'avantage de cette pratique est de rendre collégiales les décisions de gestion prises, ce qui les rend moins contestables par l'ensemble des parties prenantes par la suite. De surcroît, la présentation de la situation au moyen du portefeuille d'outils de gestion des effectifs aux différents groupes d'acteurs de l'hôpital permet d'enrichir le travail du cadre supérieur de santé, en ne le limitant pas au rôle gestionnaire mais en tenant aussi un rôle soignant, en favorisant la collaboration interprofessionnelle au service de la réflexion sur les parcours de soins proposés. En effet, le verbatim indique que par cet usage sociopolitique du portefeuille d'outils entre les différents groupes d'acteurs de l'hôpital, cette cadre supérieure de santé invite le CARE, le CURE, le CONTROL et la COMMUNITY à se positionner sur les thérapies les plus adaptées aux patients, sur le parcours de soin (hospitalisation ou prise en charge à domicile) qu'il convient de proposer aux patients et sur la stratégie à adopter par le pôle face au flux de patients. Ainsi donc, l'usage de traduction permet aux cadres d'assurer leur mission de gestion de l'équipe paramédicale tout en travaillant concomitamment sur leurs missions transversales impliquant de développer la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. Comme l'indique la cadre supérieure, cet usage du portefeuille d'outils de gestion, en estompant les frontières entre les différents groupes qui sont désormais appelés à réfléchir collectivement à des solutions face à la pénurie de professionnels paramédicaux, le cadre paramédical est amené à retenir des solutions qui combinent les attentes gestionnaires et soignantes : l'hybridation de ses deux rôles est donc favorisée.

Ayant retenu la définition de frontière professionnelle comme étant l'ensemble des « *délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* » (Chreim et al., 2013, p. 204),

nous mettons en évidence le fait que l'usage que nous décrivons ici du portefeuille d'outils de gestion des effectifs conduit à estomper les différentes dimensions des frontières professionnelles à l'hôpital, ce qui contribue à l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant des cadres. Nous expliquons maintenant de manière plus détaillée comment les usages sociopolitiques du portefeuille peuvent contribuer à estomper les différentes caractéristiques, étudiées les unes après les autres, des frontières professionnelles.

5.5.1.1. L'estompe des délimitations physiques entre groupes professionnels

La situation dans laquelle le portefeuille d'outils de gestion est utilisée par une cadre supérieure pour présenter à tous les contraintes pesant sur l'équipe paramédicale et ses impacts sur l'ensemble des groupes d'acteurs de l'hôpital modifie l'espace physique entre les groupes professionnels.

Alors que ceux-ci évoluent traditionnellement dans des espaces physiques distincts, l'usage sociopolitique du portefeuille par la cadre de pôle est accompagné d'une réunion de tous les acteurs, issus de groupes professionnels différents, dans le bureau de la cadre paramédicale.

« Je fais comme à l'IFSI avec les différents intervenants : « mettez-vous autour de la table, chacun est informé du problème » Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et Réadaptation

Ce verbatim, couplé à de nombreuses observations de réunions durant lesquelles un cadre de santé ou un cadre de pôle réunit dans son bureau des paramédicaux, des médecins, des administratifs et parfois des représentants des patients, illustre le fait que cet usage sociopolitique du portefeuille d'outils estompe la délimitation physique entre les groupes. Cet usage permet de ne plus les laisser évoluer dans des espaces physiques distincts, mais plutôt de les rassembler dans un même lieu afin d'estomper la délimitation physique qui les séparait. Cet estompe des frontières physiques à travers l'usage sociopolitique du portefeuille précède la réflexion sur une solution de gestion acceptée par tous.

5.5.1.2. L'estompe des délimitations cognitives entre groupes professionnels

Les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion par la cadre supérieure ont également pour conséquence de réduire la distance cognitive qui sépare les groupes d'acteurs, c'est-à-dire le fait que chacun dispose d'informations différentes et poursuive donc un raisonnement différent, obéissant à sa propre logique institutionnelle. Ici, le portefeuille est utilisé afin de présenter la situation de l'équipe paramédicale aux différents acteurs, afin de les conduire à adopter un raisonnement plus transversal et à accroître la collaboration entre eux.

« Chacun est informé du problème, voici ce que disent nos outils CARYOTYPE, PLUME et SAISON et on voit comment le résoudre ensemble, chacun apportant ses compétences » Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et Réadaptation

Si les informations qui sont présentées aux différents acteurs, à partir des données issues du portefeuille d'outils de gestion, sont les mêmes, chaque groupe professionnel réagit spécifiquement selon ses propres intérêts et compétences.

« Globalement, j'ai les médecins qui voient le côté médical dans notre situation RH contrainte et qui me disent si on peut faire des parcours thérapeutiques différents, avec une rééducation au domicile, avec des traitements qui autonomisent plus le patient. Les gens des ressources humaines, du bureau du personnel et bien sur mon cadre administratif vont aussitôt me dire quelle enveloppe de remplacement il me reste, quel budget d'intérim j'ai consommé pour le moment et surtout ils vont me modéliser l'impact financier d'une prise en charge différente » Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et Réadaptation

Ces deux extraits confirment le fait que les usages sociopolitiques du portefeuille peuvent permettre à chaque groupe de prendre connaissance de la situation de l'équipe paramédicale. Les cadres paramédicaux ne sont plus les seuls à détenir cette information, ils partagent volontairement les données rendant compte de la situation. De cette façon, même si chacun apporte ensuite des solutions qui tiennent compte de son groupe d'appartenance (les médecins modifiant leurs prescriptions et les administratifs réfléchissant aux conséquences sur la masse salariale et les recettes financières du pôle des décisions prises), ces usages du portefeuille donnent à tous les groupes d'acteurs un niveau d'information identique afin d'enclencher un raisonnement décroisé entre acteurs. Ainsi donc, les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion par un cadre paramédical peuvent conduire à estomper les délimitations cognitives entre les groupes professionnels de l'hôpital public, afin de permettre ensuite de déboucher sur une solution qui combine les différentes attentes des professionnels.

5.5.1.3. L'estompement des délimitations relationnelles entre groupes professionnels

Les usages sociopolitiques du portefeuille de gestion peuvent rompre avec l'organisation professionnelle et hiérarchique de l'hôpital, qui nuit parfois à la fluidité des échanges et des relations entre acteurs. Ici, le portefeuille est utilisé de manière à nouer des relations très proches entre les différents groupes professionnels, chacun étant mis à contribution pour résoudre une difficulté collective liée aux tensions portant sur l'équipe paramédicale.

« J'ai travaillé comme formatrice en IFSI pendant des années avant de prendre un poste de cadre sup ici, et je pense que ça a façonné ma façon de travailler, y compris sur les effectifs. On fait face globalement à un gel des postes avec une activité clinique qui elle augmente. Je ne me vois pas dire toute seule que je vais enlever 2 postes dans chaque service et qu'ils feront comme ils pourront. Parce que ce n'est pas juste, pas équitable et aussi... pas réfléchi en fait, donc ça me gênerait beaucoup. Je fais comme à l'IFSI avec les différents intervenants : « mettez-vous autour de la table, chacun est informé du problème, voici ce que disent nos outils CARYOTYPE, PLUME et SAISON et on voit comment le résoudre ensemble, chacun apportant ses compétences » Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et Réadaptation

« Quand on fait un point sur une situation RH tendue, y a plus de rapport de force ou de rapport hiérarchique. En fait, médecins, cadre, bureau du personnel : on est tous confrontés aux mêmes problèmes qui s'imposent à nous, et donc on débat sans tabou des solutions possibles, chacun a la même importance dans l'échange » Cadre de santé 31, Homme, Psychiatrie

Ces extraits de verbatim convergent pour montrer que les usages sociopolitiques du portefeuille (traduction ici) entraînent une modification profonde des relations entre acteurs de l'hôpital public. Confrontés aux mêmes difficultés, présentées par le portefeuille d'outils, les différents groupes professionnels mettent de côté les rapports hiérarchiques ou de pouvoir qui les séparent habituellement pour réfléchir à une solution mutuellement profitable : il y a donc un estompement des délimitations relationnelles entre les groupes professionnels. Cet estompement des délimitations relationnelles est présentée comme indispensable à la réflexion permettant d'aboutir à une solution de gestion qui relie les différentes attentes des acteurs de l'hôpital.

5.5.1.4. L'estompement des délimitations structurelles entre groupes professionnels

La structure sociale sur laquelle les usages du portefeuille agissent peut prendre plusieurs formes, que ce soit l'espace de travail dans lequel s'inscrit l'usage ou encore le portefeuille d'outils lui-même, puisqu'il structure l'information présentée et le travail qui s'ensuit.

« Je décroïsonne volontairement la réflexion autour de la situation RH car je ne peux rien faire seule, je suis là pour mutualiser les propositions. [...] Si on ne fait pas comprendre d'abord que tout le monde doit faire évoluer ses positions, on arrive pas ensuite à prendre une solution qui soit acceptable pour tous » Cadre supérieure de santé 3, Femme, Médecine Physique et Réadaptation

Dans cet extrait, il apparaît que l'usage du portefeuille d'outils (usage de traduction associée à une réflexion pluridisciplinaire) est associé à un espace de travail unique, dans lequel le portefeuille d'outils permet à la cadre supérieure de santé de mutualiser les différentes solutions proposées par les différents acteurs et d'en simuler les effets. Ainsi, l'usage sociopolitique du portefeuille d'outils de gestion produit ici un estompement des délimitations structurelles entre les groupes professionnels, qui précède la réflexion sur une solution qui convienne aux différents acteurs.

Ainsi, les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion par les cadres paramédicaux peuvent permettre, après avoir présenté à tous les groupes professionnels de l'hôpital les contraintes (pénurie, absentéisme...) pesant sur l'équipe paramédicale, de susciter une réflexion collaborative sur les différentes solutions envisageables. Ces usages du portefeuille d'outils de gestion produisent un estompement des délimitations physiques, cognitives, relationnelles et structurelles qui existent entre le CARE, le CURE, le CONTROL et la COMMUNITY. Ainsi, les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion permettent aux cadres de santé d'estomper les frontières professionnelles à l'hôpital afin de permettre ensuite une collaboration interprofessionnelle autour de la situation des effectifs soignants qui puisse déboucher sur une solution de gestion qui combine les considérations gestionnaire et soignante.

5.5.2. Des usages du portefeuille d'outils qui renforcent les frontières entre les différents groupes professionnels de l'hôpital

D'autre part, nos données font état d'une autre conséquence possible des usages du portefeuille d'outils sur les frontières professionnelles à l'hôpital public. Ainsi, certains cadres de santé font usage du portefeuille d'outils de gestion des effectifs de manière à repositionner chaque groupe professionnel dans son périmètre d'influence, afin de reconquérir une place qu'ils estiment être la leur au sein du CARE : il se produit un renforcement des frontières professionnelles entre les groupes d'acteurs.

Le verbatim de la cadre de santé 30 permet de comprendre que les usages du portefeuille d'outils de gestion peuvent permettre de délimiter son périmètre d'action vis-à-vis d'autres groupes professionnels, et donc retirer des tâches exercées par d'autres acteurs à son profit, afin de réaffirmer la délimitation des tâches entre groupes professionnels. Nous avons observé ces situations à l'occasion de la préparation de la présentation d'un projet, ou des cadres supérieurs paramédicaux utilisaient le portefeuille d'outils pour montrer aux médecins chefs qu'il revenait aux seuls cadres de présenter le montage médico-financier et en termes de personnel du projet. Dans ces situations, les usages de traduction et de légitimation étaient mis en œuvre par des cadres paramédicaux durant des réunions avec des médecins et des administratifs afin de montrer qu'ils étaient des acteurs en mesure de combiner une approche gestionnaire et chiffrée du projet avec une expertise soignante leur permettant de prendre des décisions éclairées quant à l'équipe paramédicale et à la conduite des activités de soins.

Cette situation est également observée au sujet des entretiens d'évaluation annuels des professionnels paramédicaux, qui étaient assurés en partie par des médecins. Représentative de la réaction de nombreux cadres paramédicaux, la cadre de santé 30, dont l'entretien est retranscrit dans le verbatim qui suit, s'est saisie du portefeuille d'outils de gestion pour argumenter qu'elle était la seule à même de mener ces entretiens et que les médecins excédaient leur périmètre d'activité en le faisant.

« Quand je suis arrivée ici, j'ai découvert ... quand même ... des choses particulières. Les entretiens d'évaluation annuels étaient réalisés conjointement par la cadre de santé et par un médecin... pas seulement dans les faits, mais aussi dans les écrits ça se voyait. Concrètement, les bilans d'entretiens annuels étaient signés par la cadre et par le médecin et les 2 écrivaient un avis sur la manière de servir... Non mais sans blague... J'ai expliqué aussitôt ... dès mon

arrivée... que c'était plus possible. Bien sûr incompréhension du médecin responsable du service. Bah oui c'est dur le changement... J'ai dû prendre mon courage à deux mains, moi ça ne me dérange pas. J'ai prévenu que je serai présente au staff médical. J'ai projeté sur l'écran du bureau médical l'onglet de PLUME qui fournit la trame de l'entretien d'évaluation annuel. Et la miracle... c'est la DRH qui a coconstruit l'outil et qui rappelle que la loi impose que ce soit le supérieur hiérarchique de l'agent qui conduise l'entretien annuel... et bien sûr PLUME rappelle... mais tout le monde le sait... qu'un médecin n'est en aucun cas le supérieur hiérarchique d'un infirmier ou d'un aide-soignant... Non sans blague... « On ne savait pas » ; « vous êtes sûre ? » ou « mais comment vous allez pouvoir évaluer, c'est nous qui travaillons avec les infirmiers ». J'ai répondu que j'étais certaine, et que donc les médecins pouvaient m'envoyer des avis sur les agents par mail, mais que j'étais la seule à pouvoir mener les entretiens annuels et qu'il n'y avait que mon avis qui serait écrit sur les entretiens... En fait c'est le job du cadre de santé, et de personne d'autre... Bah oui, pour évaluer des infirmiers et des aides-soignants, c'est pas mal que ce soit un cadre de santé qui a été infirmier qui le fasse. Qu'est-ce que je n'avais pas dit ! » Cadre de santé 30, Femme, Médecine

Dans cet extrait, le portefeuille d'outils de gestion des effectifs est utilisé par la cadre de santé pour rappeler aux médecins la réglementation (usage de traduction), qui prévoit que l'évaluation des professionnels paramédicaux est une compétence exclusive du cadre de santé, et que le médecin ne peut pas y participer. Ainsi donc, ces usages du portefeuille d'outils renforcent les frontières professionnelles qui séparent le CARE et le CURE, en montrant que les cadres de santé assurent seuls le management des professionnels paramédicaux (usage de légitimation) et que les médecins ne peuvent intervenir dans l'évaluation de ces acteurs sur lesquels ils n'ont pas d'autorité hiérarchique. Les usages sociopolitiques du portefeuille (traduction et légitimation ici) font office de rappel à la réglementation afin de rendre visible la délimitation stricte entre les tâches dévolues au CARE et celles dédiées au CURE. La mission d'évaluation des paramédicaux est présentée par ces usages sociopolitiques du portefeuille comme une partie intégrante du rôle soignant des cadres de santé, au motif qu'elle nécessite une expérience paramédicale préalable.

Ce verbatim confirme que le portefeuille d'outils de gestion peut être utilisé par les cadres de santé pour renforcer les frontières professionnelles, et exclure ici les médecins des missions d'évaluation des paramédicaux au profit des cadres de santé. En effet, face aux dérives que représentaient la conduite d'entretiens d'évaluation annuelle des paramédicaux par les médecins du pôle de psychiatrie, un cadre de santé a sollicité un audit externe. Ce dernier,

voulant vérifier la réalisation des entretiens d'évaluation annuelle en temps voulu a fait une requête via les outils PLUME et HORIZON, qui a fait état d'un grand nombre de professionnels paramédicaux pour qui aucune évaluation n'était remplie dans le portefeuille. Pour justifier que les évaluations annuelles étaient tout de même réalisées, les collaborateurs de la DRH ont remis aux auditeurs les évaluations faites au format papier par les médecins du pôle. Ainsi, il a été mis en évidence que le non-usage du portefeuille s'expliquait par le fait que les médecins qui conduisaient ces évaluations n'étaient pas autorisés à le faire. Les cadres de santé se sont saisis du portefeuille d'outils de gestion pour mettre en exergue que les évaluations conduites par les médecins se faisant hors de celui-ci étaient illégales. Le non-usage, que nous incluons dans le découplage, est donc mis en lumière par les cadres de santé pour rappeler qu'eux seuls sont fondés à évaluer les professionnels paramédicaux, comme le rappelle la structure du portefeuille d'outils qui ne donnent l'accès aux fonctionnalités d'évaluation des agents qu'aux managers paramédicaux. Ainsi, cet usage du portefeuille d'outils de gestion a pour conséquence de réaffirmer la délimitation entre les différents groupes professionnels, en rappelant à chacun son périmètre d'intervention dans l'objectif d'asseoir la posture professionnelle du cadre de santé au centre du CARE. Cet usage du portefeuille d'outils de gestion a pour conséquence d'exclure les médecins du rôle gestionnaire à l'égard du CARE, afin de défendre la posture professionnelle des cadres de santé.

« La posture professionnelle c'est très important pour s'imposer comme cadre de santé. A ma prise de poste, j'ai eu... des tensions on peut dire... avec le cadre administratif. En fait, il était très compétent en gestion financière, mais du coup il faisait ces calculs et me disait ce que je devais faire. Concrètement, ça veut dire qu'il me demandait de valider sur HORIZON des plannings à -2 ou -3, de mettre l'infirmière de coordination sur des soins sur PLUME pour qu'on soit dans les clous officiellement, de mettre directement en autonomie des jeunes diplômées et j'en passe et des meilleurs. Très rapidement, j'ai dû expliquer à ce monsieur que la compta pure c'est sympa, mais que ce n'est pas mon travail. En revanche, respecter les normes, réfléchir à affecter sur un poste l'IDE qui en a les compétences et l'expérience nécessaire, estimer le temps de doublage d'une nouvelle par un IDE expérimentée, réfléchir à des astuces de planning... Tout ça, ça relève du soin et ça irrigue les constitutions des plannings, et donc c'est mon domaine. Donc il a fini par comprendre que PLUME, HORIZON et CARYOTYPE, ce n'était pas de la bidouille mais des choix importants qui nécessitaient une connaissance du soin. Bon il a fini par demander sa mutation sur le pôle financier et c'est parfait. » Cadre de santé 12, Femme, Médecine

Ce verbatim prolonge notre raisonnement en proposant une vision du portefeuille d'outils de gestion comme un moyen d'affirmer sa position au sein d'une sphère professionnelle. Ici, le portefeuille d'outils est utilisé par une cadre de santé afin de souligner le point d'achoppement entre la logique administrative, qui caractérise le CONTROL, et la logique soignante, qui définit le CARE. En effet, le cadre administratif du pôle conseillait à la cadre des santé des choix de gestion des plannings (travail en sous-effectif ; affectation sur le portefeuille d'une infirmière sur des missions de soins, pour respecter de manière factice les ratios de personnel imposés, alors qu'elle effectue dans les faits un travail de coordination ; réduction du temps de travail en binôme entre un professionnel novice et un professionnel expérimenté) qui ont pour objectif unique de réduire la consommation de masse salariale et de répondre à l'objectif d'efficience dans l'utilisation des ressources humaines. La cadre de santé, qui est la seule autorisée à prendre des décisions opérationnelles sur les plannings qui ont un impact direct sur la masse salariale, tient à mettre en avant l'importance de disposer d'une expertise paramédicale et d'une connaissance de terrain des soins afin de pouvoir prendre des décisions de gestion des plannings éclairées, qui combinent l'efficience budgétaire demandée et qualité des soins et respect des besoins des professionnels paramédicaux. Ainsi, cet usage du portefeuille d'outils de gestion a pour conséquence de renforcer les frontières professionnelles qui séparent le CARE et le CONTROL afin de pouvoir ensuite assumer une posture d'hybridation des rôles gestionnaire et soignant.

5.5.2.1. Le renforcement des délimitations physiques entre groupes professionnels

Souhaitant défendre le droit exclusif des cadres de santé de mener des entretiens d'évaluation des paramédicaux, et donc restreindre le périmètre d'intervention des médecins au monde du CURE, cette cadre de santé utilise le portefeuille d'outils de gestion afin de renforcer la délimitation, notamment physique, entre les différents groupes professionnels. Ainsi, pour

montrer sa désapprobation, cette cadre de santé a tenu à pénétrer dans l'espace physique réservée aux médecins : le staff médical.

« J'ai dû prendre mon courage à deux mains, moi ça ne me dérange pas. J'ai prévenu que je serai présente au staff médical. » Cadre de santé 30, Femme, Médecine

Cette entrée d'un cadre paramédical dans l'espace physique du CURE répond à l'intrusion des médecins dans l'espace physique du CARE lorsqu'ils évaluent les paramédicaux. Lors de sa présence au staff médical, cette cadre a rappelé que le portefeuille d'outil était porteur de la réglementation en la matière, qui prévoit que les paramédicaux ne peuvent être évalués que par un cadre paramédical. Ainsi, cet usage du portefeuille d'outils en vue de renforcer les frontières est l'occasion pour la cadre de rappeler que les médecins n'ont pas leur place dans l'évaluation des membres du CARE.

« J'ai répondu que j'étais certaine, et que donc les médecins pouvaient m'envoyer des avis sur les agents par mail, mais que j'étais la seule à pouvoir mener les entretiens annuels et qu'il n'y avait que mon avis qui serait écrit sur les entretiens... En fait c'est le job du cadre de santé, et de personne d'autre... » Cadre de santé 30, Femme, Médecine

Ainsi, cet usage du portefeuille conduit à renforcer la délimitation physique entre le périmètre du CARE dévolu aux cadres et celui du CURE réservé aux médecins. Ce renforcement des frontières physiques est présentée comme un préalable permettant au cadre de santé d'affirmer qu'il était le seul acteur en mesure d'évaluer les paramédicaux.

5.5.2.2. Le renforcement des délimitations cognitives entre groupes professionnels

Les usages sociopolitiques du portefeuille en vue de renforcer la délimitation entre les groupes professionnels se manifestent aussi par une exacerbation des différences dans les perceptions et les connaissances, liées à la réglementation notamment.

« Et bien sûr PLUME rappelle... mais tout le monde le sait... qu'un médecin n'est en aucun cas le supérieur hiérarchique d'un infirmier ou d'un aide-soignant... Non sans blague... « On ne savait pas » ; « vous êtes sûre ? » ou « mais comment vous allez pouvoir évaluer, c'est nous qui travaillons avec les infirmiers ». J'ai répondu que j'étais certaine » Cadre de santé 30, Femme, Médecine

Cet extrait d'entretien confirme qu'en utilisant le portefeuille pour séparer les tâches des cadres de celles des médecins, le cadre de santé renforce les délimitations cognitives entre ces deux groupes professionnels. Les usages sociopolitiques (traduction, légitimation et découplage) du portefeuille, et singulièrement de PLUME, viennent soutenir le fait que les médecins n'ont pas de responsabilité hiérarchique sur les paramédicaux. Il est également réaffirmé à travers l'outil qu'il appartient aux seuls cadres de santé de pouvoir entamer une démarche réflexive portant sur l'évaluation des paramédicaux. Ainsi, les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils peuvent entraîner un renforcement des délimitations cognitives entre les groupes professionnels, qui permet ensuite au cadre de santé de renforcer sa légitimité à procéder aux entretiens annuels des paramédicaux.

5.5.2.3. Le renforcement des délimitations relationnelles entre groupes professionnelles

De surcroît, les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils afin de réaffirmer la distinction entre les périmètres des médecins et celui des cadres paramédicaux se manifestent aussi par un renforcement de la délimitation relationnelle qui distingue les groupes professionnels.

Ainsi, les extraits indiquent que l'évaluation médicale des paramédicaux est irrecevable.

« Quand j'ai pris mes fonctions, j'ai trouvé dans les archives des documents papier dans lesquels des psychiatres rédigeaient des avis lors d'une évaluation annuelle d'infirmier. C'était signé par le cadre sup de l'époque. Ça veut dire quand même que on était complètement hors des clous, et d'ailleurs ce qui le prouve c'est que c'était complètement hors du processus habituel d'évaluation. [...] Donc les auditeurs ont regardé et ont vu que c'était les médecins qui le faisaient. Mais du coup l'audit a conclu « c'est caduc, ça ne vaut rien et ça veut dire que s'il y a une contestation, l'hôpital devra justifier. ». Donc la DRH a imposé que ça cesse, et maintenant tout passe par l'outil » Cadre de santé 28, Femme, Psychiatrie

Cet entretien indique que l'évaluation professionnelle des infirmiers réalisée par des médecins est irrecevable (« hors des clous »), au motif qu'elle sous-entend l'existence d'une relation hiérarchique entre les médecins et les paramédicaux, ce qui n'est pas le cas. C'est la raison pour laquelle l'audit externe sollicité par un cadre paramédical conclue sur le fait que les évaluations de paramédicaux faites par des médecins sont caduques et qu'elles exposent l'hôpital à des risques de contestation et de recours. A la suite de cela, la direction des ressources humaines a

imposé que toutes les évaluations professionnelles soient faites par le truchement du portefeuille d'outils, ce qui implique qu'elles soient réalisées par les cadres paramédicaux car eux seuls ont accès à la fonctionnalité du portefeuille permettant la réalisation d'entretiens d'évaluation annuelle.

Ainsi, les usages sociopolitiques du portefeuille ont entraîné de nombreuses transformations des relations entre les groupes professionnels. La direction des ressources humaines (CONTROL) est donc intervenue pour rappeler que les évaluations des paramédicaux (CARE) devait être l'apanage des cadres de santé, et que les médecins (CURE) n'entretenant pas de supériorité hiérarchique avec les paramédicaux, ils ne devaient en aucun cas intervenir dans cette relation d'évaluation. Il ressort donc des données que les usages sociopolitiques du portefeuille renforçant les frontières professionnelles impliquent une exacerbation de la délimitation relationnelle entre les groupes d'acteurs à l'hôpital. Ce renforcement des délimitations relationnelles est présenté comme nécessaire afin de pouvoir ultérieurement permettre aux cadres de santé d'assumer leur mission d'évaluation annuelle des paramédicaux.

5.5.2.4. Le renforcement des délimitations structurelles entre les groupes d'acteurs

Comme rappelé précédemment, le portefeuille d'outils de gestion des effectifs constitue une structure technico-sociale dans la mesure où il détermine les utilisations possibles de l'équipe paramédicale et qu'il structure les relations entre les acteurs. Dans ces usages sociopolitiques du portefeuille renforçant la délimitation des tâches entre acteurs, il est à noter que la structure, et en l'occurrence le portefeuille d'outils, intervient pour contribuer à renforcer la délimitation entre CARE, CURE, CONTROL et les cadres.

« J'ai projeté sur l'écran du bureau médical l'onglet de PLUME qui fournit la trame de l'entretien d'évaluation annuel. Et la miracle... c'est la DRH qui a co-construit l'outil et qui rappelle que la loi impose que ce soit le supérieur hiérarchique de l'agent qui conduise l'entretien annuel... et bien sûr PLUME rappelle... mais tout le monde le sait... qu'un médecin n'est en aucun cas le supérieur hiérarchique d'un infirmier ou d'un aide-soignant... » Cadre de santé 30, Femme, Médecine

« Donc la DRH a imposé que ça cesse, et maintenant tout passe par l'outil. Si à la fin de la campagne chaque année vous n'avez pas complété la partie entretien annuel d'un agent,

HORIZON envoie une alerte au cadre, au cadre sup, au cadre administratif et au bureau du personnel référent. » Cadre de santé 28, Femme, Psychiatrie

Ces deux verbatim illustrent le fait qu'*in fine*, c'est bien la structure représentée par le portefeuille lui-même qui devient incontournable et qui, par le biais des accès aux fonctionnalités d'évaluation, distribue les rôles entre les cadres et les médecins. Il convient donc de retenir que les usages du portefeuille d'outils de gestion qui renforcent la distinction des tâches entre les groupes professionnels induisent une accentuation de la délimitation structurelle entre les mondes de l'hôpital, qui permet ensuite aux cadres de santé d'assumer leur double rôle gestionnaire et soignant en procédant aux entretiens annuels des paramédicaux.

Les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion peuvent produire un renforcement des délimitations physiques, cognitives, relationnelles et structurelles entre les groupes d'acteurs : il apparaît donc que ces usages peuvent renforcer les frontières professionnelles à l'hôpital public. Par conséquent, les frontières professionnelles étant de plus en plus fortes, la délimitation des périmètres d'intervention entre les différents groupes professionnels s'accroît. Ce travail de renforcement des frontières professionnelles favorisé par les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils permet ensuite aux cadres de santé de légitimer le fait qu'ils mènent les évaluations annuelles des paramédicaux, au motif que ceci nécessite une double expertise gestionnaire et soignante.

5.5.3. Des usages du portefeuille qui ont pour conséquence d'étendre le périmètre d'influence d'un groupe professionnel

Enfin, les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion peuvent aboutir à une troisième modification des frontières professionnelles : les cadres de santé se saisissent dans certaines occasions du portefeuille d'outils de gestion pour élargir leur périmètre d'influence en exerçant des tâches jusque-là réservées à des acteurs issus d'autres mondes professionnels. Ces usages du portefeuille qui ont pour effet d'étendre le périmètre d'influence a été observé ou décrit par les cadres interviewés dans plusieurs situations : lorsque qu'un cadre paramédical investit la mission d'ordonnancer d'un service ou un pôle (soit les activités visant à gérer les lits, programmer et réguler / coordonner les parcours de soins), lorsqu'il décide de fermer des lits eu égard à une dégradation importante de la situation de l'équipe paramédicale ou alors

lorsqu'il assure des missions de coordination du pôle dont il a la responsabilité avec des associations scientifiques ou des financeurs. Ces différentes missions incombent historiquement aux médecins ou aux administratifs, les usages du portefeuille réalisés dans ces contextes-là ont pour conséquence d'étendre les frontières des cadres de santé pour inclure désormais ces missions dans leur périmètre.

« Par expérience, j'ai été virée du pôle X. Au pôle X, je ne suis restée que quatre mois parce que le Directeur de la Plateforme où j'étais m'a demandé – vu que j'avais fait deux mois d'ordonnancement – de faire un état des lieux et de proposer un plan d'actions pour ordonnancer le X. J'utilisais les outils institutionnels, PLUME, CARYOTYPE, AVENIR entre autres, et aussi des outils perso, pour faire un état de l'existant : nombre moyen de patients accueillis, profils des patients accueils, DMS, habitude de soins, effectifs paramédicaux existants... Et du coup j'étais parvenu à agréger toutes ces infos pour montrer quel patient devait être accueilli, en combien de temps, et quel effectif paramédical ça allait nécessiter. L'idée est qu'on ne subisse pas les afflux mais qu'on les prévoit, pour que les conditions de travail et la qualité des soins soit bonne. Les seuls interlocuteurs à qui je devais communiquer les informations, c'étaient le directeur et le cadre sup. Il se trouve que le médecin chef a eu connaissance du document et donc a fait un rapport circonstancié contre moi et m'a demandé de faire mes valises en 48 heures. Le gros problème c'est que ce médecin, et ses collègues, n'ont pas supporté que les rôles puissent changer à l'avenir. Si on mettait l'ordonnancement en place, c'était moi qu'on appellerait pour savoir si on devait hospitaliser ce patient ou plutôt un autre et quand. La médecin chef a débarqué dans mon bureau en me demandant pour qui je me prenais de lui piquer ses décisions d'hospitalisation et que ces choix étaient uniquement médicaux. Mais moi je lui ai expliqué que mes outils tenaient compte des avis médicaux bien entendu, et que je les faisais juste corroborer avec la liste d'attente des patients et la situation, qualitative et quantitative, de l'équipe paramédicale. Elle a hurlé « mais vous vous prenez pour qui ? Il faut un médecin pour hospitaliser. ». Moi je n'ai pas perdu mon aplomb et j'ai répondu que l'avis médical était pris en compte par mon ordonnancement, mais que toutes les infos issues de PLUME, CARYOTYPE et AVENIR étaient indispensables, car OK il faut un médecin pour hospitaliser, mais il faut toute une équipe hôtelière, paramédicale et de rééducation aussi, et ça c'est moi qui les pilote. Ça a fait un remue-ménage d'enfer car après je venais au staff médical pour discuter les décisions d'hospitalisation. La médecin chef n'a jamais voulu discuter avec moi des hospitalisations mais ses collègues progressivement l'ont fait eux. Et c'est moi que les médecins et cadres des autres services appelaient pour me

présenter un patient et me demander si je pouvais l'admettre au X. » Cadre de santé 18, Femme, Médecine

Cet usage sociopolitique du portefeuille, qui correspond à la fois à de la traduction (exprimer dans un langage compréhensible par un administratif et par un cadre supérieur paramédical les données relatives aux conditions de prise en charge des patients dans un pôle) et à de la légitimation (l'exploitation des données compilées dans le portefeuille permet de positionner le cadre de santé comme l'acteur de référence pour décider des admissions de patient), a pour conséquence d'étendre le périmètre d'influence des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels. Cette extension des frontières professionnelles des cadres de santé au détriment des médecins leur permet ensuite de mener l'ordonnancement, soit la prise de décision d'admettre en hospitalisation des patients compte tenu de leur priorité, de leurs besoins de soins ainsi que de la situation de l'équipe paramédicale.

Nous détaillons désormais les résultats issus de ce verbatim en montrant qu'il rend compte d'un usage extensif du portefeuille d'outils de gestion qui pousse les cadres de santé à étendre leurs frontières professionnelles.

5.5.3.1. L'extension du périmètre physique des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels

Suite à cet usage sociopolitique du portefeuille d'outils de gestion, la cadre de santé participe désormais à la réunion quotidienne de l'équipe médicale, et elle discute avec les médecins de l'opportunité d'hospitaliser ou au contraire de différer l'hospitalisation des patients, selon leur profil et la situation de l'équipe paramédicale des différentes unités. Cet usage extensif du portefeuille d'outils de gestion inclue donc la cadre de santé dans un nouvel espace physique, le staff médical, auquel elle n'avait pas accès auparavant et cette participation n'est pas factice mais bien active, puisqu'elle y participe aux décisions. Ainsi, lorsque le portefeuille d'outils de gestion est utilisé pour combiner les logiques médicales, soignante/ paramédicale et gestionnaire par un acteur (un cadre de santé en l'occurrence) et étendre ainsi son périmètre d'influence, le cadre de santé acquiert alors une position nouvelle qui le conduit à pouvoir étendre son périmètre physique au-delà du périmètre initial. Ici, l'usage sociopolitique du

portefeuille d'outils de gestion permet à la cadre de santé d'investir un espace physique qui relève habituellement du seul monde du CURE, ce qui étend donc le périmètre physique d'influence des cadres de santé et diminue le périmètre exclusivement réservé aux médecins. Le travail d'extension des délimitations physiques permet ensuite à la cadre de pouvoir mener à bien sa mission d'ordonnancement, qui implique de relier les raisonnements médicaux, paramédicaux et gestionnaire afin de prendre des décisions d'hospitalisation.

5.5.3.2. Un usage du portefeuille qui étend du périmètre cognitif des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels

Ce verbatim est cohérent avec des réunions de pôle auxquelles nous avons assisté durant lesquelles des cadres de santé présentaient aux équipes, et notamment aux médecins, leur mise en place d'un ordonnancement de l'activité via le recours aux outils de gestion, le portefeuille est utilisé par le cadre de manière à croiser des informations médicales (diagnostic et conduite à tenir définis par un médecin) avec des informations paramédicales (soins infirmiers et de nursing à prodiguer aux patients) et des informations gestionnaires (temps de prise en charge nécessaire pour le patient et nombre de professionnels paramédicaux disponible ainsi que leurs compétences). Cet usage sociopolitique du portefeuille d'outils de gestion (traduction en particulier) conduit les cadres de santé non seulement à assurer leurs missions de gestion d'équipe (confection des plannings et adaptation de l'équipe paramédicale au flux de patients) mais aussi leurs missions soignantes (discussion avec les cadres, les paramédicaux et les médecins de la charge en soin d'un patient pour décider de son admission et de son orientation vers un autre service dans le cadre de son parcours de soins). Ainsi, un usage sociopolitique du portefeuille d'outils de gestion peut conduire les cadres de santé à excéder le périmètre de raisonnement auquel ils sont historiquement contraints, en se positionnant également comme l'acteur de référence pour décider des hospitalisations des patients ou encore des ouvertures et des fermetures de lit, ce qui est relève traditionnellement du domaine de compétence des membres du CURE. L'usage sociopolitique du portefeuille d'outils de gestion conduit les cadres de santé à investiguer des champs de raisonnement plus larges, en intégrant désormais des données médicales, paramédicales et gestionnaires afin de prendre la décision d'accepter un patient dans le service ou de le refuser. Ici, cette extension du périmètre cognitif des cadres de santé est expliquée aux différents groupes professionnels, afin de mieux justifier ensuite leur implication dans l'ordonnancement.

5.5.3.3. L'extension du périmètre relationnel des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels

Si cet usage sociopolitique du portefeuille cristallise autant de tensions de la part des médecins, c'est précisément parce que le portefeuille d'outils de gestion, lorsqu'il a pour effet de conquérir une influence dépassant son périmètre d'action initial, provoque une mise en concurrence d'acteurs issus de groupes professionnels différents pour occuper une position d'influence auprès des membres d'un groupe professionnel. L'usage sociopolitique transforme notoirement les relations entre les cadres de santé, le CARE et le CURE, puisque la cadre de santé 18 indique qu'après avoir défendu auprès de la médecin chef de pôle sa légitimité à gérer l'ordonnancement,

, elle était contactée directement par les cadres de santé et les médecins d'autres services de l'hôpital afin d'être consultée pour une décision d'hospitaliser des patients au sein du pôle. Ainsi, l'extension du périmètre relationnel du cadre est nécessaire afin que celui-ci puisse ensuite mener à bien sa mission d'ordonnancement, qui implique de combiner les considérations médicales, paramédicales et gestionnaires.

5.5.3.4. Des usages du portefeuille qui étendent le périmètre structurel des cadres de santé

Une autre donnée, un échange de mail entre un cadre supérieur de pôle et son équipe de cadres de santé, renforce ce résultat indiquant que l'usage sociopolitique du portefeuille peut avoir pour conséquence d'étendre le périmètre au sein duquel un groupe d'acteurs exerce son influence.

FIGURE 2- MAIL ENVOYE PAR UN CADRE SUPERIEUR DE SANTE A SON EQUIPE DE CADRES

Date : [REDACTED]
De : [REDACTED]
Pour : [REDACTED]

Bonjour à tous,

Ca a été dit rapidement à la conférence de pôle et je le répète: la décision de fermer des lits n'est jamais simple. Clairement, le problème aujourd'hui est l'absentéisme / difficultés de recrutement IDE, AS, ASHQ. Dernièrement, il m'est arrivé souvent de saisir sur [REDACTED] les absences de 3 IDE sur 1 service du PHU, ce qui générerait 3 secteurs sans IDE. Et donc aussitôt, ces lits sont grisés, on ne peut plus cliquer dessus sur [REDACTED] et donc les internes / médecins des services d'amont ne peuvent plus les sélectionner pour y hospitaliser des patients.

Donc oui, ça ne plait pas, mais c'est bien les cadres qui ferment des lits. Et je continuerai à le faire, sinon on prend des risques ++. Bien sur, il y a aussi la réalité et quand dans l'urgence, un PH vous décrit une situation grave d'un patient qui a besoin d'un lit, on peut faire des exceptions si le profil du patient est compatible avec l'effectif paraméd qu'on a. Je tenais juste à rappeler ce point, même si ça n'a pas été apprécié par certains de nos médecins. Ça suppose que le cadre et le médecin se parle, ce qui après tout est cohérent avec les projets institutionnels de convergence médico-cadre que porte le CHU... et d'accepter que c'est le cadre qui peut décider in fine...

Bien cordialement

[REDACTED]
Cadre [REDACTED]
[REDACTED] Sud - PHU [REDACTED]
Tel : [REDACTED]

Dans ce mail, il apparaît que l'utilisation du portefeuille d'outils de gestion pour enregistrer l'absence d'infirmiers et leur non remplacement entraîne de fait la désactivation de secteurs, c'est-à-dire l'impossibilité de placer des patients dans plusieurs ensembles de chambres. Puisqu'il revient aux cadres de santé d'enregistrer sur PLUME les absences des professionnels paramédicaux, et que c'est cette opération qui désactive les lits sur le logiciel de gestion d'affectation des chambres, le cadre supérieur considère que ce sont donc les cadres de santé qui prennent la décision de fermer des lits. Ce point de vue a été énoncé lors de la conférence de pôle, ce qui a provoqué des réactions vives de la part de deux médecins du pôle, qui ont affirmé que les décisions d'ouvrir ou fermer des lits, et donc d'hospitaliser ou non des patients, étaient toujours un choix médical. Ils ont fait part de leur désapprobation face à cette position et ont critiqué la situation de l'hôpital qui souffrirait d'une dérive du pouvoir vers « *les administratifs et les petits chefs* » au détriment de la décision médicale. Dans ce mail, le cadre supérieur utilise le portefeuille d'outils de gestion pour montrer que l'outil est configuré de manière à ce que seuls les cadres de santé puissent, par leur recours à PLUME notamment, fermer des lits. Cela le conduit à vouloir faire savoir publiquement que les décisions d'ouverture

et de fermeture de lits ne sont pas l'apanage des médecins mais qu'elles relèvent de l'encadrement paramédical. Là encore, ce sont les configurations du portefeuille d'outils, et donc de la structure, qui en réservant l'accès à certains usages aux cadres de santé, sont utilisés par ces managers paramédicaux pour étendre leur travail à des missions historiquement assurées par les médecins. Ainsi donc, les usages sociopolitiques du portefeuille peuvent avoir pour conséquence d'étendre le périmètre structurel d'un groupe, les cadres de santé ici, au détriment d'un autre, le CURE en l'occurrence. C'est précisément cette extension qui fait l'objet d'une réaction vive de la part de deux médecins du pôle, qui voient dans cet usage du portefeuille, une réduction de leur périmètre d'action et une perte de pouvoir de leur groupe au sein de l'hôpital public. Ici, l'extension du périmètre structurel des cadres de santé à travers les usages sociopolitiques du portefeuille leur permet ensuite de prendre des décisions comme celles de fermer des lits, en tenant compte tant d'impératifs soignants (assurer la qualité et la sécurité des soins) que des considérations gestionnaire (effectif critique).

Ainsi, certains usages sociopolitiques du portefeuille ont pour conséquence d'étendre le périmètre d'influence des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels. Il a été montré que ces usages sociopolitiques peuvent étendre au profit des cadres les délimitations physiques, cognitives, relationnelles et structurelles entre les groupes : ces usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion étendent donc les frontières professionnelles des cadres de santé au détriment d'autres groupes professionnels de l'hôpital public, afin de permettre par la suite aux cadres de santé de s'impliquer dans des missions qui combinent des logiques gestionnaire et soignante.

CONCLUSION DE LA SECTION

Il apparaît que les différents usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé peuvent avoir trois effets différents sur les frontières professionnelles de l'hôpital

D'une part, les usages sociopolitiques peuvent avoir pour conséquence d'estomper les frontières professionnelles de l'hôpital. Dans ces situations, les usages sociopolitiques permettent au cadre de santé de partager les données relatives à l'équipe paramédicale avec des membres d'autres groupes professionnels afin de prendre des décisions de gestion. Le partage de ces missions avec des membres d'autres groupes professionnels permet au cadre de santé d'assurer un rôle soignant, comme la réflexion sur les soins ou les parcours des patients en interdisciplinarité, tout en tenant son rôle de gestionnaire d'équipe.

D'autre part, nous observons également des usages sociopolitiques du portefeuille qui tendent au contraire à renforcer la séparation entre les mondes professionnels de l'hôpital, afin de conforter l'influence du cadre de santé au sein du CARE : un renforcement des frontières professionnelles s'exerce alors.

Enfin, nos résultats montrent aussi que les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion peuvent avoir pour conséquence d'étendre les frontières professionnelles des cadres au détriment d'autres groupes. Dans ces situations, les cadres utilisent le portefeuille pour croiser des informations médicales, paramédicales et gestionnaires, afin d'assurer non seulement leurs rôles gestionnaire et soignant, mais également à s'immiscer dans des tâches habituellement assurées par des membres d'autres groupes professionnels (le CURE en l'occurrence). Ces usages du portefeuille d'outils de gestion prolongent donc l'influence des cadres paramédicaux à d'autres groupes professionnels, ce qui est étend les frontières professionnelles des cadres de santé au détriment des autres groupes de l'hôpital.

5.6. Variables explicatives des usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs

Nos résultats précédents ont mis en exergue six usages différents du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé, trois d'entre eux étant des usages instrumentaux (pilotage,

prévision et évaluation) , les trois autres sont des usages sociopolitiques (légitimation, découplage et traduction). Après avoir indiqué que ces usages du portefeuille produisent des effets sur les frontières professionnelles de l'hôpital, nous portons la focale sur ce qui précède ces usages. En effet, l'exploitation des verbatim, des notes d'observation et des documents collectés tout au long de ce travail doctoral fait apparaître plusieurs variables qui permettent d'expliquer les différents usages des outils de gestion réalisés par les cadres de santé, autre que les variables situationnelles (situation complexe, évènements ponctuels comme un pic d'absentéisme, une situation épidémique sollicitant massivement les hôpitaux et évènements rares comme un conflit social, une conférence annuelle de pôle ou un entretien d'évaluation) qui ont été déjà présentées plus tôt . L'analyse jusqu'à saturation des données nous conduit à évoquer les différentes variables explicatives des usages du portefeuille d'outils de gestion suivantes :

- la maîtrise technique des outils de gestion
- le souhait d'ascension professionnelle du cadre concerné
- la perspective d'appropriation des outils de gestion par le cadre de santé

5.6.1. La maîtrise technique des outils de gestion

Dans un premier temps, il faut remarquer que la maîtrise technique des outils de gestion influence notablement la façon dont les cadres de santé utilisent ces outils. Il ressort de nos données que cette variable explicative est elle-même déterminée par trois facteurs d'influence : l'ancienneté du cadre de santé dans son pôle, au sein du CHU TONUS ou encore dans la fonction d'encadrement ; l'existence ou non d'une période de faisant fonction de cadre de santé préalablement à l'entrée à l'IFCS et la proximité culturelle entre les outils et les cadres de santé qui l'utilisent.

Ainsi, les cadres de santé qui disposent d'une longue expérience d'encadrement, au sein d'un même service et qui ont bénéficié d'un tutorat relatif à l'utilisation de ces outils de gestion lors d'une période de "*faisant fonction*" sont susceptibles de faire état d'une maîtrise forte des outils de gestion. Dans le même sens, la proximité culturelle entre la logique dans laquelle s'inscrit

l'utilisateur et la logique convoyée par l'outil est propice à un haut niveau de maîtrise technique des outils par les cadres de santé utilisateurs.

5.6.1.1. L'ancienneté dans la fonction d'encadrement influence le niveau de maîtrise technique des outils

L'exploitation des données tend à montrer qu'un haut niveau de maîtrise des outils de gestion lié à une expérience dans la fonction d'encadrement conduit les cadres de santé à opter pour des usages de prévision, de légitimation ou encore de traduction.

"Oui, ce poste est mon premier comme cadre de santé mais du coup ça fait 5 ans que je suis là. Avant j'étais faisant fonction pendant deux ans et demi dans le service de consultation ORL. Euh, j'ai fait l'IFCS en 2014-2015(...) La comme c'est plus calme, je travaille à créer un outil de planification des patients" Cadre de santé 9, Homme, Médecine Physique et Réadaptation, 9 ans

Ce cadre de santé cumule plusieurs avantages en matière d'expérience professionnelle. Tout d'abord, il a bénéficié d'une période de 2 ans et demi de formation durant laquelle il a occupé un poste de *"faisant fonction de cadre de santé"* : c'est durant cette période qu'il s'est acculturé aux outils de gestion utilisés au CHU TONUS. Par ailleurs, il a également bénéficié d'une formation à temps complet d'une année à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de la ville du CHU TONUS. L'auteur de cette thèse enseigne dans cet institut, et y assure précisément un cours proposant une initiation aux outils de gestion. Enfin, remarquons que ce cadre de santé travaille dans le même service depuis 5 ans, il a donc eu le temps de s'habituer à manipuler les outils de gestion en vigueur dans le pôle. Tous ces indices indiquent que ce cadre de santé dispose d'une expérience d'encadrement qui lui procure une forte maîtrise des outils de gestion, cela lui permet donc d'aller plus loin avec ces outils de gestion qu'un simple pilotage quotidien : il évoque une utilisation pour de la prévision (usage instrumental).

«[...] A PROPOS DE SON PROCHAIN POSTE] Et ce poste transversal, du coup je n'aurai plus d'équipes à gérer et c'est plutôt avoir une démarche d'analyse, une démarche stratégique, échanger avec les différents collègues cadres, médecins, différents services." Cadre de santé 9, Homme, Médecine Physique et Réadaptation, 9 ans

Ce même cadre de santé, fort d'une expérience longue lui conférant une maîtrise importante des outils de gestion, utilise également ces outils dans un usage de traduction : il évoque ainsi le

fait qu'il veut rendre compréhensible une situation pour des professionnels issus de communautés professionnelles différentes.

En plus des usages de prévision et de traduction, disposer d'une longue expérience d'encadrement peut mener à une bonne maîtrise des outils de gestion permettant de faire un usage d'évaluation. C'est notamment le cas des cadres supérieurs et directeurs des soins qui, disposant d'une longue expérience dans la fonction d'encadrement ont été très habitués au maniement des outils de gestion des effectifs : ils utilisent alors le portefeuille d'outils de gestion pour évaluer l'efficacité professionnelle des cadres dont ils ont la responsabilité au prisme de leur gestion des ressources humaines qui est matérialisée dans les différents outils de gestion.

"Il faut que je les [les cadres de santé dont il a la responsabilité] suive dans leur activité, c'est ça qui est complexe parce qu'il faut beaucoup de temps. Je regarde ce qu'ils utilisent. Les outils de gestion en ce qui concerne la RH c'est facile. Vous allez voir tout de suite celui qui a une bonne gestion, qui arrive à être dans les objectifs et puis celui qui demande toujours plus. J'ai été longtemps cadre moi-même, donc maintenant comme cadre sup je vois aussitôt. Moi j'ai le cas d'une cadre qui est en difficulté, elle demande sans arrêt des demandes de remplacement. Je vois qu'elle n'est pas opérationnelle et efficace dans la gestion de ses RH juste par une vision de son PLUME et de son utilisation de CARYOTYPE." Cadre Supérieur de Santé 5, Homme, Gérontologie clinique, 21 ans

"Un cadre qui n'est pas à sa place c'est un cadre qui exprime des besoins là où il n'y en a pas. Quand il demande un remplacement, je lui dis : "bat t'es sur ? Il n'y a pas de solution au sein de l'équipe ? Je regarde sur CARYOTYPE. Et 3 fois sur 4 il y en a une. Alors je n'exige pas ces réflexes d'un faisant fonction, mais avec l'expérience il faut qu'il y ait des automatismes qui viennent, sinon ça veut dire que le cadre sera toujours en difficulté" Cadre Supérieure de Santé 2, Femme, Mère Enfants Ado, 25 ans

Ces verbatim confirment notre propos : l'expérience dans la fonction d'encadrement est perçue comme un facteur favorisant l'amélioration de la maîtrise technique des outils. Ainsi, les cadres supérieurs ont tous occupé des postes de cadres de proximité pendant des années avant d'évoluer vers un poste de cadre supérieur, ils ont donc acquis une forte maîtrise technique de l'ensemble des outils de gestion des effectifs. Grâce à cela, ils sont en mesure d'utiliser le portefeuille pour évaluer la gestion des ressources humaines qui est faite par les cadres de santé de leur pôle. En revanche, la cadre supérieure 2 reconnaît que les managers débutants (« les

faisant fonction » qui occupent un poste d'encadrement pour s'initier au métier sans avoir encore passé le concours et suivi la formation de cadre de santé) ne disposent pas d'une maîtrise technique des outils suffisantes pour avoir un raisonnement permettant de trouver des solutions en interne (auto remplacement, mutualisation de personnel ou encore permutation de poste entre des paramédicaux de l'équipe) à l'absentéisme.

5.6.1.2. Existence d'une expérience de « faisant fonction » de cadre de santé détermine le niveau de maîtrise technique des outils

Lorsqu'un manager dispose d'une expérience réduite, sa maîtrise technique des outils de gestion est faible ou moyenne. Cette situation, qui est souvent celui des "faisant fonction de cadre de santé" au CHU TONUS, pousse le cadre à n'utiliser les outils de gestion que pour assurer les missions fondamentales de pilotage quotidien de l'unité dont il a la responsabilité.

"Je suis faisant fonction de cadre de santé depuis presque 2 ans. [...] Mais clairement, ce qui m'occupe 95% de mon temps c'est de gérer l'absentéisme au jour le jour. Je ne suis pas encore au stade où je peux travailler sur des projets, prendre du temps pour améliorer le futur de l'unité ou essayer de travailler en transversal avec la direction ou les médecins. Là je suis surtout en train de m'approprier les fonctions basiques de tous les outils, pour pouvoir gérer au quotidien l'unité et éventuellement prévoir des difficultés à venir pour les congés. Je fais ce que je peux, histoire que mon cadre sup soit satisfait et que l'équipe voit que je tiens la boutique. Pas plus car je n'ai pas le temps ni les compétences nécessaires pour faire plus." Faisant fonction de cadre de santé, Femme, Médecine Cancer Chirurgie, 2 ans

Cet extrait d'entretien permet de comprendre que disposer d'une expérience de faisant fonction de cadre de santé est un atout majeur, à la fois bien sûr pour se confronter à une première expérience managériale (souvent avec une équipe réduite), mais aussi pour découvrir le portefeuille et s'approprier le fonctionnement de ces outils. Ainsi, il apparaît qu'un cadre débutant, qui est encore faisant fonction, mobilise surtout les usages de pilotage quotidien, de prévision et de légitimation. Les autres usages sont difficilement accessibles aux cadres qui sont dans leur période de « faisant fonction », puisqu'ils nécessitent une maîtrise technique des outils accrue.

« La période de faisant fonction c'est une vraie amélioration par rapport à ce que j'ai connu, où on passait directement des soins à l'école des cadres puis à un poste de cadre titulaire mais où on ne connaissait pas le management d'équipe. Ça réduit pas mal les erreurs de casting, et puis c'est une période où nous cadres sup, on a un rôle de mentor, de tuteur et de formateur à jouer. Pour tous les outils dont on parle, il faut quand même se les approprier. On a beau dire, ils ne sont quand même pas faciles d'accès et pas très intuitifs. Moi je suis à la disposition de mes faisant fonction pour leur montrer tous ces outils, ils me suivent souvent plusieurs jours au début de leur prise de poste et ils voient comment je fais. Et après, ils me sollicitent régulièrement et je leur montre comment il faut faire, les trucs et astuces. J'essaie aussi de leur donner des méthodes et des habitudes dans l'utilisation de PLUME d'abord, puis progressivement de CARYOTYPE et du reste. L'idée c'est que quand ils partent pour leur année à l'IFCS, ils soient pleinement opérationnels sur les utilisations quotidiennes et récurrentes de ces outils. Le reste ils le verront en se confrontant aux situations plus compliquées. » Cadre supérieure de santé 7, Femme, Urgences

Le verbatim confirme que la période de « faisant fonction » est imaginée par cette cadre supérieure de santé comme un temps dédié à l'appropriation par le manager débutant des outils de gestion à sa disposition. Cette cadre supérieure insiste pour indiquer que cette période de faisant fonction doit être l'occasion de disposer d'un suivi du cadre débutant par un cadre expérimenté, qui se rend disponible pour lui montrer les usages du portefeuille les plus importants et lui inculquer des réflexes et des méthodes de travail à partir de ces outils. Là encore, il est indiqué que lors de certaines périodes de « faisant fonction », les usages du portefeuille d'outils de gestion se concentrent sur les utilisations quotidiennes (à savoir le pilotage quotidien et la légitimation selon nos résultats précédents) et récurrentes. Disposer d'une période de faisant fonction permet donc de s'approprier progressivement le portefeuille d'outils de gestion et d'accroître sa maîtrise technique du portefeuille d'outils ce qui permet, une fois la phase d'acquisition de connaissance associée à des usages limités au pilotage et à la légitimation, d'évoluer vers des usages tels l'évaluation, le découplage ou encore la traduction.

5.6.1.3. La proximité culturelle du cadre de santé aux outils influe sur leur degré de maîtrise technique

Il existe des situations où un cadre de santé dispose d'une faible maîtrise de certains outils de gestion. Ce peut être le cas lorsqu'un cadre est conduit à manipuler des outils de gestion qui ont été conçus par des acteurs issus d'autres groupes professionnels (administratif, autorités de tutelle...). Cette faible maîtrise des outils de gestion peut conduire à du découplage, lié au fait

que l'utilisation d'un outil est peu évidente lorsque ce dernier n'est pas compris par l'acteur ou qu'il fait appel à des logiques et des raisonnements qui diffèrent trop des siens. Dans les entretiens, nous avons étudié plusieurs situations où des cadres n'ont pas rempli les tableaux de bord qui leur étaient soumis au motif que les indicateurs, conçus par des personnels administratifs, n'étaient pas suffisamment en lien avec l'activité soignante de leur service.

"En démarche qualité sur la dialyse, l'ingénieur qualité a voulu nous imposer des indicateurs institutionnels et j'ai refusé de les utiliser pour la bonne raison que je trouvais que ce n'était pas pertinent à faire comprendre à l'équipe, que je ne connaissais pas tellement ces indicateurs et qu'ils n'évoquaient pas mon quotidien." Cadre de santé 11, Femme, Oncologie, 17 ans

Le lien entre le niveau de maîtrise technique des outils et le type d'usage qui en est fait est également très prégnant concernant la légitimation. Ainsi, une forte maîtrise des outils de gestion des effectifs peut être liée à l'intrication des outils dans un contexte qui répond parfaitement à la logique soignante du cadre de santé. Ainsi, cette proximité culturelle forte entre les outils développés et la logique institutionnelle du cadre de santé le conduit à s'investir pour réaliser un travail de légitimation auprès des parties prenantes.

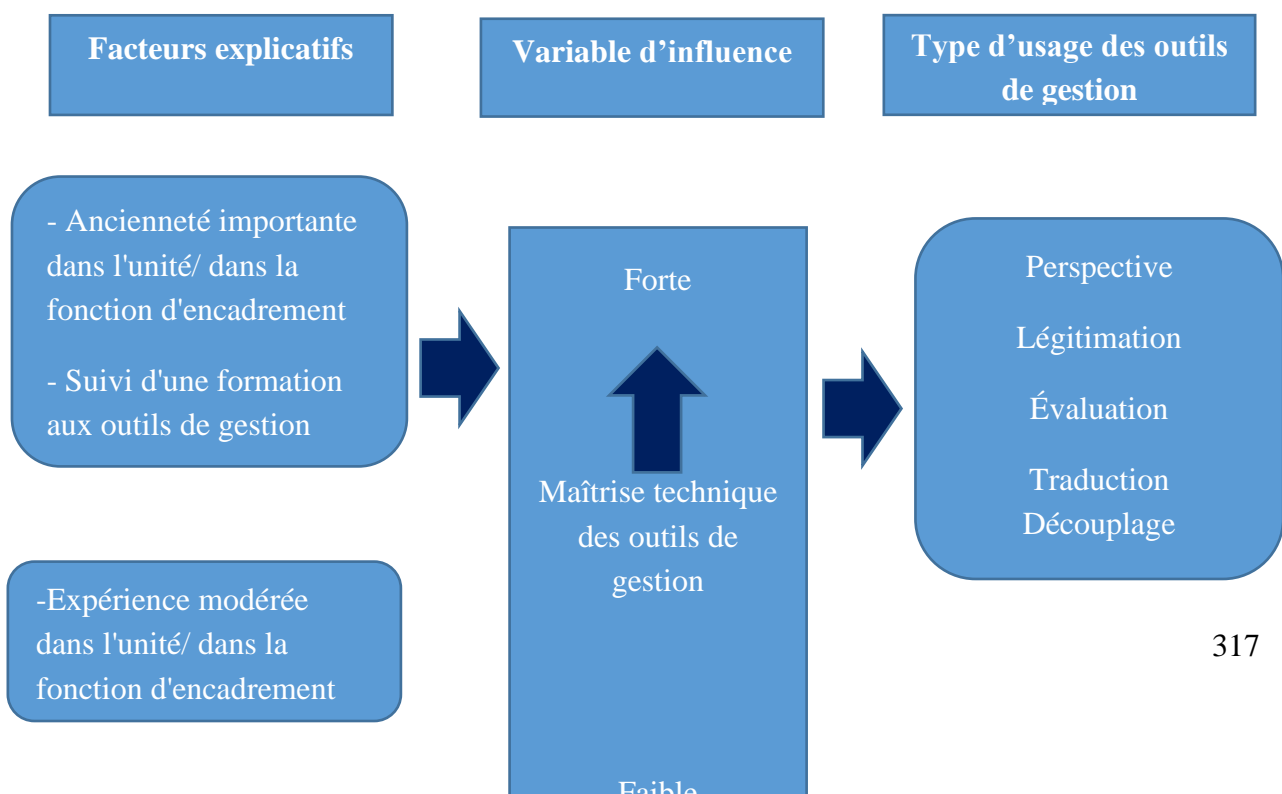
"Donc si je pose un planning, là aussi dans lequel il y aura peut-être eu des arbitrages mais en tout cas il est posé, il est clair, à partir de là elles [les équipes paramédicales] arrêtent de réfléchir sur leur planning et elles vont se lancer dans leurs activités de soins et même avoir des idées créatrices pour pouvoir se lancer dans des projets ou suivre des projets médicaux ou des projets institutionnels parce que c'est bien tout ce maillage là qu'il y a à faire. Là aussi, si le cadre arrive à montrer qu'il connaît le terrain, que les décisions de planning sont réfléchies d'un point de vue soignant, ça casse cette opposition de façade entre le cadre et son équipe et ça leur fait comprendre qu'on est tous des soignants. PLUME et CARYOTYPE, je le montre aux équipes, et elles voient que ce n'est pas que de la compta, mais c'est faire des ajustements qui servent précisément à réfléchir à elles... à leurs conditions de travail... aux patients... Donc si je me casse les pieds à comprendre les subtilités de ces outils, ce n'est pas pour fuir le terrain comme elles peuvent le penser. C'est pour mieux comprendre comme les aider. Là elles se disent que le planning c'est pour ça qu'il fait ça et comme ça, ça gonfle la légitimité. Elles comprennent rapidement ce que je fais, quel est mon travail et que mon job c'est de les aider. Les gens ne se posent plus la question de savoir pourquoi il est Cadre. Ce gars-là il nous fait des conditions de travail "secure", il nous écoute, il nous laisse nous exprimer" Cadre supérieur de Santé 5, Homme, Gériatrie clinique, 21 ans

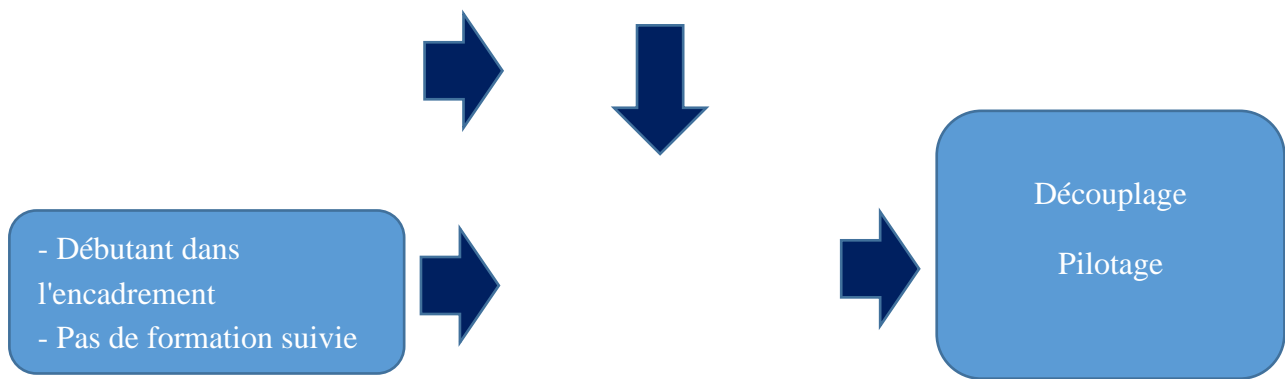
Ce verbatim confirme que le fait de disposer d'une proximité culturelle entre le portefeuille d'outils (et les raisonnements auxquels ils renvoient) et les utilisateurs conduit ceux-ci à s'investir dans le recours à ce portefeuille et donc à disposer d'une forte maîtrise technique des outils. Ce degré élevé de maîtrise technique des outils de gestion permet aux cadres de santé de recourir à des usages sociopolitiques du portefeuille : légitimation du cadre vis-à-vis de son équipe (en mettant en avant le fait que les outils de gestion vont dans le sens d'une réflexion sur les conditions de travail des soignants), découplage (pour manifester le refus du cadre de santé d'utiliser des outils qui n'ont pas de sens pour lui, car trop éloigné de son milieu ou de sa logique institutionnelle) et traduction (le cadre de santé utilise le portefeuille d'outils de gestion pour donner à voir le travail qui l'occupe aux professionnels paramédicaux).

Ainsi, il ressort de cette section que le niveau de maîtrise technique des outils détermine les usages du portefeuille d'outils de gestion. Cette variable (niveau de maîtrise technique) est elle-même déterminée par trois facteurs d'influence : le niveau d'expérience dans la fonction d'encadrement, le fait d'avoir bénéficié d'une période de formation comme « faisant fonction de cadre de santé » et enfin la proximité culturelle entre les outils et ses utilisateurs. Il apparaît qu'une faible expérience dans la fonction d'encadrement, éventuellement associée à l'absence d'une période de formation comme « faisant fonction de cadres de santé », impliquent une faible maîtrise technique du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé : ceux-ci recourent aux outils pour des usages de pilotage quotidien. Une forte distance culturelle entre les outils de gestion et leurs utilisateurs conduisent également à une faible maîtrise technique : les cadres de santé utilisent alors plutôt le portefeuille pour du découplage. A l'opposé, disposer d'une longue expérience d'encadrement, avoir bénéficié d'une période de formation à l'occasion d'un poste de « faisant fonction de cadre de santé » ou encore entretenir une proximité culturelle avec les outils sont associés à une forte maîtrise technique des outils de gestion : les cadres de santé utilisent alors le portefeuille d'outils de gestion pour des usages non routiniers (prévision et évaluation) et pour des usages sociopolitiques (légitimation, découplage et traduction). Par ailleurs, ces résultats montrent que les usages du portefeuille d'outils de gestion sont fortement liés à la logique institutionnelle du cadre de santé et à la relation qu'il entretient avec les différents groupes professionnels. En effet, disposer d'une longue expérience d'encadrement et avoir bénéficié d'une période de « faisant fonction » augmentent la durée durant laquelle le manager a occupé une position pivot à l'hôpital, au carrefour des différents groupes professionnels, ce qui l'a conduit à confronter son

raisonnement aux logiques institutionnelles des autres groupes professionnels. De même, le degré de congruence entre la logique institutionnelle des outils et celle des cadres de santé utilisateurs détermine aussi le type d'usage du portefeuille réalisé. Il ressort donc que les usages du portefeuille d'outils de gestion sont liés aux relations entretenues par les cadres de santé avec les autres groupes professionnels et à la nature des logiques institutionnelles à l'œuvre.

FIGURE 3- SYNTHÈSE DE L'INFLUENCE DU NIVEAU DE MAÎTRISE TECHNIQUE DES OUTILS SUR LES USAGES DU PORTEFEUILLE





5.6.2. Le souhait de carrière du cadre utilisateur

Dans un second temps, une autre variable d'influence sur le type d'usage des outils de gestion doit être soulignée : le souhait en termes de carrière du cadre de santé étudié. En effet, l'exploitation des données fait apparaître que le fait d'être en début de carrière ou au contraire proche de la retraite, la volonté d'évoluer vers un poste de cadre supérieur ou de directeur des soins ou au contraire le refus de se projeter sur un poste plus élevé dans la hiérarchie et enfin le passé professionnel d'un cadre de santé sont des facteurs explicatifs majeurs de l'usage qui va être retenu des outils de gestion.

5.6.2.1. Absence de souhait d'ascension professionnelle

Il convient d'étudier tout d'abord les multiples situations évoquées par les cadres de santé dans les entretiens ou observées en situation qui les conduisent à exprimer une faible volonté

d'ascension professionnelle, soit parce qu'ils apprécient leur poste actuel, soit parce qu'ils ne se reconnaissent plus dans l'institution qui les emploient et qu'ils se situent en rupture par rapport à son discours. Ainsi, la faible volonté d'ascension professionnelle, que ce soit vers une évolution sur un poste de cadre de santé sur une unité différente ou principalement vers l'obtention d'un poste plus élevé dans la hiérarchie managériale hospitalière (cadre supérieur de santé ou directeur des soins), est due à des raisons multiples. Néanmoins, nos données font apparaître que le degré (faible, modéré ou élevé) de volonté d'ascension professionnelle influence fortement le type d'usage des outils de gestion qui est réalisé.

Tout d'abord, le fait d'avoir réalisé une carrière longue, constituée de plusieurs étapes d'évolution professionnelle, peut conduire à ne plus vouloir, à proximité de la retraite, d'évolution professionnelle supplémentaire. C'est le cas d'un cadre supérieur de santé à la tête d'un pôle de plusieurs centaines d'agents, qui fait part de son absence totale d'ambition pour un autre poste. Ayant acquis ainsi une certaine liberté par rapport à l'organisation et à des dirigeants, elle reconnaît utiliser les outils de gestion dans une optique que nous qualifions de découplage assumé. En effet, elle reconnaît qu'elle laisse le soin à un collègue d'utiliser les outils de gestion pour préparer les roulements de travail des équipes (usage de prévision / prospective) et elle s'inscrit en faux contre l'injonction qu'elle perçoit d'utiliser les outils de gestion pour effectuer un contrôle de l'usage de la masse salariale réalisé par les cadres de santé sous sa responsabilité (usage d'évaluation). Ce découplage entre les usages réels et ceux prescrits par la direction générale du CHU TONUS est assumé par elle pour deux raisons. D'une part, la franchise de discours est liée à sa proximité de la retraite et à l'absence de nécessité d'obtenir un autre poste que le sien. D'autre part, cette cadre supérieure exprime son désir de percevoir l'hôpital comme une organisation publique délivrant des soins de santé, critiquant ainsi la managérialisation de la structure du CHU TONUS.

" J'en ai fait plein de roulements et puis j'ai travaillé avec les Cadres sur les roulements mais maintenant il y a XX [le Cadre Supérieur de Santé 1]... Moi, je fais autre chose, je n'utilise pas les outils de construction des roulements proposés par l'institution. On est dans un hôpital, on n'est pas dans une boîte de petits pois. Je trouve qu'il y a des moyens qui seraient peut-être aidants c'est-à-dire tout se calcule automatiquement mais c'est bien de comprendre aussi ce qu'il y a derrière, la réglementation. Et peut-être que ce lien-là n'est pas assez fait avec HORIZON et SAISON. L'automatisation casse le raisonnement, l'approche soignante n'apparaît plus et ça je ne souhaite pas le faire, donc je faisais les roulements à la main en tenant compte de plein de signaux faibles ou forts et de situations RH et soignantes, puis je les

entraînés manuellement sur HORIZON pour les faire valider à la DRH. Parce que le point de départ c'est bien la réglementation du temps de travail. Il y a les outils mais il y a aussi le soin, le raisonnement clinique. Après on verra, je suis bien sur ce Pôle et je pense y rester jusqu'à ma retraite, je ne vise et n'ambitionne rien d'autre. C'est aussi pour ça d'ailleurs que je vous parle franchement... je vous dis vraiment comment je fonctionne car je n'ai rien à négocier ou à obtenir." CSS 3, Femme, Médecine Physique et de Réadaptation, 25 ans

Ce verbatim fait état du découplage réalisé par la cadre supérieure : alors que les roulements de travail sont confectionnés manuellement en tenant compte de plusieurs facteurs soignants et liés à l'équipe, cette cadre intègre les roulements déjà préparés sur l'outil HORIZON afin de se conformer à l'obligation de faire remonter les roulements de travail à la direction des ressources humaines du CHU TONUS via cet outil dédié. Ce découplage entre l'usage réel du portefeuille et l'usage prescrit par la direction est assumé et justifié par la cadre supérieure en raison du fait qu'elle n'ambitionne aucune ascension professionnelle, et qu'elle est donc libre de ne pas se conformer entièrement aux pressions institutionnelles.

Parmi les cadres interviewés, un manager (CS 6) se positionne complètement en marge, si ce n'est en opposition frontale, aux directives de la direction du CHU TONUS. Disposant depuis quelques années d'un détachement pour mission syndicale à 100%, cette cadre de santé n'est plus en charge de la gestion d'une unité. Elle nous fait part de son refus d'utiliser certains outils de gestion qui lui étaient proposés, au motif qu'ils incarnaient à ses yeux également une managérialisation exacerbée de l'organisation hospitalière nonobstant la vocation singulière de soin. Dès lors, pour manifester son désaccord par rapport aux pratiques gestionnaires environnantes, elle reconnaît avoir refusé à plusieurs reprises d'utiliser les outils de gestion selon l'usage prescrit.

"A la fin de ma fonction de cadre d'unité, je refusais de remplir des tableaux de bord. Pourquoi ? On commence l'année avec de l'argent en moins, on est en train de perdre le sens de ce qu'on fait. On doit rendre des comptes à des gens qui n'y connaissent rien, qui nous demande des justifications sur pourquoi il y a 30 minutes entre 2 opérations." CS 6, Femme, Blocs opératoires

Une autre cadre de santé, également représentante syndicale détachée à plein temps de la gestion d'une unité, fait état de pratiques de découplage dans l'usage des outils de gestion, afin de protester contre la dérive gestionnaire prise par le CHU TONUS. Cette cadre de santé nous a également indiqué, comme sa collègue (CS 6) n'avoir aucune ambition professionnelle si ce

n'est continuer à pouvoir informer ses collègues sur les droits syndicaux et à défendre des agents hospitaliers face aux dérives, jugées autoritaires et maltraitantes, de la direction.

"La présentation des outils en réunion de pôle est parlante. Avec les années, on voit que la présentation a changé, les DS [Directeurs des Soins] notamment se targuent de présenter des tableaux de bord et des bilans comptables venus du privé. Mais moi je regarde et j'utilise ces outils pour montrer combien l'hôpital perd son âme. Les DS ne parlent plus de soins. . Ce sont les directeurs de rien. Ils sont à la recherche d'une place dans la hiérarchie hospitalière. Ils sont sur une gestion comptable et sont le parfait relais des directives nationales de réduction du cout du soin. On est revenus dans des soins à la tâche. On a oublié l'activité de soin avec un grand S. On a payé cher la réduction du cout du déficit, c'est ce que je tire de l'utilisation de leurs outils. C'est l'ONDAM ça, on ne peut pas fonctionner comme ça. [...] Moi j'ai toujours refusé de remplir les tableaux de bord et outils qu'on nous demandait s'ils servaient à du flicage, du reporting ou appelons-le comme on le veut. Deux fois j'ai rempli des chiffres fantaisistes pour montrer que c'est du vent tout ça et que ça n' aucun sens de vouloir justifier des soins depuis un tableur sur son bureau" Cadre de santé 5, Femme, Psychiatrie

Ces deux verbatim émanant de cadres de santé représentantes syndicales confirment que, lorsqu'un manager paramédical ne souhaite aucune évolution professionnelle, au motif ici d'une désapprobation totale de la logique institutionnelle gestionnaire qu'incarne la direction de l'hôpital et les directeurs des soins, il peut être amené à ne pas utiliser les outils de gestion suggérés ou à en détourner l'usage, c'est-à-dire à réaliser du découplage.

Plusieurs cadres de santé nous ont également confié avoir une faible volonté d'ascension professionnelle compte tenu de la charge de travail trop élevée, souvent qualifiée d'écrasante, impartie aux cadres supérieurs de santé. Au sein du CHU TONUS, la majorité des cadres supérieurs de santé sont à la tête d'un pôle. Le périmètre d'encadrement d'un pôle se situe entre 500 et 950 agents paramédicaux. La perspective d'être chargé de la responsabilité d'un tel effectif, ajoutée à la pression majeure pesant sur les cadres soignants de pôle, conduisent certains cadres de santé à mettre en avant le confort relatif de leur position. Ainsi, un cadre de santé (CS 8) indique qu'en tant que cadre de santé chargée d'une unité, elle s'octroie la liberté de ne pas remplir des outils de gestion exigés par la direction lorsque les délais impartis sont trop courts ou lorsque l'utilité de l'outil n'est pas apparente. Ce découplage par rapport aux usages prescrits serait l'apanage des cadres de santé, cette cadre indique qu'un cadre supérieur de santé peut moins se le permettre car il est plus tenu à une fidélité face aux impératifs

directoriaux: cette situation justifie la volonté de ne pas connaître d'ascension professionnelle pour ce manager.

"On a des injonctions qui tombent le jeudi pour le vendredi, il faut rendre des comptes par la porte ou par la fenêtre. Il faut qu'elle rende des trucs, c'est invraisemblable. Faut arrêter, on a des vies à côté. Nous déjà, on a des injonctions qui sont des fois... mais c'est à notre niveau Cadre et à un moment nous on a encore le droit de dire « c'est bon, stop » alors qu'elle un peu moins. Ou alors je remplis seulement la moitié des lignes que le tableau contient, parce que faut aussi montrer qu'on a des limites." Cadre de santé 8, Femme, Médecine, 9 ans

Cet extrait confirme que lorsqu'un cadre de santé ne souhaite pas du tout obtenir de promotion professionnelle (vers la fonction de cadre supérieur par exemple), il peut alors choisir de recourir au découplage au moyen du portefeuille d'outils de gestion.

De surcroît, le fait d'être proche de la retraite et de souhaiter rester dans sa "zone de confort professionnel" peut justifier de vouloir utiliser les outils de gestion dans un objectif purement instrumental de pilotage.

"J'estime que je ne suis peut-être pas le meilleur cadre du CHU, mais pas le pire non plus. Et puis au fond, on a tous aussi une vie privée. Rien ne justifie, à mon sens, qu'on donne tout pour le travail, quitte à dégrader sa vie de famille. Donc oui, je fais à 80% de mon temps la gestion des plannings, et j'assume. Mais en même temps, je suis à un peu plus d'un an de la retraite, je ne vais pas me mettre à faire des nouveautés radicales ou à être proactif sur la gestion RH. Je m'occupe surtout de marquer les présences, les absences et de trouver des solutions pour qu'on ait en permanence les effectifs requis. Donc j'utilise PLUME pour de la gestion quotidienne. CARYOTYPE n'est pas toujours à jour et j'assume. Les roulements etc. je les fais moi-même. Ça veut dire à la fois en quantité, mais aussi et surtout en qualité. On est en psy, les compétences sont parfois très particulières chez les IDE, certains sont formés à la sophro, d'autre font des ateliers, d'autres sont plus à l'aise sur de l'hospit. Je prends tout ça en compte au moment de remplacer et de faire mes plannings. Donc je fais le job, mais pas de conjecture sur la situation future, je ne suis pas dans l'anticipation des besoins à 200% ni dans la réflexion de quel message j'envoie à la direction quand je fais tel ou tel choix de gestion" Cadre de santé 12, Homme, Psychiatrie, 20 ans

Ainsi donc, cet extrait confirme que l'absence de souhait d'évolution professionnelle, ici liée à un départ à la retraite proche, conduit le cadre de santé à se contenter de recourir au portefeuille

d'outils de gestion pour du pilotage, et pas du tout pour des usages de prévision, d'évaluation ni pour des usages sociopolitiques.

5.6.2.2. Souhait d'évolution de carrière modérée

D'autres cadres de santé expriment une volonté moyenne d'ascension professionnelle. Il peut s'agir de débutants dans l'encadrement qui ambitionnent simplement d'être titularisés comme cadres de santé, ou de cadres moyennement expérimentés qui n'ont pas d'objectif clairement affiché de devenir cadre supérieur ou directeur des soins, tout en ne l'excluant pas entièrement pour le futur. Ces profils décrivent des usages des outils de gestion des effectifs qui correspondent soit à du pilotage, soit à de la prévision. Ainsi, nous avons rencontré une infirmière qui occupe un poste de faisant fonction de cadre de santé depuis presque deux ans. Celle-ci est donc débutante dans la carrière. Lorsque nous la rencontrons, elle a réussi le concours d'entrée à l'institut de formation des cadres de santé du CHU TONUS et a également obtenu un financement pour suivre cette formation. Son objectif est donc simple : réussir sa formation pour être titularisée comme cadre de santé. Elle se contente donc de mobiliser les outils de gestion afin d'assurer un pilotage quotidien de son unité.

"Je suis allée voir Mme M. le jour de ma prise de poste, elle m'a installé sur ma session le logiciel et elle m'a fait une formation expresse des outils du quotidien, qui fait quoi, comment on gère une absence, comment on écrit un congé et où on regarde pour du remplacement inopiné. C'est ça que je fais concrètement tous les jours." Cadre de santé 2, Femme, Médecine Cancer Chirurgie, 2 ans

Une autre infirmière (CS 10), occupant un poste de faisant fonction de cadre de santé depuis un an et demi, exprime elle aussi une volonté d'ascension professionnelle mais modérée. En effet, elle n'a pas encore passé le concours d'entrée à l'IFCS et n'a pas encore de retour sur la possibilité de se faire financer par le CHU TONUS cette formation. Elle nous fait part de son souhait de réussir le concours et d'être financée durant l'année de formation, puis d'être titularisée au sein du CHU TONUS. Toutefois, elle indique elle aussi que la charge de travail trop importante des cadres supérieurs au CHU TONUS lui fait envisager plutôt une poursuite de carrière en extrahospitalier (EHPAD ou autres établissements médico-sociaux de plus petite taille). Cette infirmière a en effet déjà connu une expérience préalable de plusieurs années comme infirmière libérale, ce qui l'a conduit à intervenir, avec plaisir, dans plusieurs structures

médico-sociales où elle trouvait que les cadres de santé travaillaient avec un niveau de pression inférieur et une marge de manœuvre plus importante qu'à l'hôpital. Cette volonté modérée d'évolution professionnelle est à mettre en lien avec des usages des outils de gestion instrumentaux : le pilotage quotidien ainsi que la prévision.

"Honnêtement, ce qui fait qu'on devient vraiment un bon cadre, c'est d'être capable de voir tout de suite là où on peut proposer des récuts, de voir tout de suite où le planning ça va poser des difficultés, vraiment d'être dans l'anticipation des besoins en RH, c'est ça dont les gens sur le terrain ont besoin. C'est de savoir quand est-ce qu'ils vont travailler, quand est-ce qu'ils sont en repos, si leur formation va être honorée. Honnêtement ça fait beaucoup de choses. C'est ce qu'on m'avait dit au début « concentre toi sur les RH, c'est ce qu'il y a de plus important ». Mais c'est vrai en fait. C'est la vie des gens, la vie perso, la vie professionnelle." Cadre de santé 10, Femme, Médecine

Une cadre de santé (CS 8) disposant de neuf ans d'ancienneté professionnelle comme manager indique qu'elle utilise principalement les outils de gestion des effectifs pour assurer de la prévision. En effet, elle n'est pas à la tête d'une unité classique, il lui est confié une équipe paramédicale de suppléance à l'échelle d'un pôle. Ne souhaitant pas évoluer vers un poste de cadre supérieur, elle envisage en revanche une mobilité horizontale telle qu'un poste de cadre formatrice en institut de formation. Par conséquent, elle estime ne pas avoir à prouver particulièrement ses compétences, elle se plaît toutefois dans son travail et essaie donc de le faire du mieux qu'elle peut, sans chercher systématiquement à être valorisée par sa hiérarchie.

"Pour rentrer mes données. Je rentre les roulements, ça se déroule sur l'année ; je pose les congés, je vois les compteurs et j'essaie d'anticiper là où ça va coïncider. C'est ce que les agents attendent et c'est ce qui me permet de réguler, et surtout d'anticiper en planifiant l'activité et les effectifs. Le planning est le nerf de la guerre pour les soignants [...] Là le poste que j'ai actuellement me plaît beaucoup. Pour l'instant je ne me projette pas parce qu'il est très vaste, je suis autonome. Je gère pas mal de choses et ça me plaît bien. Un jour éventuellement, si j'obtiens mon M2, je pourrais penser à un poste de formatrice, mais pas cadre sup." Cadre de santé 8, Femme, Médecine, 9 ans

Cette cadre de santé revendique son souhait d'utiliser les outils de gestion uniquement pour du pilotage ("*rentrer mes données*") et de la prévision ("*j'essaie d'anticiper là où ça va coïncider*"). En revanche, elle explique que son souhait d'évoluer éventuellement vers un poste de cadre formatrice, et non pas vers cadre supérieure de santé, est lié à son refus de devoir se justifier

sur sa gestion (usage de légitimation des outils de gestion) ou de devoir rendre compte, auprès de directeurs administratifs, des besoins en soin ayant conduit à une augmentation de la masse salariale paramédicale (usage de traduction). Ces deux usages (légitimation et traduction) des outils de gestion sont d'ailleurs, comme cela sera montré ultérieurement, plutôt l'apanage des managers paramédicaux faisant état d'une forte volonté d'ascension professionnelle. Cette cadre de santé justifie ainsi son souhait de ne pas souhaiter obtenir un poste de cadre supérieure de santé :

"Je pense qu'aujourd'hui la Cadre Sup, elle se prend des coups partout : les syndicats parce que..., les médecins parce qu'ils ne sont pas contents, les injonctions de la direction, nous quand on n'est pas contents. Et pourquoi ? Les heures qu'elle fait... Moi je l'ai vue pendant la crise venir la nuit. Faut arrêter. 800 personnes c'est de la folie ! C'est se faire suer... Il faut être Sainte Thérèse. On n'est plus des bonnes sœurs." Cadre de santé 8, Femme, Médecine, 9 ans

Enfin, une autre cadre de santé, disposant de 17 années d'expérience d'encadrement, nous fait savoir qu'elle tient également à sa liberté de parole face aux décisions de la direction du CHU TONUS vis-à-vis desquelles elle éprouve de plus de plus souvent des incompréhensions. Elle nous indique spontanément à plusieurs reprises qu'elle ne souhaite pas devenir cadre supérieure, et qu'elle a même décliné des propositions qui lui avaient été faites en ce sens. En revanche, cette cadre n'exclue pas de changer de poste à terme pour une mission transversale ou bien pour muter dans un pôle différent. Elle est donc dotée d'une volonté d'ascension professionnelle moyenne. L'analyse de l'ensemble de l'entretien souligne qu'elle met en avant majoritairement le recours aux outils de gestion dans une optique de prévision. Son aisance, liée à son ancienneté dans la fonction d'encadrement, lui permet de comparer de manière proactive l'activité clinique programmée avec les effectifs paramédicaux prévus dans l'unité. Ainsi, juste avant notre entretien, elle venait d'apprendre par un appel téléphonique qu'une infirmière, disposant de compétences clés dans le service, serait absente la semaine prochaine en raison d'un arrêt maladie. Cette cadre a donc demandé aux médecins à diminuer la charge en soin de la semaine prochaine pour prendre en compte l'absence de cette infirmière et anticiper ainsi un éventuel sous-effectif préjudiciable au service.

"Et puis après pour gérer les effectifs, ce que j'ai toujours fait c'est ajuster la charge de travail, l'occupation des lits. Par exemple en dialyse, comme on était normés et qu'on avait parfois un sureffectif infirmier, c'était un choix volontaire, s'il y en a une qui n'embauchait pas pour qu'on

puisse assurer l'activité, ben c'est de jouer avec ça, l'activité et la présence. Et là ce que je viens de faire, on a un outil de programmation à partir du dossier patient. J'ai regardé toute la programmation de lundi et en supervision des infirmières d'onco-hémato, j'ai fait des propositions qui ont été validées pour déplacer certaines des programmations qui avaient été faites dans des lits pour aller les déplacer sur d'autres circuits et lisser l'activité au regard de l'effectif que je vais avoir puisque je vais avoir un poste en moins lundi." Cadre de santé 11, Femme, Oncologie

Ainsi, les cadres de santé exprimant des souhaits modérés d'ascension professionnelle sont plutôt associés à des usages du portefeuille d'outils de gestion tendant vers le pilotage quotidien, la prévision ou encore la légitimation.

5.6.2.3. Souhait d'ascension professionnelle élevée

Enfin, plusieurs cadres paramédicaux interviewés ont fait état, incidemment ou explicitement, d'une forte volonté d'ascension professionnelle. Plusieurs profils souhaitent réaliser une ascension professionnelle importante : des cadres de santé avec une expérience moyenne qui souhaitent devenir cadre supérieur voire directeur des soins ou bien encore des cadres supérieurs qui visent un poste différent du leur. L'analyse des données fait apparaître que ces managers paramédicaux sont ceux qui mobilisent les outils de gestion pour des usages sociopolitiques (légitimation et traduction) ou encore instrumental (évaluation). Ainsi, un cadre de santé (CS 9), disposant d'une dizaine d'années d'expérience d'encadrement (8 ans comme cadre de santé et 2 années préalables de faisant fonction), exprime clairement son souhait de devenir cadre supérieur de santé, voire directeur des soins :

"Pour après-demain peut-être être sur un poste de Cadre Sup[...] Directeur des soins j'y pense mais comme ça. Ce n'est pas encore d'actualité mais pourquoi pas un jour." Cadre de Santé 9, Homme, Médecine Physique et Réadaptation, 8 ans

Fort de ce souhait d'obtenir un poste plus élevé dans la hiérarchie hospitalière, ce cadre de santé a pris l'initiative de développer un outil de gestion qui permettrait d'établir une corrélation entre la charge en soin du service et les effectifs paramédicaux présents. L'objectif du cadre de santé est de décloisonner l'information et que les effectifs paramédicaux présents soient pris en compte par les médecins, dans leur décision d'admettre ou non un nouveau patient dans l'unité ainsi que par les autres cadres de santé, et par la cadre supérieure du pôle, dans les décisions de demander de la suppléance ou non. L'outil de gestion que le cadre de santé conçoit répond donc à un double usage : traduction (puisque le but est de normaliser la charge en soin et de la rendre accessible à des professionnels appartenant à des communautés professionnelles différentes) et évaluation (pour comparer l'efficacité des différentes unités en comparant pour chacune les effectifs présents avec la charge en soin).

"Encore une fois j'ai la chance de travailler avec un médecin qui est plutôt bien compréhensif mais ce qui manque c'est un outil ou une évaluation objectivée. Idéalement, à terme, et c'est pour ça que je travaille dessus, j'espère que ce tableau qu'on va mettre en place sera validé et regardé aussi par le médecin, que ce ne soit pas que moi qui gère ça." Cadre de santé 9, Homme, Médecine Physique et Réadaptation

La volonté du cadre d'impliquer la communauté médicale du pôle dans l'utilisation de l'outil de gestion développé permet donc d'assurer l'objectif de traduction de l'information dans un langage compréhensible par tous. En outre, les tentatives répétées de ce cadre de santé de rendre systématique le recours à son outil, tant pour les médecins, que par sa supérieure hiérarchique (*"Je n'arrête pas de tanner ma Cadre Sup. Elle est d'accord avec moi mais après mettre en place des outils de mesure..."*) ou encore par les autres cadres de santé illustrent sa volonté d'utiliser l'outil dans un but de légitimation. Être le concepteur d'un outil de gestion accepté par tous présente des avantages multiples: asseoir sa posture professionnelle de cadre de santé, montrer qu'on est force de proposition parmi l'équipe de cadre, et donc potentiellement éligible un jour à un poste de cadre supérieur, renforcer ses relations avec les médecins (ce cadre évoque le fait que certains de ses collègues cadres ont des accointances avec les médecins, dont il ne dispose pas encore lui-même) et également pouvoir donner à voir sa gestion efficace des ressources humaines aux autres cadres de santé en leur donnant la vision de son unité.

"Quand on n'a aucune solution, on essaye de faire des changements sur les jours travaillés et si vraiment on est dans le rouge parce qu'on a aucune solution, on fait ce qu'on appelle des feux de camp. On se réunit avec tous les Cadres et la Cadre Sup et on fait une réaffectation de

la suppléance en réévaluant au mieux la charge en soins dans les Unités. C'est un jeu d'acteurs, celui qui va pleurer le plus ou crier le plus obtiendra plus que celui qui ne dit rien et qui finalement va dire « je vais m'arranger ». Et c'est là qu'il y a un vrai biais dans la gestion au quotidien, c'est que ça ne s'appuie sur aucun indicateur ces réunions... Oui et du coup ce n'est pas très équitable. Je n'arrête pas de tanner ma Cadre Sup. Elle est d'accord avec moi mais après mettre en place des outils de mesure... Elle est à fond là-dessus mais entre la volonté et la mise en place, il y a encore une fois des barrières, des accointances entre certains Cadres et leurs médecins sur le Pôle. Il y a aussi des dimensions stratégique et politique qui ne permettent pas de faire ce que l'on veut." Cadre de santé 9, Homme, Médecine Physique et Réadaptation

Cette volonté de recourir aux outils de gestion, non plus pour des usages de pilotage mais bien plutôt de traduction et de légitimation, motive d'ailleurs le choix pour ce cadre de changer de poste. Au moment où nous le rencontrons, il nous apprend qu'il va obtenir dans quelques semaines un poste de cadre en mission transversale à l'échelle du CHU TONUS, qui lui permette de confirmer ou d'infirmier son appétence pour l'évolution vers un rôle de cadre supérieur de santé.

"Et sur ce poste transversal, du coup je n'aurai plus d'équipes à gérer et c'est plutôt avoir une démarche d'analyse, une démarche stratégique, échanger avec les différents collègues, médecins, différents services. Les outils utilisés seront les mêmes, mais je n'aurai plus une optique gestion quotidienne de mes ratios d'IDE, AS et d'ASHQ présents. C'est travailler plutôt en mode projets, sur de la prise de recul, sur de l'évaluation de l'existant, ou aussi montrer aux autres que les paramédicaux notre travail, comment et pourquoi on utilise ces outils, ce que je ne retrouve pas forcément ici, ou alors très rarement. C'est pourtant crucial car ça pose auprès de tous le rôle du cadre soignant, et ça n'est pas assez fait. Pour après-demain peut-être être sur un poste de Cadre Sup mais pas forcément sur un Pôle, ça peut être aussi en mission transversale sur une thématique particulière." Cadre de santé 9, Homme, Médecine Physique et Réadaptation

Ainsi, le souhait d'ascension professionnelle élevée (de cadre vers cadre supérieur en mission transversale) est précisément motivée ici par le souhait de ne plus se limiter à des usages de pilotage ou de prévision du portefeuille, mais bien d'évoluer vers des usages d'évaluation ou encore des usages sociopolitiques : traduction (« *montrer aux autres que les paramédicaux*

notre travail, comment et pourquoi on utilise ces outils ») et légitimation (« ça pose auprès de tous le rôle du cadre soignant, et ça n'est pas assez fait »).

L'autre type de profil qui exprime une volonté d'ascension professionnelle correspond aux cadres supérieurs expérimentés qui expriment un souhait de mobilité, verticale ou horizontale. Nous avons ainsi rencontré des cadres supérieurs du CHU TONUS qui souhaitent exercer des fonctions de directeur des soins, de cadre supérieur déchargé d'un pôle et en rattachement direct à la direction des soins infirmiers ou encore partir du CHU TONUS pour exercer des fonctions de directeur des soins (sans en détenir la qualification) dans des cliniques privées. Ces profils de cadres supérieurs désireux de poursuivre leur ascension professionnelle déclarent utiliser les outils de gestion pour opérer de la traduction, de la légitimation ou encore de l'évaluation. En effet, les cadres supérieurs à la tête d'un pôle sont régulièrement chargés d'intervenir auprès d'instances au sein desquelles ils doivent présenter et justifier la gestion de leur pôle, la rendre compréhensible pour des profils administratifs et médicaux et également prendre des décisions sur la base de ces données présentées.

Ainsi, une cadre supérieure (CSS 6) exprime le fait que lors des réunions avec la direction des ressources humaines, les outils de gestion des effectifs lui permettent de traduire son action et de se légitimer :

"On a un outil institutionnel qui est le tableau de suivi des effectifs CARYOTYPE. C'est l'interface avec la direction des Ressources Humaines. C'est leur outil de travail : je m'en saisis pour rendre compte de ma gestion RH, exposer mes difficultés et négocier des ressources. Cet outil je le connais, je le maîtrise, il me sert. Les Cadres de santé de mon pôle ne travaillent absolument pas ce tableau là si ce n'est quand je leur en fais des copies pour qu'on puisse regarder mais ce n'est pas leur outil de travail." Cadre supérieure de santé 6, Femme, Médecine

L'entretien avec cette cadre supérieure (CSS 6) permet de saisir que les outils de gestion sont alors utilisés comme une source d'informations permettant de justifier ex-post des décisions prises face à un tiers, ici la direction des ressources humaines du CHU TONUS. Cette justification servant à donner à penser que la cadre supérieure a agi conformément au rôle organisationnel qui lui est dévolu, il s'agit bien d'un usage de légitimation de l'outil de gestion des effectifs.

"Je vais chercher [dans les outils de gestion des effectifs] quand j'ai besoin pour argumenter des dossiers mais je ne peux pas m'en servir comme un fil conducteur au quotidien, c'est beaucoup trop lourd ! Mais oui CARYOTYPE et toutes les extractions que je compile sur LUMIERE ça peut être soit pour négocier des moyens de remplacement sur de l'absentéisme, sur les situations mais c'est aussi pour négocier des affectations de postes dans des contextes particuliers." Cadre supérieure de santé 6, Femme, Médecine

De surcroît, étant déchargée de la gestion quotidienne des équipes paramédicales, cette cadre supérieure explique qu'elle cherche plutôt à évaluer les résultats de la gestion des ressources humaines assurée par son équipe de cadres de santé. Les outils de gestion sont alors utilisés comme outil d'évaluation, notamment via l'extraction d'indicateurs sociaux qui permettent à cette cadre supérieure de décider d'un éventuel plan d'action au niveau du pôle.

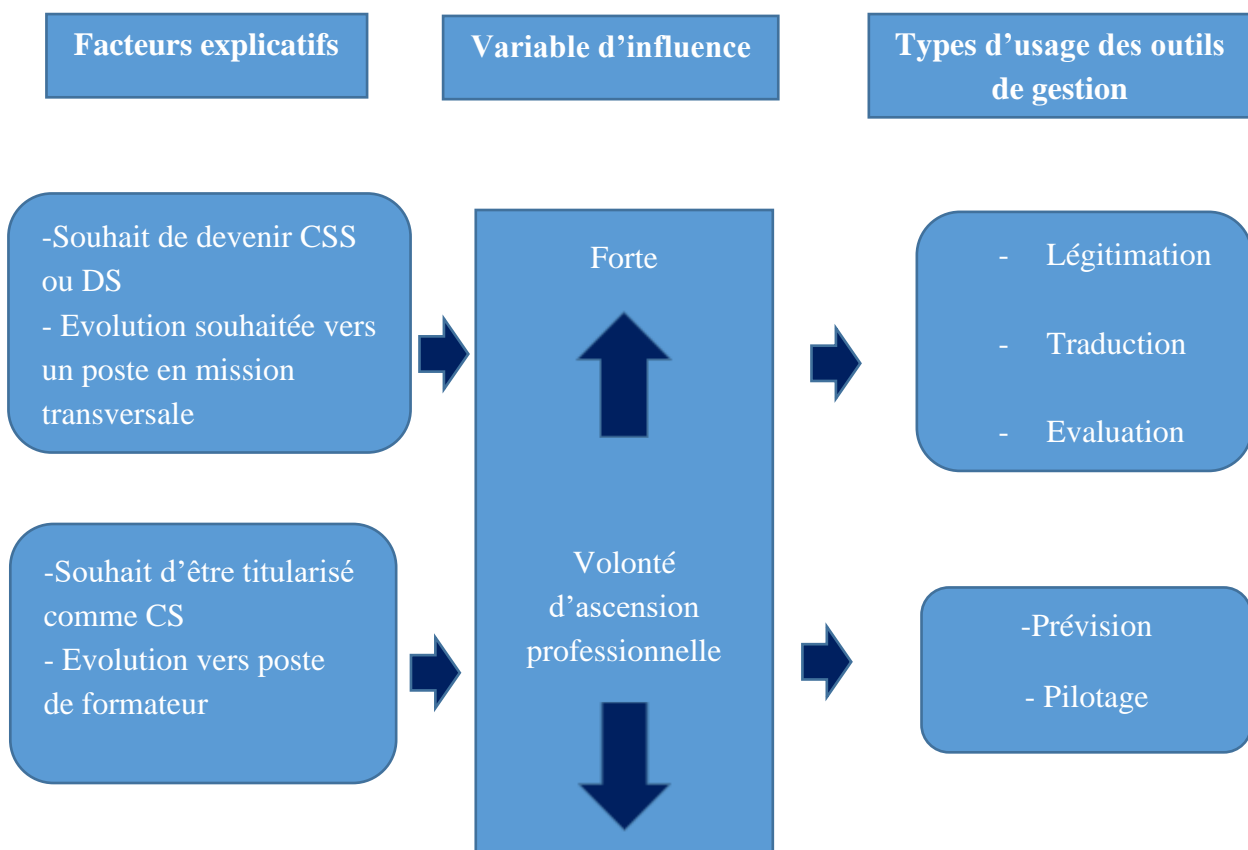
"J'ai sur le Pôle le suivi de l'ensemble des arrêts longs. Vous allez me dire « pourquoi les arrêts longs ? » parce que plus vous avez d'arrêts longs à mon sens, plus vous avez d'arrêts courts collatéraux. J'utilise les outils de gestion institutionnels aussi pour voir comment mes cadres gèrent cet absentéisme et ces arrêts. On a beaucoup d'outils qui nous aident à la gestion, des outils statistiques sur l'activité et ça je m'en sers, bien entendu ; au niveau de la DRH, ils ont aussi des données RH qui me permettent de gérer mais par contre je suis obligé d'avoir CARYOTYPE pour gérer mes consommations de mensualités (les contractuels que j'ai sur des remplacements). Ce sont des outils qui me permettent la gestion budgétaire et comptable, et notamment me sont indispensable pour avoir une vision claire de la gestion des mensualités par chacun de mes cadres." Cadre supérieure de santé 6, Femme, Médecine

Ainsi donc, les cadres de santé disposant d'une forte volonté d'ascension professionnelle recourent au portefeuille d'outils de gestion pour de l'évaluation ou pour des usages sociopolitiques (légitimation et traduction).

Il ressort de ces résultats que le positionnement du cadre de santé en termes de volonté d'ascension professionnelle conditionne ses usages du portefeuille d'outils de gestion. Ainsi, les cadres qui n'expriment aucune volonté d'ascension professionnelle (fin de carrière, proximité du départ à la retraite ou encore opposition frontale à l'évolution gestionnaire du CHU TONUS) se limitent à recourir au portefeuille d'outils de gestion pour des usages de pilotage et parfois de prévision. Ces cadres mobilisent aussi le découplage pour signifier leur

désapprobation vis-à-vis de la logique véhiculée par les outils de gestion. A l’opposé, les cadres de santé qui expriment une forte volonté d’ascension professionnelle (devenir cadre supérieur, directeur des soins ou encore être détaché sur une mission transversale) se montrent proactifs et ont recours au portefeuille d’outils de gestion pour évaluer, ou alors pour envoyer un signal et échanger avec les autres groupes professionnels de l’hôpital via des usages sociopolitiques (légitimation et traduction).

FIGURE 4- SYNTHÈSE DE L'INFLUENCE DU SOUHAIT DE CARRIÈRE DU CADRE DE SANTÉ SUR L'USAGE DU PORTEFEUILLE D'OUTILS DE GESTION





5.6.3. Le mode d'appropriation des outils de gestion par les cadres de santé

Enfin, nous avons identifié une troisième variable d'influence sur les usages des outils de gestion : le mode d'appropriation des outils de gestion par les cadres de santé. Pour cela, nous avons mobilisé la grille de lecture de Dechamp et al. (2006) dont nous retraçons ici les principaux éléments.

TABLEAU 24- PERSPECTIVES D'APPROPRIATION DES OUTILS DE GESTION (DECHAMP ET AL. 2006)

Mode d'appropriation des outils de gestion	Perception de l'outil
<u>Perspective instrumentale</u>	Enjeu de normalisation / standardisation des comportements. Permet de résoudre des problèmes concrets
<u>Perspective socio-politique</u>	Structuration des rapports sociaux.

	Outil perçu comme " <i>machine à fabriquer des interprétations</i> " (Boussard et Maugeri, 2003, p. 27)
<u>Perspective cognitive</u>	L'outil est une source de réflexivité sur la pratique professionnelle.
<u>Perspective symbolique</u>	Outil vu comme un vecteur de l'identité professionnelle. Permet de construire du sens autour de sa pratique professionnelle.

Dans les entretiens et l'observation réalisée auprès de cadres paramédicaux du CHU TONUS, les différentes perceptions des outils de gestion des effectifs ont été analysées comme des variables d'influence conduisant à un mode d'appropriation donné. Chacun des modes d'appropriation a été associé avec les usages du portefeuille d'outils de gestion décrits par l'interviewé ou observés. Il en ressort une grande homogénéité : un mode d'appropriation des outils de gestion est associé à un ou plusieurs usages des outils de gestion, de manière très fréquente dans nos entretiens.

5.6.3.1. Perspective d'appropriation rationnelle

Dans un premier temps, il convient d'évoquer les entretiens dans lesquels les cadres paramédicaux nous ont décrit la façon dont ils percevaient l'outil de gestion des effectifs selon une approche s'inscrivant dans une perspective rationnelle. Ainsi, les outils de gestion des effectifs sont parfois perçus comme des instruments qui permettent d'apporter des réponses à des questions concrètes de la part de l'équipe paramédicale. En effet, au quotidien, les paramédicaux sollicitent le cadre pour savoir s'il est possible de poser un congé à une date donnée, de participer à une formation à un autre moment ou encore d'intervertir leur planning avec un collègue. Le cadre de santé quant à lui utilise les outils de gestion pour s'assurer que l'effectif paramédical présent correspond à tout moment à l'effectif requis pour faire fonctionner l'unité de façon convenable eu égard à la charge en soin. Dès lors, ces personnes interviewées perçoivent les outils de gestion des effectifs comme un moyen d'apporter des réponses à des problèmes concrets. Par ailleurs, en assurant un nombre équitable de matins et de soirs travaillés pour chaque agent paramédical, les outils de gestion contribuent à standardiser les plannings.

Chaque agent assure plus ou moins le même roulement de travail, ce qui contribue à diffuser un signal d'équité entre chaque agent de l'équipe.

"Honnêtement, ce qui fait qu'on devient vraiment un bon cadre, c'est d'être capable de voir tout de suite là où on peut proposer des récuts, de voir tout de suite où le planning ça va poser des difficultés, vraiment d'être dans l'anticipation des besoins en RH, c'est ça dont les gens sur le terrain ont besoin. C'est de savoir quand est-ce qu'ils vont travailler, quand est-ce qu'ils sont en repos, si leur formation va être honorée. Honnêtement ça fait beaucoup de choses.."

Cadre de santé 10, Femme, Médecine

Cette cadre de santé (CS 10), qui indique percevoir les outils de gestion comme un moyen de résoudre des problèmes concrets de gestion d'équipe s'inscrit résolument dans une perspective d'appropriation rationnelle des outils de gestion. Dans sa description, la cadre de santé fait état de l'utilisation des outils de gestion pour assurer du pilotage ("*quand est-ce qu'ils vont travailler, quand est-ce qu'ils sont en repos, si leur formation va être honorée*") et également de la prévision ("*être capable de voir tout de suite là où on peut proposer des récuts, de voir tout de suite où le planning ça va poser des difficultés, vraiment d'être dans l'anticipation des besoins en RH, c'est ça dont les gens sur le terrain ont besoin*").

Par ailleurs, certains cadres expliquent que les outils de gestion des effectifs leur sont utiles pour simuler très approximativement la masse salariale nécessaire au développement d'un projet potentiel. De même, afin de mieux comprendre les effectifs affectés à chaque unité, le cadre supérieur peut utiliser les outils de gestion pour s'assurer que l'effectif budgété chaque semaine correspond dans les faits à l'effectif déployé dans l'unité, de façon à s'assurer que l'équipe paramédicale sera en nombre suffisant dans les prochaines semaines. Là encore, ces propos illustrent que les cadres paramédicaux perçoivent les outils de gestion comme des moyens de résoudre des problèmes opérationnels : ici l'adéquation entre effectif prévu et effectif déployé dans le futur. Cette vision des outils de gestion s'apparente là encore à une perspective d'appropriation rationnelle.

"Alors, soit en prospective, c'est à dire quand on se dit « tiens, combien ça coûterait, pour avoir une idée très grossière du besoin ». J'utilise aussi SAISON pour expliquer à un cadre pourquoi il a tel effectif budgété, soit aussi pour vérifier que l'effectif budgété correspond bien au besoin. Parfois on a des petits volants de différentiel, qui ne sont pas tout à fait ajustés, et ça peut expliquer quand il y du surplus quelque part qu'on ait besoin d'effectif supplémentaire ailleurs." Cadre supérieure de santé 2, Femme, Médecine, 27 ans

Cette approche instrumentale de l'appropriation des outils de gestion, ceux-ci étant vus comme permettant d'avoir une idée approximative d'un projet potentiel, est là encore associé à un usage de prévision (ce terme de prospective est utilisé par la cadre interviewée). On peut donc retenir que la perspective rationnelle d'appropriation des outils de gestion est associée aux usages de pilotage et de prévision.

5.6.3.2. Perspective d'appropriation sociopolitique

Dans un second temps, évoquons les cadres de santé qui font état d'une perception des outils de gestion associé à une appropriation socio-politique.

Ainsi, de nombreux cadres de santé nous ont permis de comprendre que les outils de gestion sont parfois perçus comme des moyens de structurer les rapports sociaux. En effet, pour une cadre de santé, détachée à temps complet de la gestion d'une unité pour assurer une mission syndicale, les outils de gestion des effectifs sont des moyens pour la direction générale des hôpitaux d'imposer aux cadres de santé un comportement conforme à l'orthodoxie budgétaire. Pour cette cadre de santé (CS 5), accepter de remplir un tableau de bord relatif à la masse salariale revient à se soumettre entièrement aux injonctions budgétaires de la direction. Les outils de gestion sont donc un moyen d'expression de la pression exercée par un groupe social sur un autre : les outils de gestion convoient dans cette optique toute l'idéologie propre au groupe social qui sollicite le recours à ces outils. Aussi, les cadres de santé s'approprient les outils de gestion selon une perspective socio-politique.

"On me demandait toujours (mon CSS) de remplir des tableaux de bord. Le but est clairement d'évaluer le cadre, de voir s'il se plie aux injonctions budgétaires de la direction ou s'il a l'audace de privilégier la qualité des soins et la qualité de vie au travail de son équipe. Évidemment si vous faites le deuxième choix, on vous remet en cause très vite et on vous musèle. Et bien sûr, vous comprenez que vous n'aurez aucune évolution. Le concours sur titre de cadre sup, c'est vraiment le choix sorti du chapeau. Il faut avoir fait preuve d'une docilité à toute épreuve, d'une soumission totale à la direction et surtout il faut qu'on vérifie que sur le long terme, vous remplissez tous les outils et tableaux de bord possibles et imaginables. Le maitre mot c'est : est-ce qu'on peut vérifier que ce cadre a continuellement réduit la masse salariale ? Si c'est le cas, et vous que vous vous soumettez parfaitement, vous pouvez obtenir très vite un poste de cadre sup." Cadre de santé 5, Femme, Psychiatrie

Cette cadre indique ici que le portefeuille d'outils est un moyen d'envoyer un signal à sa hiérarchie ou à la direction de l'hôpital (CONTROL) de son alignement sur les pressions institutionnelles ou au contraire de son refus de celles-ci. Ainsi, le découplage et le non usage évoqués dans le verbatim sont une manière pour la cadre de donner à voir son positionnement par rapport aux pressions institutionnelles, et elle indique que cela est pris en compte par sa hiérarchie (CONTROL) et que les décisions de promotion professionnelle sont prises en considération de cela.

Les outils de gestion sont aussi perçus comme une façon de construire une interprétation d'une situation. Ainsi, afin de faciliter le sentiment de transparence entre un cadre supérieur et son équipe de cadres, les outils peuvent être partagés. L'idée est alors de montrer sa confiance envers son équipe tout en permettant au cadre supérieur d'évaluer la façon dont les cadres de proximité gèrent leur masse salariale.

"Et ce sont des outils qui servent aussi en communication avec chacun des cadres parce que ce sont des outils partagés et donc il y a la transparence et ça c'est hyper important parce que sinon il y en a toujours un qui vous dira que l'autre a eu plus de suppléances que moi. CARYOTYPE peut permettre de partager la répartition de l'équipe de suppléance au sein du pôle. Ces outils-là, qui n'ont pas grande prétention, sont pour moi cruciaux parce que donner l'information à tous avec réactivité, c'est ça qui leur permet à eux de gérer plus confortablement et me permet à moi de savoir qui fait le job." Cadre supérieur de santé 5, Homme, Gériatrie, 21 ans

Cette perspective d'appropriation socio-politique est associée ici à un usage d'évaluation des outils de gestion. Cette même démarche est retrouvée lors de l'entretien avec le cadre paramédical concepteur de plusieurs outils de gestion spécifiques au CHU TONUS (CSS 1). Celui-ci nous donne à comprendre qu'il mobilise les outils de gestion comme un moyen d'instaurer un contrôle sur le travail des nouveaux cadres paramédicaux du CHU TONUS. De ce fait, les outils de gestion, parce qu'ils sont prescrits aux nouveaux cadres paramédicaux comme la méthode préférentielle de travail, s'inscrivent dans une codification des rapports sociaux: il s'agit d'une perspective d'appropriation socio-politique.

"Là je fais le forcing sur tous les faisant fonction pour qu'on puisse vérifier ce qu'ils font. Il y en a un qui commençait à faire des cycles et il n'y arrivait pas et il a dit « de toute façon c'est comme ça et ça va être comme ça », je lui ai dit « ah non, là stop, tu t'arrêtes. Tu es faisant fonction et tu vas tout recommencer. On va y arriver parce que si tu commences déjà comme

ça en étant faisant fonction, ça va être compliqué qu'on donne un avis positif pour financer ta formation à l'IFCS... ». Cadre supérieur de santé 1, Homme

Ainsi, les outils de gestion sont ici un instrument de domination d'un groupe social établi sur les nouveaux entrants dans la profession. La conformité des nouveaux cadres paramédicaux à l'usage prescrit des outils de gestion conditionne partiellement la validation, par la direction du CHU TONUS, de leur financement de la formation leur permettant d'intégrer le corps des cadres de santé. Les outils de gestion sont donc bien ici un mode d'évaluation. Il en est exactement de même lorsqu'en interne, un cadre de santé exprime le souhait d'évoluer vers une fonction de cadre supérieur. Pour s'assurer de son respect futur de la masse salariale, il est expliqué que son degré de couplage aux usages prescrits des outils de gestion des effectifs détermine l'avis exprimé sur la candidature au poste de cadre supérieur.

"Dans cette idée-là, j'avais demandé à notre coordonnateur général des soins, de savoir quels étaient ceux qui étaient pressentis pour être cadre sup. Moi je n'allais pas demander la même chose au niveau des exigences. Un cadre qui dit « je veux être cadre sup », ça veut dire qu'il utilise ça, il ne remet pas en cause, il fait progresser. Mais si quelqu'un fait ça et n'utilise déjà pas, là je dis « ben non, ce n'est pas possible. Elle n'est déjà pas capable de faire ça pour son unité". Cadre supérieur de santé 1, Homme

Ainsi, dans de multiples entretiens, la perspective socio-politique d'appropriation des outils de gestion est corrélée à un usage d'évaluation. Néanmoins, cela n'est pas le seul : un mode d'appropriation socio-politique des outils de gestion est aussi associé à un usage de traduction des outils de gestion.

En effet, à de nombreuses reprises, il nous a été confié que les outils de gestion étaient un moyen pour les cadres de santé de structurer les rapports sociaux en communiquant sur l'activité de leur unité auprès des collaborateurs de la direction des ressources humaines, membres de la communauté du CONTROL et sans identité professionnelle soignante. Les difficultés à l'usage des outils de gestion sont ici expliquées comme relevant de logiques professionnelles différentes entre les profils administratifs et les cadres paramédicaux.

"Il y a tout un dossier que le cadre administratif fait mais... L'idée aurait été que les cadres administratifs se servent de ça mais j'ai du mal parce qu'ils n'ont pas assez de culture RH, qu'ils se servent des outils mais qu'ils partent bien de ce que fait le cadre. Si tout le monde part

de ce que fait le cadre et qu'on valide, ça veut dire aussi qu'on valorise et qu'on respecte le travail des cadres." Cadre supérieur de santé 1, Homme

Dans la même optique, une cadre de santé nous fait savoir que sa responsable hiérarchique a recours aux outils de gestion pour permettre d'étayer ses demandes, de façon objectivée, vis à vis des membres de la direction des ressources humaines. Les outils de gestion structurent donc la frontière entre les groupes professionnels en proposant une surface d'interaction commune à des professionnels utilisant des langages différents.

"C'est ma cheffe qui va, ce qu'on appelle en RGP [Réunion de Gestion Prévisionnelle des effectifs], négocier le nombre de mensualités par rapport au nombre d'arrêts qu'on a et au nombre de postes vacants. Elle fait une extraction avec la cheffe du bureau du personnel, elles mettent en corrélation PLUME et leurs données RH et elles voient si c'est cohérent." Cadre de santé 8, Femme

Toujours dans une démarche d'appropriation socio-politique, une cadre supérieure de santé nous indique que les outils de gestion structurent les rapports sociaux qu'elle entretient avec les membres de la direction des ressources humaines lors d'instances nommées « *Réunions de Gestion Prévisionnelle des effectifs* ». En effet, c'est par le médium des outils de gestion des effectifs que cette cadre paramédicale donne à comprendre sa pratique professionnelle à des membres de la communauté du CONTROL (« *rendre compte de la dépense RH* »). C'est aussi par ces outils de gestion que cette cadre paramédicale sollicite l'obtention de personnels paramédicaux supplémentaires pour son pôle (« *négocier des moyens si besoin* »).

« On va effectivement expliquer notre activité dans les RGP [les Réunions de Gestion Prévisionnelle des effectifs] c'est là où je vais rendre compte de la dépense RH mais aussi négocier des moyens si besoin. Ce rendu a lieu aussi au moment de la conférence des Pôles, une fois par an, face au Directeur Général. On a beaucoup d'instances dans lesquelles on va pouvoir à la fois rendre compte et à la fois exposer, négocier et là les outils de supervision des effectifs nous aide. » Cadre supérieure de santé 6, Femme

Par ailleurs, les outils de gestion analysés dans une approche socio-politique peuvent permettre de modifier la structure des rapports sociaux en dépersonnalisant les demandes de moyens supplémentaires. En effet, afin de se détourner de la posture traditionnelle d'affrontement entre des membres du CONTROL, collaborateurs de la direction des ressources humaines qui défendraient la rigueur budgétaire en contenant la masse salariale, et la communauté des cadres

paramédicaux, sollicitant régulièrement des effectifs supplémentaires ; les outils de gestion dépassionnent les débats. En effet, l'outil de gestion peut permettre de donner un sentiment de scientificité, voire tenter de construire une impression d'objectivité, à la demande de moyens supplémentaires. En effet, ce ne sont plus directement les cadres paramédicaux qui mobilisent des arguments et des exemples pour justifier des moyens supplémentaires, ce sont les outils de gestion, acceptés par les deux groupes professionnels, qui sont utilisés pour montrer que la masse salariale devrait être accrue. Les outils de gestion sont donc utilisés pour construire une interprétation de la réalité visant à dépersonnaliser les rapports sociaux entre DRH et les cadres paramédicaux.

« Clairement, LUMIERE nous sert à obtenir plus facilement des postes, moi c'est comme ça que je le vois. Avec LUMIERE, ce n'est pas nous qui demandons les postes, en plus ce n'est même pas le cadre sup du pôle qui est là à demander, c'est l'outil qui prouve qu'il y a besoin de postes. » Cadre supérieure de santé 2, Femme Enfant

Ici, les entretiens permettent de comprendre que les cadres paramédicaux perçoivent les outils de gestion des effectifs comme des modes de structuration des rapports sociaux, relevant d'une appropriation socio-politique. Les outils de gestion sont une interface de communication et de dialogue entre les membres du CONTROL et du CARE: les outils de gestion sont donc résolument tournés vers un usage de traduction. Ainsi, il a été montré que les outils de gestion, lorsqu'ils s'inscrivent dans une perspective d'appropriation socio-politique par les cadres de santé, sont mobilisés pour de l'évaluation d'une part et pour un usage de traduction d'autre part.

5.6.3.3. Perspective d'appropriation cognitive

Dans un troisième temps, intéressons-nous aux outils de gestion que les cadres de santé s'approprient dans une démarche cognitive. Dans ces situations, les outils de gestion sont perçus comme des moyens de prendre du recul sur sa pratique professionnelle, soit de schématiser son action pour l'analyser de manière critique. Ainsi, interrogé sur l'usage attendu des outils de gestion des effectifs par un "bon" cadre de santé, un manager indique :

[A propos de l'usage des outils de gestion par un "bon" CS] *Le fait déjà d'avoir un regard sur la gestion de l'activité, de questionner des soins, de proposer de la formation aux équipes, de*

participer aussi à la démarche qualité par les groupes de travail qu'il peut y avoir à l'échelle du pôle ou à l'échelle institutionnelle. " Cadre de santé 2, Femme, Médecine

Dans cet entretien, il apparaît que les outils de gestion des effectifs, en recensant des indicateurs propres à l'activité de l'unité ainsi qu'aux professionnels paramédicaux, permettent de mettre en parallèle ces deux axes. Ainsi, les outils de gestion permettent de prendre du recul sur la pratique du cadre en termes de gestion des effectifs (Assure-t-il en moyenne un effectif paramédical suffisant dans son unité au regard du nombre et du profil des patients pris en soin ?), de supervision de la qualité des soins (les indicateurs donnent-ils à penser que la qualité des soins est préservée ? A cet égard, le cadre de santé a-t-il pensé à proposer une formation continue régulièrement à différents agents de catégories professionnelles différentes dans son équipe ?) ou encore de sa participation à la vie institutionnelle. Cette façon de penser conduit à comprendre que les outils de gestion sont un moyen de matérialiser le travail du cadre. En rendant visible son travail, les outils de gestion des effectifs permettent au cadre de santé de revenir sur celui-ci de manière critique pour pouvoir améliorer sa pratique professionnelle. Cette perspective d'appropriation cognitive de l'outil de gestion est donc associée à un usage d'évaluation. Les outils de gestion, puisqu'ils permettent de prendre du recul sur la pratique professionnelle, sont également utilisés par les cadres supérieurs qui souhaitent se faire une idée de la façon dont travaillent les différents cadres du pôle dont ils ont la responsabilité. Là encore, les outils de gestion sont compris comme des moyens de matérialiser le travail quotidien des cadres de santé, de façon à pouvoir vérifier que ceux-ci agissent de manière conforme aux attentes de leur responsable hiérarchique et aux pressions institutionnelles en général.

"Faut que je les suive dans leur activité, c'est ça qui est complexe parce qu'il faut beaucoup de temps. Je regarde ce qu'ils utilisent. Les outils de gestion en ce qui concerne la RH c'est facile. Vous allez voir tout de suite celui qui a une bonne gestion, qui arrive à être dans les objectifs et puis celui qui demande toujours plus. Moi j'ai eu le cas d'une cadre qui est en difficulté, elle fait sans arrêt des demandes de remplacement. On a une plateforme, elle ne comprend pas que la bonne utilisation des outils passe d'abord par une maîtrise d'objectifs. Si on a maîtrisé l'objectif, on va pouvoir se servir des outils de gestion de façon ad hoc. Et là elle n'a pas compris alors que l'objectif RH du CHU TONUS ne couvrira pas à 100 % et dès qu'elle a un arrêt il faut que ce soit couvert. On voit son chiffre de dette sociale qui enfle, sans arrêt je suis obligé d'intervenir, de retourner lui expliquer." Cadre supérieur de santé 5, Homme, Gériatrie

Dans ces deux verbatim, la perspective d'appropriation cognitive des outils de gestion est associée par les cadres de santé à un usage d'évaluation, soit de leur propre pratique professionnelle, soit de celle de cadres dont ils ont la responsabilité.

5.6.3.4. Perspective d'appropriation symbolique

Enfin, les cadres de santé interrogés ont également exprimé des propos et mis en œuvre des pratiques qui conduisent à penser qu'ils se situent dans une perspective d'appropriation symbolique des outils de gestion. En effet, ces cadres paramédicaux indiquent qu'ils perçoivent les outils de gestion des effectifs comme un vecteur identitaire, un outil leur permettant de se positionner comme manager paramédical. Les propos recueillis donnent à penser que les outils de gestion des effectifs permettent de construire du sens autour du travail du cadre de santé, afin de le conforter dans l'idée qu'il agit conformément au rôle que les institutions lui ont assigné. Ainsi, pour le cadre concepteur (CSS 1) de plusieurs outils de gestion des effectifs spécifiques au CHU TONUS, les outils de gestion sont un moyen d'affirmer son autorité dans les domaines de la gestion prévisionnelle outillée des ressources humaines. En effet, son activité professionnelle le conduisant à former les nouveaux entrants dans la filière de l'encadrement paramédical (faisant fonction de cadres de santé où cadres de santé récemment diplômés), il saisit l'opportunité de ces formations pour présenter comme incontournable les outils de gestion qu'il a contribué à développer. Consciemment ou non, ce positionnement autour des outils de gestion contribue notablement à le légitimer comme expert de la gestion des ressources humaines au sein du CHU TONUS. Dès lors, se conformer aux usages qu'il prescrit des outils de gestion devient une pression institutionnelle interne. En entretien, ce cadre concepteur (CSS 1) nous indique qu'il sollicite l'intervention du cadre supérieur de pôle pour présenter avec lui les outils de gestion, de manière à montrer qu'il n'est pas le seul à prescrire ces outils, mais qu'il s'agit d'une norme largement établie dans l'encadrement supérieur.

« Tous les nouveaux cadres et les faisant fonction, je fais le forcing auprès eux pour leur dire « c'est ça, point, ou je ne t'aide pas ». C'est sûr que les cadres anciens qui n'ont pas utilisé ces outils ne s'y mettront pas... mais le premier élément c'est si le Cadre Sup valide et croit à l'intérêt de ces outils, ça va suivre dans son équipe de cadres de santé. C'est pour ça que je veux que les cadres sup viennent au moins une journée à une des formations dans son pôle parce que je veux que ce soit le même discours qui soit relayé par les cadres sup et moi auprès

des nouveaux cadres : que ces outils sont incontournables. » Cadre supérieur de santé 1, Homme, Mission transversale

Ce verbatim illustre combien une perspective symbolique d'appropriation permet de situer les outils de gestion des effectifs comme des moyens de construire et de renforcer sa légitimité au sein de l'organisation hospitalière. A l'échelle de l'encadrement de proximité, les outils de gestion peuvent aussi être utilisés comme un moyen de se positionner comme détenteur de la bonne pratique des outils de gestion. Dès lors, afin de renforcer cette position légitime par rapport aux usages prescrits des outils de gestion, le cadre de santé (CS 8) peut présenter la conformité à l'usage comme une condition nécessaire pour qu'il accède à la demande de ses interlocuteurs. D'artefact de gestion, l'outil devient un rite de passage nécessaire à l'établissement d'une légitimité professionnelle. C'est le cas d'un cadre de santé chargé d'une équipe de suppléance, qui pour s'assurer que ses collègues cadres de santé respecteront l'usage imposé des outils de partage de la suppléance paramédicale, indique qu'il ne prendra pas en compte les demandes de remplacement qui ne sont pas présentées conformément à l'usage prescrit.

"On a un outil où on va mettre les besoins RH. Quand mes collègues cadres le remplissent, ça transfère sur mes attributions c'est-à-dire que ça s'affiche ici : tel besoin en IDE, en AS, en ASHQ, c'est ce qu'elles m'ont demandé. Et si elles ne remplissent pas ça bien, après c'est à leurs risques et périls c'est-à-dire que moi je vais mettre au hasard. Je regarde ce qu'elles me demandent, je mets au mieux (des fois je ne peux pas), au plus près de leur demande mais si elles ne font pas bien au départ... Ça leur fait comprendre aussi que si elles n'utilisent pas l'outil comme je leur dit, enfin comme il faut, elles n'auront pas de réponse à leurs demandes de suppléance. Enfin, je veux qu'elles comprennent aussi que je repartis la suppléance, donc l'outil elles doivent l'utiliser comme on leur dit, sinon c'est aussi irrespectueux pour moi»
Cadre de santé 8, Femme, Médecine

Par ailleurs, une cadre supérieure (CSS 2) explique combien les outils de gestion, par leur aspect chiffré et extérieur à l'activité soignante proprement dite, fournit au cadre un moyen de se positionner comme garant de la maîtrise de la masse salariale, et par conséquent comme relais des pressions institutionnelles en vigueur dans les hôpitaux. En effet, une cadre supérieure indique que diffuser les outils de gestion des effectifs à l'échelle du pôle permet de faire la transparence sur les décisions de déploiement des effectifs dans les différents services. Par ce moyen, le cadre supérieur peut se saisir de cette occasion pour présenter ses choix de répartition

des ressources humaines, et de les positionner comme des preuves de sa conformité aux impératifs de maîtrise salariale. Le partage de l'outil de gestion n'est alors qu'un prétexte permettant de donner à avoir l'alignement du cadre supérieur avec les injonctions de maîtrise budgétaire, c'est-à-dire la garantie de sa légitimité dans la sphère hospitalière traversée par le New Public Management.

« Au contraire, la transparence faite avec la diffusion des outils de vision des effectifs, ça invite le cadre sup à prendre toute sa responsabilité dans la gestion RH, et notamment la gestion budgétaire. Avec ces outils, on fait comprendre aux cadres que la RH c'est un trésor qui coûte très cher, et qu'il faut vraiment en optimiser l'utilisation. Et de gérer au plus près des besoins au quotidien. Quand y a besoin, y a besoin. Mais quand il n'y a pas besoin, c'est l'occasion soit de donner des congés soit autre chose, il faut une rigueur dans le pilotage au quotidien des plannings. Et puis, quand mes cadres viennent me voir pour une situation tendue, très souvent il y avait des signes que ça allait se tendre et ils n'ont rien fait à temps. Enfin, gérer c'est prévoir, il faut aussi anticiper le plus possible les congés annuels, les pics épidémiques pour trouver des renforts peu coûteux comme l'équipe de suppléance, l'auto remplacement etc. Quand ils attendent, il n'y a que des solutions coûteuses qui restent disponibles. » Cadre supérieure de santé 2, Femme

De surcroît, dans une organisation hospitalière où avoir une expertise clinique est un moyen d'être reconnu par les membres des communautés du CURE et du CARE, les cadres de santé peuvent également utiliser des outils de gestion comme un vecteur de leur identité professionnelle hybride manager- professionnel de santé. Ainsi, les outils de gestion qui permettent de comparer la charge en soins des patients accueillis dans l'unité avec les effectifs paramédicaux nécessaires sont un moyen pour un cadre de santé de donner à voir qu'il détient une expertise clinique qui lui permet de piloter de manière éclairée les effectifs paramédicaux. Le cadre de santé interrogé (CS 9) va jusqu'à évoquer les outils de gestion comme un « tiers médiateur » qui lui permettrait de construire ou d'entretenir sa légitimité auprès des médecins comme de l'équipe paramédicale.

« Non, c'est l'équipe supervisée par les cadres. C'était ma décision de leur faire confiance et ça leur permet aussi de savoir que nous, les cadres, on est sensibles à cette charge en soins, chose que des fois ils ne perçoivent pas toujours en disant « vous ne vous rendez pas compte », « ben si je me rends compte ». Et notamment à travers cette évaluation qui est faite, d'ailleurs ça avait été assez bien perçu par les syndicats aussi... Un jour il y a un syndicaliste qui a

débarqué dans mon bureau en me disant « oui, il y a une charge importante, qu'est-ce que vous faites ? », « ben, regardez j'ai des belles courbes ». Et donc c'est une forme de tiers médiateur dans la relation aussi bien avec les équipes paramédicales que l'équipe médicale. » Cadre de santé 9, Homme, Médecine Physique et Réadaptation

Au-delà de l'utilisation à des fins de légitimation, l'appropriation symbolique des outils de gestion peut aussi être saisie comme moyen de réaliser du découplage. En effet, les cadres de santé se montrent conscients que les outils de *reporting* des effectifs permettant de discuter et de négocier avec les collaborateurs de la direction des ressources humaines du CHU TONUS. De ce fait, alors qu'ils n'utilisent pas au quotidien les outils de gestion des effectifs pour piloter leur unité et gérer les absences au fil de l'eau, ils mettent en avant ces outils ponctuellement, lors d'instances de négociation avec les membres du CONTROL, de façon à leur faire croire qu'ils se conforment aux injonctions institutionnelles.

"Après il y a le fameux outil CARYOTYPE qui est un outil de création « maison », que moi je trouve bien et que j'utilise. Maintenant il y a deux grosses difficultés : c'est qu'il n'est pas mis en flux aux cadres c'est-à-dire qu'ils ont des copies. On va être honnête, ils ont toujours des copies en retard c'est-à-dire qu'au mois d'octobre, ils ont la copie de juillet... Du coup il n'est pas utilisé en systématique comme ça devrait, on a développé des outils maison parce que les cadres d'unité ils doivent savoir ce qui se passe en temps réel, on n'est pas dans le reporting de ce qui s'est passé pour établir la paye. Mais on utilise ces outils-là auprès de la DRH et du bureau du personnel, en faisant comme s'ils étaient des outils de pilotage." Cadre supérieure de santé 6, Femme, Médecine

Dans le même état d'esprit, le cadre concepteur de CARYOTYPE reconnaît que cet outil a été transformé au profit d'une vision gestionnaire, propre au bureau du personnel du CHU TONUS. En effet, CARYOTYPE est massivement utilisé par le service des ressources humaines pour y mettre à jour des informations administratives comme le passage à temps partiel ou des avancements d'échelon de l'agent. Toutefois, toutes ces informations sont rentrées rétrospectivement par le service RH, non pas en temps réel, et sont déconnectées du poste qu'occupe effectivement le salarié dans le pôle hospitalier. Le cadre de santé concepteur (CSS1), quoiqu'évidemment très favorable à l'utilisation par la communauté des cadres soignants de son outil, reconnaît tout à fait que la majorité d'entre eux ne l'utilisent pas au quotidien, mais uniquement pour faire des bilans ponctuels avec le bureau du personnel. Ce découplage est connu du cadre concepteur des outils de gestion, qui le justifie par l'existence

d'une "mentalité" différente chez les membres de la direction administrative et chez les cadres de santé.

"Normalement CARYOTYPE est mis à jour par les cadres très régulièrement. Mais bon, je suis lucide, normalement ! C'est là où je n'ai pas pu... J'ai travaillé avec certaines mais la responsable n'a pas adhéré au projet puisqu'un des gros points où il faut justement que les cadres aient cette aide RH, c'est de faire se rejoindre la partie RH financière et administrative de la partie RH organisationnelle centrée sur les soins. Pour que l'un aide l'autre, que le travail fait par la partie administrative serve aux cadres. Pourquoi j'avais fait ça au départ ? C'est que quand j'étais cadre sup d'un pôle, le bureau du personnel faisait son tableau et moi je refaisais le mien à côté. Il n'y avait rien d'autre. Et puis après on comparait si on était bon... mais on faisait deux fois le même tableau. Donc là l'idée des administratifs aurait été de faire en sorte que le bureau du personnel remplisse les tableaux et que les cadres n'auraient justement pas à les toucher parce qu'il ne faut surtout pas qu'ils les touchent et que c'est la vie de tous les jours et que ça change. Ce que j'ai beaucoup de mal à faire passer c'est que du point de vue administratif, il faut que le tableau soit figé, mentalité paye. A la fin du mois, la paye c'est tant et on paye. Sauf que le cadre ne travaille pas à mois passé, il est en gestion prévisionnelle, mais ça change tout le temps. Donc j'ai voulu faire bouger un peu les lignes des cadres et celle des administratifs en proposant un outil qui combine les façons de faire de tout le monde" Cadre supérieur de santé 1, Homme, Direction

De surcroît, dans une perspective symbolique, puisque l'outil de gestion est le vecteur de l'identité professionnelle du cadre de santé, celui-ci peut assumer de ne pas respecter l'usage prescrit de l'outil au motif que celui-ci entre en conflit avec ses valeurs professionnelles intrinsèques. C'est le cas de cadres de santé qui, se sentant profondément soignants eu égard à leur ancienne fonction d'infirmier ou de professionnel paramédical, considèrent que fournir des informations sur la façon dont ils optimisent l'usage des ressources humaines va à l'encontre de leur objectif de maximiser la qualité des soins et la qualité de vie au travail. De ce fait, le non usage de l'outil de gestion, ou son usage contraire aux prescriptions institutionnelles, est un moyen d'affirmer son identité professionnelle soignante et son désaccord vis-à-vis de la rigueur budgétaire des hôpitaux

"A la fin de ma fonction de cadre d'unité, je refusais de remplir des tableaux de bord. Pourquoi ? On commence l'année avec de l'argent en moins, on est en train de perdre le sens de ce qu'on fait. On doit rendre des comptes à des gens qui n'y connaissent rien, qui nous demande des

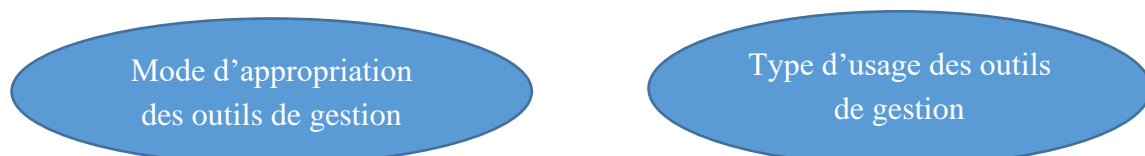
justifications sur pourquoi il y a 30 minutes entre 2 opérations." Cadre de santé 6, Femme, Blocs opératoires

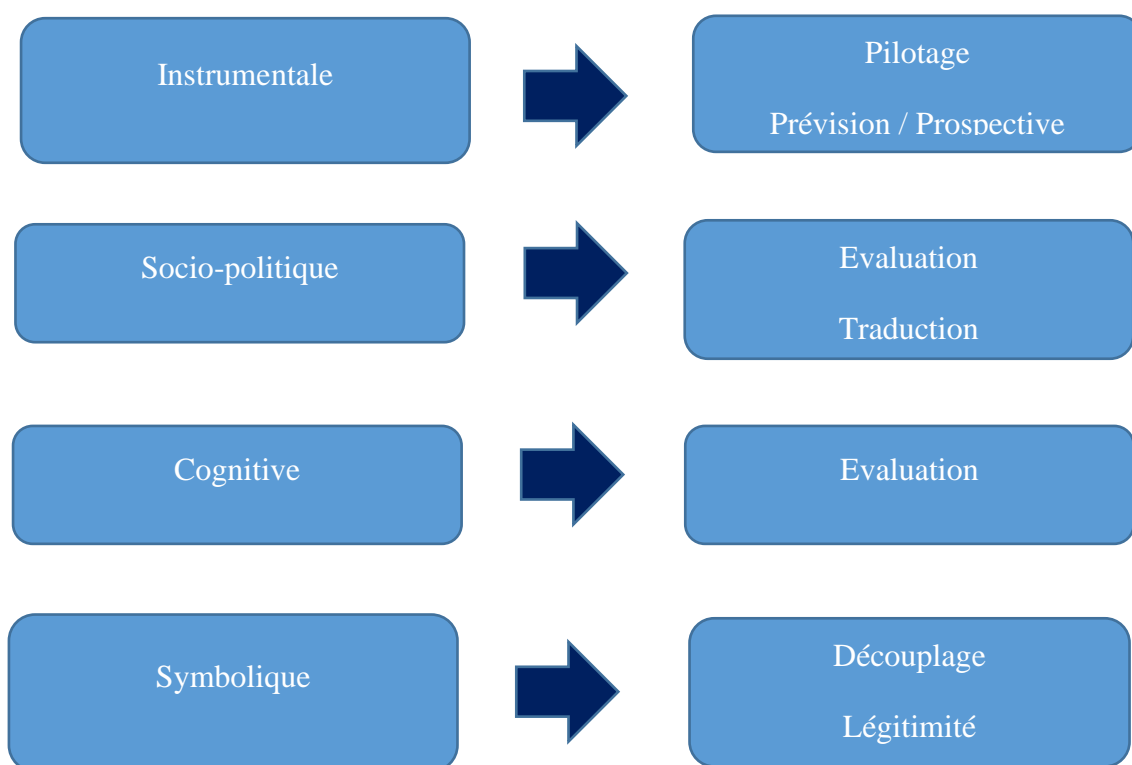
Dans ces verbatim, il a été mis en avant le fait que percevoir les outils de gestion comme un vecteur de l'identité professionnelle du cadre de santé correspond à une perspective d'appropriation symbolique des outils de gestion. Cette dernière donne lieu à deux types d'usage : la légitimation et le découplage.

Cette analyse des données nous permet donc d'apporter une contribution à la grille de Dechamp *et al.* (2006) en associant aux modes d'appropriation des outils de gestion des usages associés de ce portefeuille.

Ainsi, lorsque les cadres de santé s'approprient le portefeuille en considérant qu'il sert avant tout à standardiser les comportements et à répondre à des problèmes concrets (perspective instrumentale), alors les cadres de santé mobilisent le portefeuille d'outils par des usages de pilotage quotidien et de prévision/ prospective. Lorsqu'ils s'approprient le portefeuille d'outils en le voyant comme une mode de construction et d'évolution des rapports sociaux (perspective socio-politique), les cadres de santé utilisent le portefeuille principalement pour de l'évaluation et de la traduction. Quand les cadres s'approprient les outils en les voyant comme un moyen de prendre du recul par rapport à leur pratique professionnelle (perspective cognitive), ils recourent au portefeuille principalement pour de l'évaluation. Enfin, dans les situations où les cadres de santé conçoivent les outils comme des vecteurs de leur identité professionnelle (perspective symbolique), les usages du portefeuille relèvent surtout de l'ordre de la légitimation et du découplage.

FIGURE 5- SYNTHÈSE DE L'INFLUENCE DE LA PERSPECTIVE D'APPROPRIATION SUR LES USAGES DU PORTEFEUILLE D'OUTILS DE GESTION





SYNTHESE

Dans cette section, nous avons cherché à mettre en exergue les variables, autres que situationnelles, qui influencent le type d'usage du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé. Trois variables explicatives des usages du portefeuille d'outils de gestion ont été identifiées : le niveau de maîtrise technique des outils, la volonté d'évolution professionnelle et le mode d'appropriation des outils de gestion.

Tout d'abord, le niveau de maîtrise technique des outils de gestion est lui-même dépendant de plusieurs facteurs. Ainsi, lorsqu'un professionnel paramédical est nommé sur un poste de "faisant fonction de cadre de santé", il est amené à manipuler des outils de gestion sans y avoir été formé. De même, le niveau d'expérience dans la fonction d'encadrement conditionne le niveau de maîtrise technique des outils de gestion. Enfin, la proximité

culturelle entre la logique du cadre de santé utilisateur et celle des outils influence leur maîtrise technique.

Ensuite, le souhait d'évolution professionnelle influence massivement les usages des outils de gestion. Il a été mis en lumière qu'une faible volonté d'ascension professionnelle (cas d'un cadre en fin de carrière voulant rester sur son poste actuel ou d'une absence de souhait d'évolution due à une opposition aux directives institutionnelles) conduit à du découplage ou du pilotage. Une volonté modérée d'évolution (cas d'un faisant fonction qui souhaite être titularisé ou d'un cadre qui désire une mobilité horizontale vers un poste de formateur) conduit à recourir au pilotage et à la prévision par les outils de gestion. Enfin, une forte volonté d'ascension professionnelle (souhait d'être promu cadres supérieur ou directeur des soins ou d'être nommé sur un poste en mission transversale) est associée aux usages suivants des outils de gestion : légitimation, traduction et évaluation.

Enfin, la perspective d'appropriation des outils de gestion est étroitement liée aux usages effectifs des outils. Ainsi, nous avons fait apparaître qu'une appropriation instrumentale conduit à du pilotage et de la prévision. L'appropriation socio-politique des outils est associée aux usages d'évaluation et de traduction, tandis qu'une perspective cognitive d'appropriation des outils induit un usage d'évaluation. Pour terminer, le mode d'appropriation symbolique des outils permet aux cadres de santé d'utiliser les outils de gestion pour construire leur légitimité ou bien réaliser du découplage par rapport aux règles prescrites.

Partie IV- Discussion

Nos résultats confirment les travaux qui indiquent que les usages du portefeuille d'outils de gestion, ou système de contrôle de gestion, jouent un rôle actif dans la manière dont les acteurs faisant face à un pluralisme institutionnel parviennent à répondre aux pressions exercées par des logiques institutionnelles divergentes (Gourbier et *al.*, 2022 ; Moriniere et Georgescy, 2021 ; Amans et *al.*, 2015 ; Chenhall et *al.*, 2013 ; Ezzamel et *al.*, 2012 ; Sundin et *al.*, 2010). La littérature dédiée aux organisations faisant face à un pluralisme institutionnel se concentre sur les dirigeants tenus d'hybrider des logiques et des rôles en tension (Jansen et *al.*, 2008 ; O'Reilly et Tushman, 2008). Des travaux plus récents insistent sur la nécessité d'identifier les conditions permettant l'hybridation des rôles des cadres intermédiaires, en particulier les cadres de santé à l'hôpital (Burgess et *al.*, 2015). Nous discuterons des conditions permettant, à l'aune de nos résultats, de favoriser l'hybridation des rôles à travers le recours au portefeuille d'outils de gestion, comme cela a été amorcé par certains travaux (Mazars-Chapelon et *al.*, 2023).

Si les outils sont des vecteurs des logiques institutionnelles qui pèsent sur les cadres, ils ne représentent pas qu'une contrainte. En effet, la pluralité des pressions exercées par les outils et souvent même leurs contradictions offrent un espace d'action. Nos résultats montrent que les cadres s'en saisissent. Conformément à la notion d'*embedded agency* mobilisée précédemment, ils exercent leur réflexivité et leur capacité d'action à travers l'usage qu'ils font de ces outils. Les usages du portefeuille d'outils de gestion leur permettent de tenir leurs rôles, c'est-à-dire de former un compromis entre les rôles prescrits par les institutions et leur liberté d'action. Notre recherche permet de comprendre comment et sous quelles conditions les usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs peuvent permettre aux cadres de santé de relier les rôles qu'ils tiennent, tant gestionnaire que soignant, et de les transformer réciproquement, processus que nous nommons hybridation (Aquino et Batley, 2022) des rôles. Nos résultats indiquent que la gestion des effectifs à l'hôpital ne relève pas d'un seul outil mais d'un portefeuille d'outils présentant des caractéristiques techniques favorables à l'hybridation des rôles. Cette capacité des agents et du portefeuille d'outils à fabriquer de l'hybridation n'est toutefois pas systématique. Elle dépend aussi de caractéristiques propres aux utilisateurs qui vont agir sur les usages.

La discussion se fait en deux temps. Dans le chapitre 6, nous aborderons les usages du portefeuille d'outils de gestion comme des vecteurs d'hybridation des rôles gestionnaire et soignant tenus par les cadres paramédicaux à l'hôpital public. Nous détaillerons les caractéristiques du portefeuille d'outils de gestion et les variables personnelles liées aux utilisateurs qui rendent possibles l'hybridation via le recours au portefeuille d'outils de gestion. Dans le chapitre 7, nous montrerons que pour tenir leurs rôles organisationnels gestionnaire et soignant et occuper une position pivot, les cadres de santé font usage du portefeuille d'outils au sein d'espaces de discussion variés qui permettent à ces acteurs de mener un travail sur les frontières professionnelles, dont nous détaillons les modalités.

SOMMAIRE DE LA PARTIE IV

Partie IV- Discussion	350
Chapitre 6- Les usages du portefeuille d’outils de gestion : des vecteurs d’hybridation des rôles	354
6.1. Une hybridation des rôles instrumentée par les usages du portefeuille d’outils de gestion	356
6.2. Les caractéristiques du portefeuille d’outils de gestion au cœur de la dynamique d’hybridation des rôles	360
6.2.1. La modularité du portefeuille	360
6.2.2. La polyvalence du portefeuille : un répertoire d’usages possibles.....	365
6.2.2.1. Les usages instrumentaux du portefeuille d’outils de gestion : vecteurs du rôle gestionnaire	366
6.2.2.2. Les usages sociopolitiques du portefeuille d’outils de gestion : vecteurs d’hybridation des rôles	368
6.2.3. La conception initiale et continue du portefeuille d’outils de gestion : un atout pour l’hybridation des rôles des cadres de santé	376
6.3. Des variables personnelles des utilisateurs du portefeuille d’outils de gestion favorisant leur hybridation de rôles.....	378
6.3.1. Le niveau de maîtrise technique du portefeuille d’outils de gestion par les utilisateurs	379
6.3.2. Les souhaits de carrière du cadre de santé.....	379
6.3.3. La perspective d’appropriation des outils du portefeuille	380
6.3.3.1. Appropriation rationnelle du portefeuille d’outils.....	381
6.3.3.2. Appropriation sociopolitique du portefeuille d’outils de gestion.....	382
6.3.3.3. Appropriation cognitive du portefeuille d’outils de gestion.....	384
6.3.3.4. Appropriation symbolique des outils du portefeuille	385
6.4 Une hybridation dynamique permise par les usages du portefeuille d’outils de gestion.....	388
Chapitre 7- User du portefeuille d’outils de gestion pour conduire un travail frontière	397
7.1. Des usages du portefeuille d’outils de gestion mis en œuvre au sein d’espaces de discussion	399
7.2. Usages instrumentaux d’évaluation dans un espace de discussion entre cadres : un travail frontière ultérieur nécessaire	403
7.3. Usages sociopolitiques du portefeuille et espace de discussion interprofessionnel : un travail frontière préalable à l’hybridation.....	406
7.4. Trois modalités du travail sur les frontières professionnelles permises par les usages du portefeuille d’outils de gestion	410

7.4.1.	Le travail frontière collaboratif.....	413
7.4.2.	Le travail frontière conservateur.....	415
7.4.3.	Le travail frontière extensif	417

Chapitre 6- Les usages du portefeuille d'outils de gestion : des vecteurs d'hybridation des rôles

Nos résultats ont mis en exergue trois usages instrumentaux (pilotage, prévision et évaluation) et trois usages sociopolitiques (légitimation, découplage et traduction) du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital public. Nous discutons nos résultats pour montrer que les usages du portefeuille sont des vecteurs potentiels d'hybridation des rôles des cadres de santé. Nous prolongerons donc les travaux présentant les outils de gestion comme des vecteurs permettant de relier des acteurs, des groupes et des logiques variées (Christner et Strömsten, 2015 ; Jordan et *al.*, 2013 ; Miller et O'Leary, 2007). Ainsi, les usages du portefeuille d'outils de gestion peuvent permettre de relier et transformer réciproquement les rôles soignant et gestionnaire, pour arriver à une solution qui concilie ces deux rôles organisationnels en tension. Par rôle organisationnel, nous entendons la définition suivante, que nous avons stabilisé dans la revue de littérature : « *un compromis entre les attentes comportementales exprimées par la société et l'organisation et l'interprétation que l'individu fait de ce cadre prescriptif* » (Flachère, 2015, p. 91). Les cadres de santé sont soumis à un rôle gestionnaire, qui implique de gérer le service et l'équipe paramédicale en respectant une masse salariale imposée dans un contexte de restriction budgétaire, et à un rôle soignant, qui les invite à privilégier la qualité et la sécurité des soins apportés aux patients. Comme indiqué dans la revue de la littérature, nous retenons que l'hybridation est construction ou l'assemblage d'éléments issus d'origines variées (Gittell et Douglas, 2012 ; Battilana et Lee, 2014), c'est-à-dire un processus qui consiste à relier et à transformer des entités préalablement séparées (Flachère et Habran, 2019). Les différentes réformes hospitalières n'ont de cesse d'accroître les attentes de rôle gestionnaire d'un côté, avec une efficience attendue dans la gestion des ressources humaines très forte dans un contexte de restriction budgétaire, et de renforcer les attentes à l'égard du rôle des cadres de santé de l'autre, en les rendant responsables de la qualité des soins, des événements indésirables survenus dans leur service et en diffusant des indicateurs relatifs à la prise en soins des patients service par service. Ainsi, alors que les tensions entre ces deux rôles sont toujours plus importantes, les attentes à l'égard des cadres de santé ne cessent de s'accroître des deux côtés.

Nos résultats montrent que les rôles tenus ne sont pas toujours équilibrés. Le recours au portefeuille d'outils de gestion pour du découplage (soit un usage non conforme à l'usage prescrit tout en donnant des gages fictifs de conformité aux pressions institutionnelles) prouve

que certains cadres tiennent un rôle en particulier (seulement gestionnaire ou seulement soignant), tout en prétextant tenir les deux rôles. Nous discuterons donc la façon dont les usages du portefeuille permettent aux cadres de santé de tenir leurs rôles gestionnaire et soignant, et comment ces usages peuvent aussi permettre de favoriser l'hybridation de ces rôles.

Dans ce chapitre, nous confrontons nos résultats à la littérature pour mettre en avant le fait que les usages du portefeuille d'outils de gestion peuvent, compte tenu de caractéristiques relatives au portefeuille et de variables liées aux usagers spécifiques, favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé. En effet, la littérature comptable rappelle que « *le principal effet des outils de gestion et des logiques associées est de relier des acteurs, des aspirations et des arènes distinctes* »⁹ (Miller et Power, 2013). Les outils de gestion deviennent alors des espaces favorisant les échanges de pratiques, de raisonnement et le dialogue (Zahir-Ul-Hassan et al., 2016). La littérature identifie certaines caractéristiques permettant aux outils de gestion de favoriser la régulation d'entités diverses (Habran et al., 2019) et donc l'hybridation : le fait que les acteurs partagent le même objectif final (Miller et Power, 2013) ou qu'ils partagent des valeurs conformes au prisme culturel véhiculé par les outils de gestion (Christner et Stromsten, 2015 ; Kurunmäki et Miller, 2011). Plus récemment, des travaux sur les portefeuilles d'outils de gestion ont mis en lumière le fait que des facteurs favorisant la régulation de logiques institutionnelles variées, et potentiellement l'hybridation de rôles, consistent en l'implication des utilisateurs dans la conception des outils (Camous et al., 2022), en la sélection d'un acteur disposant de registres de socialisation pluriels pour tenir ces rôles hybrides (Valette et al. 2018) la présence d'un leader organisationnel hybride afin de parvenir à faire coïncider des logiques différentes (Mazars-Chapelon et al., 2023). Nous souhaitons prolonger ces travaux en mettant en exergue d'autres caractéristiques du portefeuille qui favorisent l'hybridation des rôles à son usage.

Nos résultats permettent de comprendre que l'hybridation ne s'assimile pas à l'*accountingization* (Flachere et Habran, 2019), dans la mesure où il ne s'agit pas d'un processus unilatéral par lequel les outils de gestion infiltrent un raisonnement gestionnaire dans les pratiques des acteurs hospitaliers. Nos résultats s'inscrivent plutôt dans l'idée que les usages

⁹ « *much of what accounting instruments and ideas do is to link up distinct actors, aspiration, and arenas* » (Miller & Power, 2013, p. 557)

des outils de gestion, et en particulier d'un portefeuille d'outils, permettent aux acteurs de tenir des rôles et qu'ils produisent des effets sur les frontières professionnelles. Ces usages multiples et adaptatifs d'un portefeuille d'outils de gestion peuvent participer au processus d'hybridation (Habran et *al.*, 2019). En effet, l'hybridation face à un environnement pluriel n'est pas le fait des usages des outils de gestion seuls, mais bien d'une constellation de facteurs de régulation, ou « *web of mediators* » (Bodker et Andersen, 2005) qui la favorisent. L'hybridation des rôles tenus par les acteurs s'analyse comme un processus de création de compromis entre les pressions institutionnelles (rôles prescrits ou attendus) et la liberté d'action et la réflexivité des utilisateurs. Ce processus est mis en œuvre par les usages d'un portefeuille d'outils de gestion, mais également par d'autres éléments du « *web of mediators* » (Habran et *al.*, 2019) comme les espaces de discussion ou le travail sur les frontières.

Nous nous inscrivons dans la lignée des travaux en comptabilité qui indiquent que les effets des outils de gestion, et ici en l'occurrence l'hybridation des rôles tenus, ne s'appréhendent que par l'analyse fine des usages situés, des rôles tenus et des modifications organisationnelles induites par ces usages (Aquino et Batley, 2022). Nous entendons donc poursuivre ces travaux en identifiant les caractéristiques et les variables personnelles liées aux utilisateurs qui sont propices à l'hybridation des rôles.

6.1. Une hybridation des rôles instrumentée par les usages du portefeuille d'outils de gestion

Les résultats ont permis de mettre en avant le fait que les usages du portefeuille d'outils de gestion permettent aux cadres de santé de tenir un ou plusieurs rôle(s) organisationnel(s). Les usages instrumentaux, comme le pilotage et la prévision, sont mobilisés par les cadres de santé pour assurer des tâches comme la confection des plannings ou leur modification sous contrainte de respect d'un budget de remplacement limité : ils tiennent ainsi un rôle gestionnaire.

Notre recherche confirme ainsi des résultats récents (Camous et *al.*, 2022 ; Boitier et Rivière, 2016) qui mettent en avant le fait que les usages des outils de gestion permettent d'incarner des logiques institutionnelles, et donc de tenir des rôles organisationnels. Notre apport consiste ici à pouvoir exprimer qu'à l'hôpital public aussi, à l'instar des résultats observés dans une régie publique d'eau et dans des universités françaises, le portefeuille d'outils de gestion « *est le transporteur des logiques institutionnelles* » (Camous et *al.*, 2022). Nous allons au-delà de ce premier constat en nous inscrivant dans le sens de travaux récents de la recherche en contrôle

(Moriniere et Georgescu, 2021 ; Drevet, 2017 ; Amans et *al.*, 2020 ; Mazars-Chapelon et *al.*, 2023), que nous prolongeons en cherchant à comprendre comment les usages du portefeuille d'outils de gestion parviennent à faire cohabiter les logiques entre elles jusqu'à permettre dans certains circonstances l'hybridation des rôles. Nous discutons ainsi des processus par lesquels l'« *outil de gestion, idéalement envisagé dans son portefeuille de gestion, permet d'observer les conflits de logiques institutionnelles et leurs résolutions* » (Amans et *al.*, 2023).

Nos résultats font état du fait que certains usages du portefeuille, dans des situations impliquant des acteurs issus de groupes professionnels différents, permettent de tenir à la fois le rôle gestionnaire et le rôle soignant en enclenchant un processus d'hybridation de rôle.

En période de préparation d'un entretien d'évaluation annuelle, des cadres supérieurs paramédicaux utilisent le portefeuille d'outils de gestion pour évaluer le travail d'un cadre qui leur est subordonné. Dans le cadre de cet usage d'évaluation, ils apprécient à travers le portefeuille d'outils la capacité de ce cadre à maîtriser la masse salariale dans sa gestion de l'absentéisme (rôle gestionnaire) mais aussi la manière dont il améliore la qualité des soins en pilotant les compétences des professionnels de l'équipe, en ménageant des temps de concertation pluridisciplinaire ou encore en travaillant avec une charge en soins raisonnable (rôle soignant). Ainsi, dans cette situation de gestion, l'usage évaluatif du portefeuille d'outils de gestion permet de relier les rôles gestionnaire et soignant du cadre de santé tout en mesurant la capacité du cadre à transformer l'un par l'autre, c'est-à-dire à prendre des décisions de gestion qui concilient les impératifs soignants et gestionnaire. Cet usage du portefeuille d'outils de gestion peut donc favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé.

Les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion quant à eux ont la particularité d'être mis en œuvre par les cadres de santé dans des espaces ouverts à des acteurs issus de groupes professionnels différents. Ainsi, la légitimation, le découplage et la traduction ne se mettent jamais en œuvre de manière isolée, mais toujours vis-à-vis ou en interaction avec des acteurs protéiformes. A ce titre, les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion constituent le support de réunions, animées par des managers, qui ont pour objectif de prendre des décisions de gestion (remplacement, mutualisation de personnel, recours à l'intérim, affectation de personnel supplémentaire à un pôle) ancrées dans la réalité des situations

rencontrées. C'est le cas des conférences de pôle, des réunions de répartition de la suppléance ou encore des points de gestion du pôle entre le cadre administratif, le médecin chef et le cadre supérieur paramédical. Comme rappelé par Parigot (2016), toute situation de gestion implique la définition d'un espace. Nos résultats indiquent que les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion soutiennent la formation d'espaces de discussion, notion développée par Detchessahar (2003, 2007 et 2011) puis approfondie par Conjard et Journoud (2013). L'espace de discussion correspond à « *un espace qui ouvre aux acteurs des possibilités d'énonciation des difficultés et des contradictions du travail en vue de la construction de compromis, le plus souvent provisoires, mais qui serviront pour un temps de point d'appui à l'action collective* » (Detchessahar, 2011, p. 101). La littérature (Detchessahar, 2013) identifie quatre caractéristiques d'un espace de discussion (être centré sur l'activité concrète des acteurs ; être animé par un gestionnaire de et par l'activité et être inscrit le cadre d'une démarche pérenne), la dernière est la nécessité que cet espace de discussion soit alimenté par un outillage gestionnaire, qualifié de « *substrat matériel* » (Detchessahar, 2013, p. 60 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2017). Nous contribuons à mettre en évidence que le portefeuille d'outils de gestion est utilisé par les cadres de santé comme support à la constitution d'espaces de discussion ouverts aux différents groupes professionnels de l'hôpital. En effet, les espaces de discussion « *ont besoin d'outils de gestion pour équiper l'échange d'opinions, éclairer la prise de décision et ainsi piloter l'activité* » (Bellini et al., 2018). Les différents usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé sont le substrat technique permettant de relier et de transformer les différents rôles et logiques institutionnelles face à une situation de gestion. Transcendant les frontières professionnelles, le portefeuille d'outils de gestion constitue un support constitué d'outils élaborés dans un langage suffisamment commun et ouvert pour pouvoir enclencher un processus de dialogue entre les différents mondes sociaux. Le travail des cadres de santé suppose de réaliser en permanence des arbitrages entre la qualité des soins, le respect des contraintes budgétaires et la nécessité de proposer une prise en charge du flux de patients accueillis dans l'hôpital. En temps réel, les cadres de santé manipulent les outils de gestion afin de recueillir de l'information, faire des simulations, prendre des décisions et les discuter ou les présenter aux autres groupes professionnels qui sont affectés par les décisions en termes de ressources humaines prises par les cadres paramédicaux. En effet, en cas de mutualisation de personnel paramédical sur plusieurs unités, le ratio soignant-patient diminue, ce qui implique parfois de devoir accueillir au sein du service un profil de patients nécessitant moins de soins ou de surveillance que les patients initialement prévus, en particulier dans les services où l'activité est programmée. Les usages du portefeuille d'outils de gestion constituent

alors un espace de discussion entre les cadres paramédicaux, l'administration, les patients, les paramédicaux et les médecins, afin de donner à voir la situation du personnel paramédical et de permettre d'élargir la décision à la prise en considération de toutes les dimensions, gestionnaire, médicale et paramédicale, de la situation. Ainsi, par la confrontation de la situation de gestion auprès d'acteurs variés, les espaces de discussion, outillés par les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion, permettent de dépasser la coexistence de différentes logiques institutionnelles. Les cadres de santé intègrent, par l'échange avec les acteurs issus des autres mondes de l'hôpital, les contraintes qui pèsent sur les différents acteurs : cela les pousse à prendre des décisions qui combinent les rôles gestionnaire et soignant, mettant en œuvre l'hybridation de leurs rôles.

Des travaux récents (Camous et *al.*, 2022) mettent en avant le fait qu'un système de contrôle de gestion peut être le support de réunions au cours desquelles différents acteurs, poursuivant des logiques institutionnelles et des rôles pluriels, produisent des compromis entre les rôles et les logiques. Nous prolongeons et affinons cette notion, en montrant que loin de demeurer l'antre du médecin (Pauly, 1980), l'hôpital voit naître des espaces de discussion ouverts à des acteurs variés, outillés par des usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion. Ces espaces sont favorables à la mise en commun des différentes contraintes de l'hôpital et à l'expression des différents rôles des acteurs en présence. Ainsi, les usages sociopolitiques du portefeuille sont l'occasion pour les utilisateurs de se saisir des enjeux des différents groupes professionnels, afin de prendre des décisions de gestion qui concilient les rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé. Ceux-ci peuvent donc parvenir à l'hybridation de leurs rôles au sein d'espaces de discussion favorisés par les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils.

6.2. Les caractéristiques du portefeuille d'outils de gestion au cœur de la dynamique d'hybridation des rôles

Après avoir indiqué que les usages du portefeuille d'outils de gestion peuvent permettre aux cadres de santé d'incarner le seul rôle gestionnaire (pour le pilotage et la prévision) ou bien favoriser l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant (pour les usages sociopolitiques tels la légitimation, le découplage ou la traduction), il convient de mettre en avant les caractéristiques du portefeuille d'outils de gestion qui rendent possibles ce processus d'hybridation. Soucieux de répondre à la littérature qui met en avant le besoin d'identifier les variables favorisant l'hybridation (Valette et *al.*, 2018 ; McGivern et *al.*, 2015 ; Hoff, 2000), nous identifions trois caractéristiques du portefeuille d'outils de gestion des effectifs utilisés à l'hôpital public qui favorisent l'hybridation de rôles des cadres de santé. Le portefeuille est modulaire, ce qui signifie qu'un utilisateur peut n'utiliser qu'un ou que certains des outils ; il est polyvalent, au sens où il constitue un répertoire d'usages possibles que les utilisateurs sélectionnent selon le rôle qu'ils viennent tenir ou le processus d'hybridation qu'ils veulent enclencher ; et le portefeuille a été conçue de façon à favoriser l'hybridation.

6.2.1. La modularité du portefeuille

Notre recherche se distingue de nombreux autres travaux en comptabilité et en contrôle dans la mesure où la focale n'a pas été portée sur l'usage d'un outil de gestion, mais plutôt sur un portefeuille d'outils de gestion, entendu comme un ensemble d'outils de gestion interconnectés (Amans et *al.*, 2020). En effet, il a été mis en évidence que « *dans un contexte « d'hyperinstrumentation », l'impact d'un outil de gestion ne peut être pensé en dehors de son inscription dans le « concert » des outils* » (Detchessahar et Journe, 2007, p.90).

Le niveau d'analyse de notre recherche porte donc sur le portefeuille d'outils de gestion, compris comme « *agencement d'outils de gestion interconnectés* » (Amans et *al.*, 2020, p. 29) ou encore à « *un système constitué d'éléments en interrelation* » (*ibid.*). Dans les organisations « *l'introduction d'un nouvel outil ne conduit pas à abandonner les précédents, un réseau dense de tisse au fil du temps* » (Boldrini, 2015, p. 8) : c'est ainsi que se constitue un portefeuille d'outils de gestion. Puisque les outils de gestion évoluent rarement de manière isolée (Detchessahar et Journe, 2007), nous inscrivons notre travail dans le champ des contributions théoriques récentes qui étudient les outils de gestion, et de contrôle de gestion singulièrement,

de manière holistique (Gourbier et *al.*, 2022 ; Camous et *al.*, 2022 ; Amans et *al.*, 2020 ; Otley, 2016 ; Chenhall, 2003). Cette posture invite à se questionner sur les conséquences de la présence d'un portefeuille composé de différents outils de gestion interdépendants sur l'hybridation des rôles des utilisateurs.

Cette vision d'ensemble des outils de gestion des effectifs utilisés par les cadres de santé au CHU TONUS s'inscrit dans la perspective du contrôle de gestion défendue par Malmi et Brown (2008) et par Feirrerera et Otley (2009). L'analyse globale des outils, sous la forme d'un portefeuille d'outils de gestion en l'occurrence, est propice à comprendre l'ensemble des implications des usages de ces outils. Comme tous les outils de gestion, ce portefeuille mérite d'être contextualisé afin d'en analyser les différentes implications. En effet, « *ce que fait un outil de gestion est incompréhensible si l'on focalise l'analyse sur l'outil lui-même* » (Detchessahar et Journe, 2007, p. 87). De fait, la performance organisationnelle, parfois attribuée à l'efficacité des outils de gestion, est éminemment due à la présence d'un environnement propice au bon déploiement des outils de gestion et aux usages qui sont faits des outils par les acteurs. Rappelons en effet qu'« *une technique managériale se met en œuvre par un intense processus de contextualisation ; sa réussite prouve bien plus la présence d'un « terrain » favorable capable de mener à bien cette contextualisation, que l'efficacité de cette technique* » (Hatchuel et Weil, 1992, p. 126). Aussi, si les usages d'un portefeuille d'outils de gestion peuvent favoriser l'hybridation des rôles, ceci s'explique tant par des caractéristiques techniques liées au portefeuille d'outils lui-même que par des variables sociales ou liées aux logiques institutionnelles qui infusent l'hôpital public.

Dans cette recherche, nous avons étudié l'ensemble des six outils de gestion des effectifs mis à disposition des cadres de santé du CHU TONUS. Nos résultats ont mis en évidence que les cadres de santé optent pour l'un des outils du portefeuille, voire pour plusieurs d'entre eux, selon les interlocuteurs visés ou selon le ou les rôle(s) qu'ils souhaitent tenir ou hybrider

Ainsi, lorsqu'un cadre de santé entend tenir le rôle gestionnaire qui lui est dévolu, il peut se saisir de PLUME et de SAISON. Ces deux outils du portefeuille permettent de confectionner les plannings et d'enregistrer les absences en développant une logique institutionnelle

gestionnaire, centrée sur un impératif d'efficacité dans l'utilisation des ressources humaines. En outre, alors que PLUME est plutôt centré sur le groupe du CARE, nos résultats ont montré que SAISON permet aux cadres de santé d'entamer un dialogue de gestion avec la direction ou de promouvoir la convergence médico-cadre. Le cadre de santé sélectionne donc l'outil le plus adapté aux interlocuteurs avec qui il a besoin de dialoguer. Quand un cadre de santé souhaite se concentrer sur le groupe du CARE, il peut mobiliser PLUME qui permet d'enregistrer l'absentéisme des paramédicaux, les heures de travail, les éventuelles permutations entre agents et qui permet de déclencher le calcul de la paye. Lorsque l'idée est de travailler en collaboration avec les médecins porteurs de projets, en simulant l'effectif requis et la masse salariale nécessaire au projet imaginé par des médecins, un cadre de santé peut se saisir de SAISON. De même, lorsqu'un cadre de santé veut convaincre un membre du CONTROL ou de la COMMUNITY de l'autoriser à créer un nouveau projet ou qu'il souhaite négocier des moyens supplémentaires, il peut recourir à SAISON ou à LUMIERE. Dans les situations où le cadre entend prendre le contrôle de l'ordonnancement des patients, ce qui constitue souvent un point d'achoppement avec certains membres du CURE qui voient là une tâche historiquement médicale leur échapper, l'outil de référence est AVENIR. Nous confirmons donc le résultat de Petit et Lux (2020) qui mettent en avant le fait que les outils de gestion sont caractérisés par la porosité : les pratiques des cadres peuvent mobiliser deux ou plusieurs outils de gestion simultanément. La porosité décrite par les auteurs est favorisée par le fait que les utilisateurs recourent ainsi à un portefeuille d'outils, qui présente la particularité d'être modulaire : le portefeuille est donc un répertoire d'outils dans lequel puisent les utilisateurs en fonction du rôle qu'ils veulent tenir ou de l'hybridation de rôles qu'ils souhaitent enclencher.

Ainsi, les outils CARYOTYPE, AVENIR, PHARE et LUMIERE peuvent être utilisés de manière à relier les rôles organisationnels soignant et gestionnaire et à les transformer mutuellement pour permettre une hybridation des rôles des cadres de santé. CARYOTYPE est un outil dédié à l'affectation des différents professionnels paramédicaux aux postes de travail au sein d'un pôle. Nos résultats montrent néanmoins que les cadres de santé peuvent intégrer dans cet outil des informations relatives à l'expérience préalable, aux compétences et qualifications complémentaires détenues par les différents paramédicaux. Cette utilisation selon une logique institutionnelle soignante de CARYOTYPE permet aux cadres de santé d'affecter les paramédicaux qui disposent des compétences et qualifications adaptées au profil de patients qui leur sont assignés. Ainsi, CARYOTYPE peut valoriser l'expertise clinique des cadres de

santé et permet de relier les rôles gestionnaire et soignant. Ces deux impératifs sont également transformés, puisque CARYTOYPE ne sert plus seulement à affecter tous les postes de travail à des paramédicaux : l'objectif devient d'affecter toute l'équipe paramédicale sur les différents postes de travail en ajustant le profil des patients pris en soins aux compétences et connaissances spécifiquement détenues par les professionnels paramédicaux. De même, AVENIR permet d'assurer un rôle gestionnaire en calculant les effectifs requis dans un service et en calculant la masse salariale associée. Toutefois, nos résultats convergent pour montrer que les cadres de santé mobilisent AVENIR pour ajuster le flux de patients hospitalisés dans le service aux effectifs paramédicaux présents, lorsque le service dispose d'une activité programmable. Cet usage de l'outil AVENIR relie et transforme les rôles gestionnaire (prévoir l'effectif requis dans une unité) et soignant (réduire le flux de patients accueillis en cas d'absentéisme paramédical, afin de préserver la sécurité et la qualité des soins). En permettant l'hybridation des rôles, il est mis en évidence qu'AVENIR modifie aussi les relations entretenues par les cadres de santé, en particulier avec les médecins dans cet exemple. Ceux-ci voient en effet dans la prise en charge de l'ordonnancement de l'hospitalisation des patients en fonction des effectifs par les cadres de santé une évolution notoire des tâches et des responsabilités. Alors que cette mission était traditionnellement médicale, les cadres de santé s'en emparent désormais : cet usage d'AVENIR, tout en facilitant l'hybridation des rôles, redéfinit les frontières professionnelles en remettant en question les tâches dévolues aux médecins et celles dévolues aux cadres de santé. En outre, PHARE est également de nature à relier et transformer les logiques institutionnelles soignante et gestionnaire, et donc à favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé. En effet, PHARE est conçu pour concevoir des cycles de travail à l'échelle d'une unité en respectant certaines contraintes qui sont intégrées par l'utilisateur dans l'outil. Ainsi, PHARE est imprégné d'une logique institutionnelle gestionnaire puisqu'il permet de concevoir des cycles de travail qui permet de piloter la masse salariale en intégrant un plafond budgétaire à ne pas dépasser dans l'outil. Toutefois, nos résultats donnent à voir que cet outil est également utilisé par les cadres de santé de façon à y intégrer des contraintes soignantes, comme le fait d'affecter des infirmières disposant de qualifications en éducation thérapeutique auprès de patients dont les pathologies sont en cours de stabilisation. Cette utilisation de l'outil, bien qu'elle soit souvent à court terme plus onéreuse en masse salariale car les infirmières d'éducation thérapeutique, ayant besoin de temps pour rendre les patients autonomes dans la gestion de leur traitement, sont souvent affectées en plus du nombre habituel d'infirmières délivrant des soins aux patients du service. Les unités fonctionnent donc avec un effectif infirmier supérieur aux normes, ce qui est critiqué par les autres cadres du pôle et ce qui

s'oppose à court terme à l'impératif d'efficacité financière promu par la logique institutionnelle gestionnaire. Toutefois, soucieux de ne pas défendre seulement leur rôle soignant, les cadres de santé qui mobilisent PHARE de cette façon indiquent qu'il est pertinent d'accepter un surcoût à court terme, dans la mesure où, outre les effets bénéfiques sur la santé des patients, cette utilisation est propice à réduire les hospitalisations futures des patients ou à raccourcir leur durée moyenne de séjour, ce qui à long terme est favorable financièrement au service. Ainsi, PHARE permet de transformer la logique gestionnaire à court terme, en acceptant un surcoût immédiat en mettant en avant l'intérêt pour les patients de bénéficier d'une éducation thérapeutique. Outre la transformation, PHARE présente l'intérêt de relier également les deux logiques, en donnant à voir qu'à long terme l'outil permet de concilier les rôles soignant et gestionnaire : PHARE contribue donc à l'hybridation des rôles des cadres de santé.

De plus, LUMIERE est un autre outil du portefeuille qui est propice à l'hybridation des rôles. Conçu pour présenter à des acteurs variés, y compris des non-connaisseurs du monde du soin, la situation de différents pôles et unités, LUMIERE est utilisé par les cadres de santé afin de présenter à la fois des informations soignantes (profil des patients accueillis, charge en soin, compétences de l'équipe paramédicales, actes techniques réalisés dans le service) et gestionnaire (masse salariale de l'équipe, coût des différents actes techniques, produits générés par l'activité du service...). LUMIERE permet donc de relier les deux rôles des cadres de santé et de transcender les clivages professionnels en fournissant des définitions des différents termes et ratios utilisés. Les acteurs des différents mondes professionnels transforment ainsi leur raisonnement en s'ouvrant à des notions et indicateurs issus d'autres milieux : LUMIERE peut donc encourager l'hybridation des rôles des cadres de santé.

Nous contribuons à la littérature en mettant en exergue que disposer d'un portefeuille d'outils de gestion permet donc une capacité de modularité qui favorise l'hybridation des rôles des cadres de santé. Afin de relier et de transformer leurs rôles gestionnaire et soignant, les cadres de santé se saisissent de la modularité permise par le portefeuille afin de sélectionner le ou les outils qui est (sont) le plus cohérent(s) avec la situation de gestion rencontrée, l'interlocuteur avec qui ils veulent travailler ou encore la posture souhaitée par rapport aux rôles gestionnaire et soignant. Certains outils permettent en effet de relier les logiques soignante et gestionnaire en proposant des solutions qui transforment les solutions de gestion vers des idées qui tiennent compte des deux logiques institutionnelles : la modularité du portefeuille permet alors d'opter

pour des outils qui facilitent l'hybridation des rôles. Ainsi, il apparaît que le portefeuille d'outils de gestion constitue un répertoire au sein duquel les cadres de santé peuvent choisir l'outil le plus adapté au travail qu'ils veulent mener avec les différents groupes professionnels, aux situations de gestion rencontrées et à leur souhait d'entamer une hybridation de leurs rôles. L'hybridation des rôles n'est pas une situation figée, elle est plutôt un processus qui évolue selon les interlocuteurs rencontrés et les situations de gestion vécues. La modularité du portefeuille permet aux utilisateurs de sélectionner le ou les outil(s) de gestion qui est/sont le plus adapté(s) au contexte vécu, et d'en changer lorsque le contexte évolue.

6.2.2. La polyvalence du portefeuille : un répertoire d'usages possibles

Notre étude de cas indique que la polyvalence du portefeuille, décrite par les six usages possibles identifiés dans nos résultats, est une caractéristique essentielle du portefeuille d'outils pour contribuer à l'hybridation des rôles. En effet, les usages instrumentaux et sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion représentent une opportunité pour les cadres de combiner les deux rôles qui leur sont dévolus, ou au contraire de montrer une inclinaison plutôt vers le rôle gestionnaire ou vers le rôle soignant. Confirmant les travaux de Petit et Lux (2020) qui insistent sur la continuité des outils de gestion, c'est-à-dire le fait qu'un même outil de gestion peut être utilisé différemment, nous montrons que la polyvalence du portefeuille d'outils de gestion lui permet d'être utilisé pour tenir un rôle gestionnaire (usages instrumentaux) et pour hybrider deux rôles en tension (usages sociopolitiques).

Notre recherche contribue à enrichir la littérature en contrôle en proposant une typologie de six usages des outils de gestion : trois usages sont instrumentaux (pilotage, prévision et évaluation) et trois usages sont sociopolitiques (légitimation, découplage et traduction). La polyvalence du portefeuille est une caractéristique favorable à l'hybridation des rôles, mais les recherches identifiant les différents usages situés des outils de gestion dans des contextes spécifiques sont toutefois rares. A notre connaissance, il n'existe pas de typologie des usages des outils de gestion par des professionnels hybrides que sont les cadres de santé à l'hôpital public. Nous enrichissons la typologie de Lux (2013) dédiée aux usages des outils de gestion par les directeurs administratifs du secteur médico-social de plusieurs manières et nous répondons également aux besoins exprimés dans la littérature (Petit et Lux, 2020 ; Hussenot, 2006) de

travaux étudiant les usages des outils de gestion d'un point de vue à la fois qualitatif et quantitatif.

Enfin, notre typologie des usages des outils de gestion enrichit la littérature en répondant aux besoins exprimés par Petit et Lux (2020) d'une analyse des usages qui combine une approche qualitative (qu'est-il fait avec l'outil ?) et une approche quantitative (à quelle fréquence ou à quelle occasion cet usage est-il mobilisé ?). Selon la temporalité (quotidienne, à l'occasion d'un conflit social, d'une réorganisation, d'une conférence annuelle de pôle), les acteurs ont la possibilité d'utiliser un ou plusieurs outil(s) du portefeuille de façon protéiforme. L'ensemble des usages du portefeuille d'outils de gestion permet de relier et de transformer les injonctions gestionnaires et les impératifs soignants qui pèsent sur les cadres de santé. Cette analyse mixte, qualitative et quantitative, des usages du portefeuille d'outils de gestion permet de rappeler la nature processuelle de l'hybridation favorisée par la polyvalence du portefeuille. Loin d'une situation figée, l'hybridation se construit et évolue selon les situations rencontrées (absentéisme quotidien, entretien d'évaluation annuelle, conférence de pôle, période épidémique, pic d'absentéisme...) et selon les interlocuteurs concernés.

6.2.2.1. Les usages instrumentaux du portefeuille d'outils de gestion : vecteurs du rôle gestionnaire

Nos résultats font état de trois usages instrumentaux du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé, c'est-à-dire des usages délibérés, conformes aux usages prescrits par la direction, et qui permettent aux utilisateurs de mener à bien une mission au sein de leur périmètre d'influence.

Il a ainsi été montré que le pilotage quotidien, en consistant à intégrer l'absentéisme ou les changements dans le planning prévisionnel dans l'organisation du service, permet aux utilisateurs de tenir un rôle gestionnaire. Les cadres pilotent en temps réel leur consommation de masse salariale et respectent ainsi l'impératif de ne remplacer que partiellement l'absentéisme inopiné afin de réduire la masse salariale.

Occasionnellement, le portefeuille d'outils de gestion est utilisé pour réaliser de la prévision. Celle-ci peut permettre de simuler l'organisation d'une nouvelle activité clinique, tant du point

de vue de la masse salariale nécessaire que des revenus prévisionnels générés par l'activité. En outre, les cadres de santé mobilisent aussi le portefeuille pour prévoir des périodes compliquées (épidémie générant un surcroît d'activité, pic d'absentéisme). L'usage de prévision permet ainsi d'aligner les dépenses prévisionnelles sur les recettes anticipées, et de réfléchir à des solutions de gestion de l'absentéisme économes, telles l'auto-remplacement, le lissage des plannings, le travail en sous-effectif, la mutualisation de personnel ou encore le recours à la suppléance. L'usage du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé pour de la prévision leur permet donc de tenir un rôle gestionnaire.

De façon rare, les cadres de santé font usage du portefeuille d'outils de gestion afin de réaliser une évaluation. Ainsi, un cadre supérieur de santé peut, en analysant les décisions de gestion prises par un des cadres qui lui est subordonné, évaluer la façon dont il est parvenu à répondre à l'impératif d'efficacité budgétaire tout en préservant la qualité et la sécurité des soins dans son unité. Par ailleurs, l'évaluation peut également consister à comparer l'unité ou le pôle dont un manager paramédical a la responsabilité avec la situation d'unités ou de pôles comparables dans le CHU. Ainsi, l'évaluation, selon les espaces de discussion au sein desquels elle intervient, peut soit favoriser l'incarnation du seul rôle gestionnaire (si l'évaluation est mise en œuvre dans un espace de discussion restreint aux cadres de santé et/ou au groupe du CARE dont ils ont la responsabilité), soit permettre de relier les données gestionnaires (effectifs soignants et budget de remplacement dont disposent les unités) avec les données soignantes (flux et profil des patients accueillis dans les unités), afin de prendre des décisions qui hybrident les deux rôles des cadres de santé.

Ces trois usages instrumentaux offrent donc la possibilité aux cadres de santé d'assurer leur travail auprès du groupe du CARE, en mettant en œuvre des missions prescrites par la direction afin d'améliorer le fonctionnement de l'unité ou du pôle dont ils ont la responsabilité. Ces trois usages instrumentaux, selon les situations dans lesquelles ils sont mobilisés, peuvent soit contribuer à incarner le seul rôle gestionnaire des cadres de santé (usages de pilotage et de prévision), soit favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé (pour certains usages d'évaluation).

6.2.2.2. Les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion : vecteurs d'hybridation des rôles

Nous mettons en avant trois usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion. En effet, trois usages du portefeuille (légitimation, découplage et traduction) d'outils de gestion sont des usages émergents, non prescrits, et qui au-delà de permettre aux utilisateurs d'effectuer les tâches qui leur sont dévolues, ambitionnent d'agir sur la structure sociale et sur les rapports de pouvoir entre les différents groupes professionnels. Parmi ces usages, deux ne figurent pas dans la typologie des usages des outils de gestion de Lux (2013). Nous proposons d'enrichir la littérature afin de mieux comprendre comme recourir au portefeuille d'outils de gestion peut favoriser l'hybridation des rôles à travers la légitimation et le découplage. Ces usages appartiennent, avec la traduction, à la catégorie des usages sociopolitiques : ceux-ci contribuent à l'hybridation des rôles.

Quotidiennement, les cadres de santé utilisent le portefeuille d'outils pour se légitimer auprès d'acteurs divers. Nos résultats font apparaître un usage de légitimation, là où Lux (2013) distingue deux usages : « légitimation interne » et « légitimation externe ». Nos résultats indiquent que le portefeuille d'outils est utilisé par le cadre de santé pour se légitimer auprès d'acteurs très différents (membres du CARE, du CURE, du CONTROL et de la COMMUNITY) de manière quotidienne. La légitimation étant un usage très fréquent et toujours mené auprès d'acteurs protéiformes, il convient d'identifier l'usage dans sa globalité plutôt que de segmenter des dimensions interne et externe. En effet, la légitimation visant précisément à donner à voir à des acteurs issus des différents groupes professionnels de l'hôpital, elle contribue à l'hybridation des rôles en donnant à voir que le cadre de santé agit conformément à l'ensemble des attentes qui pèsent sur lui : la légitimation permet donc de justifier que le cadre combine et transforme ses rôles gestionnaire et soignant.

Ainsi, lors de différentes réunions portant sur l'analyse de la situation des unités ou des pôles, les cadres de santé mobilisent le portefeuille pour donner à voir qu'ils répondent aux attentes qui pèsent sur eux. Celles-ci étant à la fois d'ordre soignant et gestionnaire, les cadres de santé

utilisent le portefeuille d'outils afin de signifier qu'ils tiennent compte de la qualité des soins prodigués aux patients et des conditions de travail des soignants, notamment en produisant des roulements de travail influencés par les différentes compétences des paramédicaux ou alors en adaptant l'activité clinique à l'effectif paramédical présent. En outre, le cadre se légitime aussi auprès de sa hiérarchie, de la direction de l'hôpital ou encore des financeurs en montrant qu'il fait des choix de gestion qui favorisent l'efficacité budgétaire, comme recourir à l'auto remplacement ou à la mutualisation de personnel entre deux services, peu onéreux, plutôt qu'à des solutions plus coûteuses comme l'intérim ou le recourir à des remplaçants embauchés en contrat à durée déterminée. Les cadres de santé peuvent ainsi utiliser le portefeuille d'outils de gestion pour donner à voir, auprès d'acteurs divers, qu'ils répondent aux attentes multiples qui pèsent sur eux : ils se légitiment donc auprès des acteurs de l'hôpital. Distinguer deux usages différents (légitimité interne et légitimité externe) comme le fait Lux (2013) invite à penser que les cadres se légitiment, c'est-à-dire donnent à voir que leur action est conforme aux attentes et au rôle organisationnel attendu, auprès d'un type d'acteurs en particulier. Si cette configuration est possible pour des directeurs administratifs comme ceux étudiés par Lux (2013) qui n'ont pas de rôles attendus divergents, nos résultats indiquent plutôt que la légitimation, à l'instar des autres usages sociopolitiques, se développe pour les cadres de santé au sein d'espaces de discussion réunissant des acteurs issus de groupes variés : médecins, paramédicaux, représentants des patients, direction, financeurs... Ainsi donc, l'usage de légitimation ne peut, dans un contexte collectif, viser l'envoi de signaux de conformité au seul rôle gestionnaire ou au seul rôle soignant, au risque de se délégitimer auprès d'une partie des interlocuteurs. Les situations observées durant lesquelles les cadres utilisaient le portefeuille d'outils de gestion pour se légitimer consistaient à montrer qu'ils parvenaient à relier leurs rôles soignant et gestionnaire, et qu'ils transformaient leurs pratiques soignantes à l'aune d'impératifs gestionnaires et inversement. Un cadre paramédical interrogé assimile l'usage de légitimation à un numéro d'équilibriste, indiquant que le cadre qui souhaite utiliser le portefeuille pour se légitimer doit toujours prendre soin de mettre en avant sa conformité aux rôles gestionnaire et soignant. Il faut donner des gages du fait que le cadre paramédical relie les deux rôles organisationnels et que ses choix de gestion sont issus d'une transformation de son raisonnement, les deux logiques irriguant mutuellement les décisions du cadre. Ainsi, nous enrichissons la littérature en contrôle en montrant que la légitimation est un usage sociopolitique qui se déroule au sein d'un espace de discussion pluriel, au sens où le portefeuille d'outils de gestion est utilisé par les cadres paramédicaux pour se rendre légitimes auprès de l'ensemble des groupes professionnels de l'hôpital, sans quoi le cadre de santé ne répond aux

attentes que d'un groupe professionnel en particulier et ne parvient donc pas à incarner l'ensemble des rôles organisationnels qui lui sont dévolus. Les différents groupes professionnels de l'hôpital obéissant à des logiques institutionnelles différentes, se rendre légitime auprès de tous implique de mener une hybridation des rôles, en donnant à voir que le cadre de santé relie et transforme les différentes attentes qui pèsent sur lui. Ce résultat permet de contribuer à la littérature relative à l'hybridation, en montrant que l'usage de légitimation d'un portefeuille d'outils de gestion dans une organisation marquée par le pluralisme institutionnel, puisqu'il nécessite de donner des gages de sa conformité à des attentes diverses, facilite l'hybridation des rôles. Nous répondons ainsi aux travaux en organisation qui concluent sur le besoin d'identifier les microprocessus permettant de favoriser l'hybridation des rôles des professionnels de l'hôpital (Valette et al., 2018 ; McGivern et al., 2015 ; Hoff, 2000) : les usages sociopolitiques d'un portefeuille d'outils de gestion peuvent favoriser l'hybridation des rôles à l'hôpital public. Nous montrerons plus tard que c'est le cas également de l'usage de traduction, ainsi que de certains usages d'évaluation menés avec le portefeuille d'outils de gestion des effectifs. En utilisant ainsi le portefeuille de manière à agir sur les rapports de pouvoir entre les acteurs et en travaillant sur la structure sociopolitique de l'hôpital, les cadres de santé innovent puisque ces usages ne sont pas prescrits : ils montrent qu'ils sont capables de relier les rôles soignant et gestionnaire, et de les transformer mutuellement. La légitimation des cadres de santé vis-à-vis d'acteurs divers par le portefeuille d'outils de gestion favorise donc l'hybridation de leurs rôles.

De façon occasionnelle, nos résultats font apparaître le découplage dans les usages possibles des outils de gestion. Alors que Lux (2013) mentionne seulement le non usage, notre étude de cas permet de comprendre que le non usage d'un outil s'accompagne dans la plupart des cas d'un usage factice de l'outil devant la direction, afin de donner des gages de sa conformité à des directives tout en ne modifiant pas les pratiques concrètes de travail. Nous affinons donc les travaux liés aux usages des outils de gestion en intégrant le découplage parmi les usages possibles des outils de gestion, et en montrant que le découplage participe à l'hybridation des rôles. Il permet en effet de produire une apparence de conformité au rôle gestionnaire qui est attendu du cadre (en indiquant devant la direction confectionner les roulements de manière automatisée via le portefeuille d'outils par exemple) tout en préparant les plannings

manuellement, en considérant de contraintes soignantes et organisationnelles. Nous confirmons la littérature qui indique que les établissements de santé sont des organisations propices au découplage (Kellogg, 2009) en raison de la complexité de l'activité et de la coexistence de professionnels aux identités professionnelles multiples et fortes. Nos résultats montrent donc que le découplage, qui favorise l'hybridation des rôles, illustre bien le fait que les rôles tenus par les cadres de santé constituent un compromis entre le rôle attendu par les institutions (rôles que les cadres ne tiennent pas concrètement mais pour lesquels ils envoient des gages fictifs de conformité via le découplage) et leur réflexivité. Ainsi, le découplage est un usage sociopolitique qui favorise l'hybridation des rôles conformément au concept *d'embedded agency*, selon lequel les rôles tenus, à travers les usages d'un portefeuille d'outils de gestion ici, sont toujours un compromis entre liberté d'action des acteurs et les pressions institutionnelles qui s'exercent sur eux.

Le découplage permet donc d'incarner le rôle soignant du cadre, et son attache avec le terrain, tout en envoyant à la direction des signaux de conformité aux pressions institutionnelles (en remplissant ex-post les plannings dans le portefeuille d'outils de gestion). Ainsi, à court terme, le découplage semble associé à l'incarnation d'un seul rôle par les cadres de santé : le rôle soignant tandis que le rôle gestionnaire ne serait incarné que fictivement. Toutefois, la littérature insiste pour dire que les effets du découplage ne sont pas constants dans le temps et qu'il convient d'étudier plus avant ses impacts sur du long terme. Certains de nos résultats confirment que le découplage conduit sur le long terme les acteurs à relier les pressions issues de la logique institutionnelle gestionnaire avec le rôle soignant des cadres de santé. Ainsi, un manager paramédical confie qu'il recourait au début de sa carrière au découplage en concevant à la main les plannings et l'affectation des agents sur les différents postes de travail tout en remplissant ex-post les plannings dans le portefeuille d'outils afin de donner l'illusion de sa conformité aux demandes de sa hiérarchie. Le découplage était alors justifié par le souhait de défendre la qualité des soins, en affectant les agents selon leur expérience avec différents types de malades et leurs compétences personnelles : l'objectif était de placer un professionnel paramédical face à des patients vis-à-vis desquels ils possédaient une expertise dans les soins à prodiguer. La fin du découplage, pour recourir à l'affectation des professionnels via le portefeuille d'outils, n'est pour autant pas perçue par ce directeur des soins comme un renoncement à défendre son rôle soignant. Il affirme au contraire que cet alignement progressif

de ses pratiques sur les pressions institutionnelles le conduit à relier son rôle gestionnaire (qui l'invite à affecter les différents agents aux différents postes de travail) à son rôle soignant (qui le pousse à mettre au contact de patients des professionnels paramédicaux compétents par rapport aux soins à prodiguer). Le cadre de santé mène donc l'hybridation de ses rôles, dans un contexte où les attentes à l'égard des cadres paramédicaux sont de plus en plus complexes car exigeante tant sur le rôle soignant que sur le rôle gestionnaire, pour arriver à une vision transformée de la situation : il indique que l'affectation des paramédicaux instrumentée par l'outil oblige l'équipe paramédicale à se former à toutes les pathologies et à des soins diversifiés, ce qui les pousse à élargir leurs compétences et facilite ultérieurement les remplacements. Ainsi, l'usage de découplage, absent des travaux de Lux (2013), que nous ajoutons à notre typologie des usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital public, doit être analysé à long terme comme l'indiquent plusieurs travaux (Tilcsik, 2010; Parker, 2011). Notre étude de cas confirme le travail de Power (1999) en donnant à voir qu'à long terme, le découplage s'estompe pour arriver à un alignement des pratiques concrètes des acteurs sur les pressions institutionnelles. Nous prolongeons donc les travaux de Power (1999) et proposons une contribution théorique à la littérature en contrôle en soulignant que le découplage peut s'estomper progressivement pour favoriser l'hybridation des rôles en reliant les rôles gestionnaire et soignant pour aboutir à une vision transformée de la situation. Cela confirme la nature processuelle de l'hybridation, qui se mène en continu et s'étudie dans le temps.

Toutefois, alors que le découplage s'ancre chez certains cadres de santé (Mainhagu, 2022), qui utilisent de manière détournée le portefeuille tout en confectionnant les plannings manuellement, pour d'autres le découplage entre les pratiques concrètes et de façade est trop coûteux. Il est alors observé un alignement progressif des pratiques des acteurs sur les pressions institutionnelles, en raison du fait que techniquement le découplage est trop chronophage. Afin de donner l'illusion qu'ils utilisent les outils prescrits, ces cadres se contentent de rentrer manuellement dans le portefeuille d'outils les plannings qu'ils ont eux-mêmes conçus manuellement. Ainsi, ils combinent leur rôle soignant, en affectant les patients aux paramédicaux disposant d'une expertise dans leur pathologie ou en améliorant les conditions

de travail des paramédicaux, avec leur rôle gestionnaire, en utilisant, mais de manière détournée, le portefeuille d'outils prescrit par la direction.

Toutefois, nos résultats montrent qu'à long terme, le découplage s'estompe. Les acteurs trouvent qu'il est trop chronophage de faire le travail manuellement et de donner ensuite l'illusion de l'avoir fait via le portefeuille, ils reconnaissent donc aligner progressivement leurs pratiques sur les pressions et utiliser le portefeuille pour confectionner les roulements de travail en intégrant les contraintes dans les outils. Ainsi, le découplage n'est pas stable dans le temps, il a plutôt tendance à s'estomper pour mener à un alignement des pratiques des acteurs sur les pressions institutionnelles. Cet estompement conduit les cadres paramédicaux à se conformer au portefeuille d'outils de gestion, qui prévoit de concevoir les roulements de travail de manière conforme aux impératifs gestionnaires (en réduisant au maximum la masse salariale) tout en laissant la possibilité aux utilisateurs d'intégrer des contraintes soignantes (ratio de patients par soignant dans les services normés par la réglementation, besoin d'affecter un type particulier de patients à des professionnels disposant de compétences ou de qualifications particulières...). Nous confirmons donc les travaux indiquant que le découplage est l'expression d'une disjonction entre les pratiques de gestion des ressources humaines prescrites dans les hôpitaux et celles mises en place par les cadres de santé (Mainhagu, 2022). Nos travaux confirment que le découplage peut être temporaire, notamment s'il porte sur une déconnexion entre les moyens et les fins (*ibid*), et quelque fois permanent s'il caractérise un écart entre les politiques voulues par les dirigeants des hôpitaux et les pratiques des cadres de proximité (*ibid*). Qu'il soit permanent ou temporaire, le découplage est majoritairement justifié par les cadres de santé en raison d'un motif culturel. Cela confirme que le portefeuille d'outils de gestion produit surtout un contrôle culturel (Lemaire, 2021 ; Camous, 2020 ; Boitier et Rivière, 2016). Le découplage permet en effet de donner à voir qu'un acteur suit, concrètement ou de manière factice, plusieurs logiques institutionnelles en tension. L'effacement progressif du découplage, au profit d'un alignement des usages réels sur les usages prescrits, s'accompagne d'une hybridation des rôles gestionnaire et soignant. Cet acteur parvient donc à symboliser qu'il répond aux attentes de groupes sociaux divers : il parvient donc à hybrider les différents rôles qui lui sont dévolus.

Enfin, de façon plus rare, les cadres paramédicaux mobilisent le portefeuille d'outils de gestion pour assurer de la traduction, en particulier à l'occasion de conférence de pôle, de réunions annuelles ou encore de rencontres préalables à la création d'un nouveau projet. Ainsi, le

portefeuille sert aux cadres à combiner des informations financières et soignantes afin de permettre à des acteurs, même très éloignés du milieu soignant, le fonctionnement concret d'une unité ou d'un pôle. La traduction a également pour objet de fournir une base commune de dialogue en définissant pour tous les termes utilisés afin de rendre visible le travail conséquent réalisé par les cadres de santé. Alors que la littérature qualifie l'activité des cadres de santé à l'hôpital de « *travail de lien invisible* » (Bourret, 2006), l'usage de traduction permet aux cadres paramédicaux de se saisir du portefeuille d'outils de gestion pour donner à voir l'étendue et l'intensité de leur travail. Dans une organisation centrée sur les soins qui rend visible principalement le travail du CARE et du CURE, utiliser le portefeuille d'outils de gestion dans un usage sociopolitique comme la traduction est un moyen de faire connaître sa connaissance fine du terrain, de rendre visible son travail et de montrer que le cadre de santé est capable de combiner des informations financières et soignantes pour aider au fonctionnement des hôpitaux. Outre renforcer l'hybridation des rôles, l'usage de traduction permet aux cadres paramédicaux d'incarner une position pivot à l'hôpital. En effet, leur maîtrise des données soignantes et gestionnaires et leur capacité à relier et à transformer les logiques institutionnelles leur permet d'être l'interlocuteur de référence du CARE, du CARE, du CONTROL et de la COMMUNITY. Nous contribuons donc à la littérature en indiquant que la position pivot des cadres de santé (Rivière, 2022, 2019 ; Anthony et *al.*, 2005) peut donc être incarnée par l'usage de traduction du portefeuille d'outils de gestion.

Les différents usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion (légitimation, découplage et traduction) constituent des usages émergents (non prescrits par la direction), que les cadres de santé mobilisent vis-à-vis d'acteurs internes et externes à l'unité dont ils ont la responsabilité. Ces usages sociopolitiques permettent aux cadres paramédicaux d'engager un dialogue de gestion avec les autres groupes professionnels de l'hôpital, en donnant à voir qu'ils hybrident leurs rôles gestionnaire et soignant en adoptant une posture qui relie et transforme les deux logiques institutionnelles.

CONCLUSION

Nous confirmons donc les travaux de Petit et Lux (2020) qui insistent sur la continuité des outils de gestion, c'est-à-dire le fait qu'un même outil de gestion peut être utilisé différemment, soit au même moment, soit dans des situations différentes ou à des étapes diversifiées du cycle de vie. Nous enrichissons la littérature en contrôle en mettant en évidence la polyvalence des usages du portefeuille d'outils de gestion, variables selon les interlocuteurs visés (les usages sociopolitiques visant plutôt le CURE, le CONTROL et la COMMUNITY tandis que le pilotage et la prévision sont focalisés sur le CARE).

La vision que nous portons du portefeuille d'outils de gestion vu comme un répertoire d'outils et d'usages possibles est convergente avec la notion d'*embedded agency* que nous mobilisons dans le cadre théorique. Dans le prisme de l'agence enchâssée, la pratique d'un acteur s'analyse comme un compromis entre les pressions qui pèsent sur lui (ici les usages prescrits du portefeuille d'outils de gestion) et sa capacité de réflexivité. Le portefeuille d'outils de gestion, par sa modularité et sa polyvalence, constitue un répertoire au sein duquel les cadres de santé optent pour la combinaison outil-usage qui leur semble la plus adaptée à incarner les rôles qui leur sont dévolus, compte tenu des interlocuteurs concernés et des situations de gestion vécues.

Cela permet de comprendre que le portefeuille d'outils de gestion facilite une hybridation dynamique des rôles, en rendant ce processus évolutif selon les situations et les interlocuteurs concernés. Alors que les usages instrumentaux permettent aux acteurs de mener à bien leur seul rôle gestionnaire (à l'exception de certains usages d'évaluation), les usages sociopolitiques permettent aux cadres d'hybrider leurs rôles gestionnaire et soignant ce qui se révèle particulièrement utile dans un contexte de pluralisme institutionnel.

6.2.3. La conception initiale et continue du portefeuille d'outils de gestion : un atout pour l'hybridation des rôles des cadres de santé

En plus de la modularité et de la polyvalence du portefeuille d'outils de gestion, la conception du portefeuille est une autre caractéristique pouvant favoriser l'hybridation de rôles. En effet, la conception par un cadre paramédical de la plupart des outils du portefeuille (cinq outils sur les six du portefeuille ont été conçus par ce cadre concepteur, le sixième outil a été commercialisée par une entreprise de services du numérique) permet de disposer de données proches de l'activité soignante. Le portefeuille a été conçu de manière à mesurer des variables « paramédico –économiques » et à proposer des outils qui soient évolutifs pour les utilisateurs. Ces différentes caractéristiques de la conception du portefeuille d'outils expliquent que ses usages puissent favoriser l'hybridation de rôles.

Tout d'abord, le caractère fin et proche du terrain des données comprises dans le portefeuille d'outils de gestion des effectifs est favorable à l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé. Les outils du portefeuille comportent des données (masse salariale paramédicale, mensualité de remplacement, charge en soin, nombre d'évènements indésirables déclarés, taux d'absentéisme) par service et par pôle, ce qui est un atout essentiel pour pouvoir relier l'évaluation financière avec les choix opérationnels des cadres de santé (Flachère et Habran, 2019). Ces liens entre données médico-financières et activité opérationnelle sont plus durs à établir quand les outils de gestion portent sur un niveau agrégé (Lind, 2001 ; Jazayeri et Hopper, 1999 ; Jönsson et Grönlund, 1988), tels qu'un pôle entier ou un ensemble de services. Ici, la conception du portefeuille a prévu qu'il contienne des données détaillées service par service, ce qui favorise l'apprentissage du lien entre des décisions gestionnaires et leurs impacts soignants : l'hybridation des rôles des cadres de santé est renforcée.

En outre, la conception de la majorité des outils du portefeuille par un cadre paramédical du CHU TONUS explique également la capacité du portefeuille à favoriser l'hybridation des rôles. En effet, conscient des contraintes des unités de soin, le cadre paramédical concepteur a imaginé une médicalisation des outils de gestion (Valette et Burellier, 2014 ; Lehtonen, 2007 ; Llewellyn, 2001), ce qui participe à l'hybridation des rôles en facilitant les liens entre logique institutionnelle soignante et logique gestionnaire. En effet, les résultats montrent que le cadre paramédical a conçu les différents outils de gestion des effectifs au sein du CHU TONUS afin

de répondre à l'absence d'outillage gestionnaire à destination des cadres de santé. En outre, le concepteur des outils exprime à de nombreuses reprises que les administratifs de l'hôpital voulaient porter leur vision dans des outils de gestion, mais que celle-ci n'était pas adaptée au travail des cadres de santé qui ont besoin d'équilibrer en permanence leurs décisions entre des enjeux gestionnaires et soignants. En introduisant dans le portefeuille d'outils de gestion des indicateurs de charges en soins, qui prennent en compte l'effectif paramédical déployé au regard du nombre et du profil des patients admis, le concepteur du portefeuille d'outils de gestion permet aux cadres de santé de piloter tant la masse salariale et les effectifs déployés que les conséquences sur la qualité et l'encadrement des soins auprès des patients. Ainsi, en médicalisant (ou ici en paramédicalisant) le portefeuille d'outils de gestion dès sa conception, le cadre paramédical qui l'a créé permet à ses utilisateurs de combiner les rôles gestionnaire et soignante qui leur sont dévolus, et donc de mener à bien une hybridation de leurs rôles.

De surcroît, le portefeuille d'outils de gestion n'est pas un dispositif inerte. Par essence, étant composé d'outils de gestion interconnectés, toute modification d'un outil pour l'adapter aux contingences opérationnelles fait évoluer le portefeuille dans son ensemble. Là encore, le concepteur du portefeuille, lui-même professionnel hybride, a permis aux utilisateurs de n'utiliser qu'une partie du portefeuille ou de le compléter partiellement par d'autres outils. Notre recherche met donc en avant que la conception du portefeuille d'outils de gestion par un professionnel soumis à des rôles hybrides se traduit par une prise en considération, dès la conception, de logiques institutionnelles plurielles, ce qui favorise ensuite l'hybridation des rôles des utilisateurs.

Nos résultats montrent que ces comportements de non-usage ou d'usages détournés du portefeuille sont justifiés par un motif technique (difficulté de mener à bien le travail en utilisant le portefeuille d'outils) ou par un motif culturel (le rôle gestionnaire, ou au contraire le rôle soignant, ne serait pas assez incorporé dans le portefeuille d'outils de gestion). Ainsi donc, puisque les modifications apportées au portefeuille ont pour objectif de mieux permettre aux cadres paramédicaux d'incarner leurs rôles gestionnaire et soignant, nous mettons en exergue que le caractère évolutif de la conception du portefeuille favorise l'hybridation des rôles. Toutefois, cette relation n'est pas unilatérale puisque l'hybridation des rôles des cadres de santé les incite à apporter des modifications visant à intégrer les logiques institutionnelles soignante et gestionnaire dans le portefeuille d'outils de gestion. Nous contribuons donc à mettre en évidence que la conception du portefeuille d'outils de gestion, fabriqué pour être

volontairement ouvert à la prise en considération de deux rôles organisationnels en tension, favorise l'hybridation des rôles des cadres de santé, confirmant ainsi des travaux ultérieurs (Caglio, 2003 ; Miller, 1998).

6.3. Des variables personnelles des utilisateurs du portefeuille d'outils de gestion favorisant leur hybridation de rôles

Comme évoqué au début de ce chapitre, notre recherche ambitionne de comprendre la contribution des usages d'un portefeuille d'outils de gestion à la dynamique d'hybridation des rôles. Nous avons mis en évidence que loin d'être seulement contraignants et de véhiculer une logique institutionnelle qui s'impose à l'utilisateur, les usages du portefeuille d'outils de gestion peuvent aussi être habilitants car ils sont également l'expression de la volonté et de la réflexivité de l'utilisateur. Nous avons aussi discuté le fait que le portefeuille d'outils de gestion constitue un double niveau de répertoire : répertoire d'outils par sa modularité mais aussi un répertoire d'usages par sa polyvalence. Aussi, chaque acteur peut choisir le couple outil-usage le plus adapté au(x) rôle(s) à incarner, compte tenu de la situation de gestion rencontrée et des interlocuteurs concernés. En outre, la conception du portefeuille, en proposant des données « *paramédico-économiques* » et proches de l'activité, est une ressource pour l'hybridation.

Ces différentes variables explicatives de la capacité du portefeuille à pouvoir favoriser l'hybridation par son usage a fait l'objet de discussion dans les parties précédentes. L'usage du portefeuille d'outils de gestion ne conduit toutefois pas systématiquement à l'hybridation de rôles. Des caractéristiques personnelles liées aux utilisateurs influencent les usages du portefeuille et structurent leur capacité ou non à promouvoir l'hybridation. Ainsi, et sans que cette recherche prétende à l'exhaustivité, nous avons identifié trois variables personnelles qui influent sur le type d'usage du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé, et donc la capacité de celui-ci à permettre l'hybridation des rôles des cadres de santé.

6.3.1. Le niveau de maitrise technique du portefeuille d'outils de gestion par les utilisateurs

Tout d'abord, le niveau de maitrise technique du portefeuille d'outils de gestion par les utilisateurs détermine la capacité de celui-ci à renforcer l'hybridation des rôles des utilisateurs. Dans cette recherche, nous avons évalué le niveau de maitrise technique des outils du portefeuille par de l'observation, mais aussi par la connaissance de l'ancienneté dans la fonction d'encadrement, d'une expérience préalable de faisant fonction de cadre de santé ou encore du degré de proximité culturelle entre les cadres de santé et les logiques présentes dans le portefeuille d'outils de gestion.

Il apparaît globalement qu'un faible niveau de maitrise technique, souvent dû à une courte expérience dans la fonction d'encadrement ou à un éloignement culturel entre le cadre et le portefeuille d'outils, est associé à des usages instrumentaux (pilotage et prévision). Les cadres de santé ne connaissant pas bien le fonctionnement des outils du portefeuille, ils se contentent de l'utiliser pour les usages les plus attendus d'eux par leur hiérarchie : le pilotage quotidien des équipes, et en particulier de l'absentéisme, et la prévision des difficultés en termes de personnel.

Inversement, un haut niveau de maitrise technique des outils, permis par une longue expérience d'encadrement au CHU TONUS et par une proximité culturelle forte entre le portefeuille d'outils et le cadre, conduit les utilisateurs à recourir au portefeuille par des usages sociopolitiques. En effet, recourir à la légitimation, au découplage ou à la traduction suppose d'être compétents dans la maitrise des outils, dans la mesure où ces usages ne sont pas prévus et prescrits par la direction, mais constituent au contraire des usages volontaires. En outre, les usages sociopolitiques étant toujours des usages collectifs, prenant place au sein d'espaces de dialogue entre des acteurs appartenant à différents groupes professionnels, il apparaît que disposer d'un haut niveau de maitrise technique des outils du portefeuille est favorable à l'hybridation des rôles des cadres de santé. Ce processus d'hybridation des rôles est symbolisé, à travers les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion, auprès de tous les groupes professionnels de l'hôpital lorsque l'utilisateur présente un haut niveau de maitrise technique des outils.

6.3.2. Les souhaits de carrière du cadre de santé

Les souhaits de carrière du cadre de santé influencent également ses usages du portefeuille d'outils de gestion. Ainsi, lorsqu'un cadre de santé exprime son absence totale de souhait d'évolution professionnelle, c'est principalement le pilotage quotidien et la prévision qui sont utilisés. Comme cela a été montré précédemment, ces usages attestent d'une pratique des cadres qui font le recours minimal au portefeuille d'outils pour assurer leurs missions indispensables. Ils incarnent aussi un profil de professionnels qui se contentent des usages contraints du portefeuille, qui incarnent seulement le rôle gestionnaire.

Alors que les cadres paramédicaux qui présentent un souhait d'évolution professionnelle modéré mobilisent le portefeuille pour du pilotage et de la prévision, ceux qui ont une forte volonté d'ascension professionnelle recourent à l'évaluation et aux usages sociopolitiques du portefeuille comme la légitimation et la traduction. En effet, l'évaluation permet de se comparer aux autres professionnels et aux autres unités, afin de connaître par exemple la qualité des soins réalisés dans des services aux masses salariales identiques. De même, nos résultats font état de cadres supérieurs qui, pour préparer l'évaluation annuelle de cadres de santé dont ils ont la responsabilité, consultent les différents choix qu'ils ont faits à travers le portefeuille d'outils de gestion. Ces choix sont analysés comme la réponse des cadres de santé aux situations rencontrées et permettent de mesurer leur capacité à répondre aux difficultés d'absentéisme tout en maîtrisant à la fois la masse salariale de l'équipe et la qualité des soins du service. Les résultats illustrent que les cadres exprimant une forte volonté d'évolution professionnelle utilisent aussi le portefeuille pour des usages de légitimation et de traduction afin de faire savoir à des acteurs variés, CARE, CURE, CONTROL et COMMUNITY, l'étendue de leur travail et de donner à voir qu'ils se conforment aux rôles, tant gestionnaire que soignant, qui sont attendus d'eux. Ainsi, les usages du portefeuille par les acteurs qui expriment un souhait d'évolution professionnelle favorisent l'hybridation de ses rôles gestionnaire et soignant. Inversement, un utilisateur n'exprimant aucun souhait d'évolution professionnelle se révèle plus enclin à faire du pilotage et de la prévision.

6.3.3. [La perspective d'appropriation des outils du portefeuille](#)

Nous avons montré que les variables personnelles des utilisateurs (niveau de maîtrise technique et souhait d'évolution professionnelle) déterminent les usages du portefeuille d'outils de gestion, et donc structurent le processus d'hybridation des rôles des utilisateurs. Or, notre vision

pragmatique et sémiotique des outils de gestion leur dénie toute neutralité. Il convient donc de s'intéresser à l'appropriation du portefeuille d'outils par les utilisateurs, soit « *le processus interprétatif, de négociation et de construction du sens à l'intérieur duquel les acteurs questionnent, élaborent, réinventent les modèles de l'action collective* » (Segrestin, 2004) Etudier la perspective d'appropriation des outils de gestion par les acteurs est tout à fait cohérent avec le prisme de l'*embedded agency* que nous avons mobilisé, puisque cette perspective envisage le fait que le portefeuille d'outils et les acteurs se structurent mutuellement, les usages qui émergent étant l'objet d'un compromis. Notre recherche conforte donc l'orientation selon laquelle « *Le rapport de l'acteur à l'outil est un double rapport de contrainte et d'habilitation. Contrainte, parce que la forme et la matérialité même de l'outil bornent le champ des usages, imposent des contraintes, focalisent l'attention. Habilitation ensuite, car l'outil permet une économie cognitive, favorise pour les acteurs l'exercice d'une distance réflexive sur leur propre pratique.* » (Grimand, 2012). Ainsi donc, puisque la perspective d'appropriation des outils de gestion par l'utilisateur donne à voir la façon dont ils se positionnent vis-à-vis de cette dialectique habilitation-contrainte, il convient d'étudier l'influence des différentes perspectives d'appropriation du portefeuille d'outils par les cadres de santé sur les usages réalisés et la façon dont les rôles organisationnels sont incarnés.

Fondés sur la typologie des perspectives d'appropriation des outils de gestion fournie par Dechamp et *al.* (2006) ne peut-on pas identifier des corrélations entre les différentes perspectives d'appropriation suivies par les cadres de santé et leurs usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs ? Qu'en est-il du lien entre les perspectives d'appropriation du portefeuille d'outils et la capacité des acteurs à utiliser le portefeuille pour soutenir l'hybridation de leurs rôles ?

6.3.3.1. Appropriation rationnelle du portefeuille d'outils

Lorsque le cadre de santé s'approprié le portefeuille d'outils selon une perspective rationnelle, il appréhende les outils de gestion comme des moyens de résoudre des problèmes substantiels : la puissance de l'outil est associée à « *sa vérité technique, sa capacité à mimer le réel* » (Grimand, 2012, p. 243). Dès lors, dans nos résultats, quels sont les usages du portefeuille réalisés par les cadres de santé décrivant s'être appropriés le portefeuille d'outils de gestion selon une perspective rationnelle ?

Nos résultats indiquent que l'appropriation rationnelle des outils de gestion est associée à des usages instrumentaux du portefeuille : le pilotage et la prévision, c'est à dire deux usages prescrits qui incarnent principalement le rôle gestionnaire des cadres de santé.

Nos résultats abondent la littérature pour montrer qu'en cas d'appropriation rationnelle du portefeuille d'outils, « *la prescription et l'action sont ainsi confondues dans le même registre* » (Grimand et al., 2017). Or, le pilotage et la prévision ont pour effet de maîtriser la masse salariale paramédicale dans le cadre de la gestion de l'absentéisme. Ainsi, l'appropriation rationnelle du portefeuille d'outils de gestion conduit les cadres de santé à privilégier leur rôle gestionnaire, au détriment de la considération des impacts soignants de leurs décisions. La perspective rationnelle d'appropriation est donc associée à une vision uniquement gestionnaire du rôle organisationnel des cadres de santé.

6.3.3.2. Appropriation sociopolitique du portefeuille d'outils de gestion

Lorsque les cadres de santé s'approprient les outils de gestion selon une perspective sociopolitique, ils perçoivent les outils de gestion comme des « *machines à fabriquer des interprétations* » (Boussard et Maugeri, 2003, p. 27) qui ont pour effet de redéfinir les rapports de pouvoir entre acteurs. La littérature indique que l'appropriation sociopolitique du portefeuille conduit à accepter que les outils de gestion puissent être l'objet d'usages détournés « *à des fins de valorisation personnelle, dans le cadre de stratégies d'influence ou bien comme argument rhétorique, support de légitimation de l'action* » (Grimand, 2012, p. 243). Dès lors, qu'en est-il des usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé qui se sont appropriés ces outils selon une perspective sociopolitique dans notre recherche ?

Nos résultats indiquent que ces cadres de santé utilisent le portefeuille pour réaliser du découplage, de la traduction et de l'évaluation. En effet, le découplage permet de faire connaître sa désapprobation vis-à-vis d'une logique institutionnelle tout en donnant une illusion de conformité : les cadres de santé structurent ainsi les rapports sociaux en donnant à voir leur inclinaison pour une logique institutionnelle tout en donnant des gages de conformité à l'autre logique. De cette manière, le cadre de santé répond officiellement aux attentes tant gestionnaires que soignantes qui pèsent sur lui : il contribue donc à hybrider les deux rôles.

L'évaluation permet quant à elle de situer le cadre de santé par rapport à ses collègues, ou de situer l'unité dont il a la responsabilité par rapport aux autres, de manière à lui permettre de savoir comment structurer les rapports sociaux avec ses pairs et avec les responsables des autres unités. Même si l'évaluation est un usage instrumental, cet usage peut permettre au cadre de santé de mettre en avant ses bonnes pratiques et ses bons résultats à d'autres acteurs. Il communique ainsi sur le fait qu'il parvient à répondre aux impératifs gestionnaires (maîtrise de la masse salariale) tout en obtenant des résultats convenables en termes de qualité et de sécurité des soins dans son unité : cet usage du portefeuille peut ainsi contribuer ainsi à l'hybridation des rôles, en particulier lorsqu'il est mis en œuvre dans un espace de discussion réunissant des acteurs issus de groupes professionnels pluriels.

Enfin, les utilisateurs mobilisent aussi le portefeuille d'outils pour de la traduction, afin de dialoguer avec les différents mondes professionnels de l'hôpital sur des données tant soignantes que gestionnaires, et ainsi faire savoir à tous les groupes sociaux que le cadre de santé prend en considération leurs attentes et incarne tant ses rôles gestionnaire que soignant, conformément à un processus d'hybridation.

Ainsi, l'appropriation sociopolitique du portefeuille d'outils de gestion conduit les utilisateurs à utiliser le portefeuille pour de l'évaluation, du découplage et de la traduction. Ces différents usages ont une visée communicationnelle, au sens où ils signifient auprès des acteurs de l'hôpital (le CARE pour l'évaluation et les autres groupes professionnels pour le découplage et la traduction) que l'utilisateur incarne les différents rôles organisationnels qui pèsent sur lui. Nous confirmons donc les résultats de Grimand et *al.* (2017) qui expriment que la perspective sociopolitique d'appropriation des outils produit une structuration des rapports sociaux à deux niveaux : individuel (c'est-à-dire vis-à-vis de soi-même et de son groupe de référence, le CARE pour les cadres de santé) et collectif (à destination de tous les groupes sociaux de l'hôpital : CURE, CARE, CONTROL et COMMUNITY). Ainsi, notre recherche souligne également que l'appropriation symbolique des outils de gestion s'exprime de manière duale : « *Cela passe dans un registre individuel par la mise en scène de soi et l'adoption des codes qui signalent pour autrui le 'bon professionnel'. Dans un registre davantage collectif, cette production symbolique passe par le récit, la mise en visibilité des difficultés du travail et des stratégies inventives pour y faire face.* » (Grimand et *al.*, 2017)

Ainsi, que ce soit vis-à-vis du seul groupe du CARE ou vis-à-vis de tous les groupes professionnels de l'hôpital, nous mettons en exergue que l'appropriation sociopolitique du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé les invite à recourir à l'évaluation, à la traduction et au découplage, ce qui est favorable à l'hybridation de leurs rôles.

6.3.3.3. Appropriation cognitive du portefeuille d'outils de gestion

Lorsque les cadres de santé s'approprient les outils du portefeuille selon une perspective cognitive, ils considèrent que les outils de gestion permettent de prendre du recul sur leurs pratiques professionnelles. Ainsi, l'appropriation cognitive du portefeuille est favorable à la réflexivité de l'acteur : « *Dans son activité, le sujet n'est pas simplement dans un rapport avec l'objet, il est également dans un rapport à lui-même : il se connaît, se gère et se transforme lui-même* » (Rabardel, 2005). L'appropriation cognitive du portefeuille est favorable à la mise à distance de l'activité de l'utilisateur, afin de permettre son analyse en étant extrait du contexte immédiat (Lorino et Nefusi, 2007) : la relation entre l'acteur, son travail et autrui est donc posée. Quels usages du portefeuille d'outils de gestion sont favorisés par une appropriation cognitive du portefeuille d'outils de gestion ?

Nos résultats ont mis en avant que les cadres utilisent le portefeuille d'outils de gestion principalement pour de l'évaluation dans cette perspective d'appropriation. En effet, ces cadres recourent au portefeuille pour réaliser une prise de recul sur leur propre travail ou pour se forger une opinion, en tant que cadre supérieur de santé, sur le travail de son équipe de cadres de santé. Les cadres de santé étant tenus de mettre en œuvre des rôles gestionnaire et soignant, l'évaluation effectuée à travers le portefeuille porte donc sur les deux aspects du métier. Toutefois, l'évaluation est un usage instrumental dont la portée peut être limitée : quand l'évaluation ne porte que sur le travail du cadre lui-même ou sur le travail d'un cadre par son cadre supérieur, l'usage intervenant dans un espace de discussion interne à un groupe professionnel, il concourt principalement à incarner le rôle gestionnaire. Quand un cadre de santé s'approprie les outils de gestion selon une perspective cognitive et qu'il recourt au portefeuille pour de l'évaluation qui prend place dans un espace de discussion ouvert à des groupes professionnels variés, alors un processus d'hybridation des rôles peut s'enclencher.

6.3.3.4. Appropriation symbolique des outils du portefeuille

Certains cadres de santé s'approprient le portefeuille d'outils de gestion dans une perspective symbolique : ils voient alors les outils de gestion comme un vecteur identitaire leur permettant de se positionner comme manager paramédical au sein de l'organisation hospitalière et de créer du sens autour de leur travail. Cette perception symbolique est de nature à aider les cadres paramédicaux à incarner une position pivot à l'hôpital, fréquemment évoquée dans la littérature (Anthony et *al.*, 2005 ; Riviere et *al.*, 2019) en montrant à l'ensemble des groupes professionnels de l'hôpital qu'ils tiennent compte de leurs préoccupations. Alors que la littérature ne lie pas perspective d'appropriation symbolique et type d'usages, comment nos résultats permettent-ils de faire progresser la connaissance ?

Notre recherche révèle que l'appropriation symbolique des outils de gestion est associée chez les cadres de santé à des usages de légitimation et de découplage. Ces usages sociopolitiques du portefeuille ont pour objectif de faire savoir à l'ensemble des groupes professionnels de l'hôpital que les cadres de santé agissent conformément à leurs attentes et qu'ils incarnent des logiques institutionnelles multiples, en ce qui concerne l'usage de légitimation. Pour le découplage, cet usage a pour objectif là encore de ne pas modifier les pratiques du cadre en poursuivant son inclinaison vers une logique institutionnelle (soignante ou gestionnaire) tout en donnant des gages de son respect de l'autre logique institutionnelle. Dès lors, les cadres de santé qui s'approprient les outils de gestion selon une perspective symbolique mobilisent des usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion, afin de signifier au CARE, au CURE, au CONTROL et à la COMMUNITY qu'ils relient et transforment les rôles gestionnaire et soignant.

Ainsi, l'appropriation symbolique du portefeuille est associée à des usages sociopolitiques de celui-ci par lesquels les cadres de santé participent à l'hybridation de leurs rôles, en reliant et en transformant les rôles gestionnaire et soignant, et en le faisant savoir à tous les groupes professionnels de l'hôpital. Par conséquent, l'appropriation symbolique des outils de gestion produit des usages du portefeuille qui, tout en hybridant les rôles des cadres de santé, peuvent aussi les aider à incarner leur position pivot à l'hôpital, en se situant à l'interface de l'ensemble des groupes professionnels.

Aussi, s'inscrivant dans la lignée des travaux relatifs à la « *dualité de la technologie* » (Orlikowski, 1992), notre recherche met en évidence que la dynamique d'hybridation de rôles est le produit d'influences conjointes du portefeuille d'outils lui-même et du comportement des utilisateurs, les cadres paramédicaux en l'occurrence. Nos résultats complètent la littérature en comptabilité et en contrôle qui met en avant le rôle prépondérant de l'acteur comme variable explicative de la capacité du portefeuille d'outils de gestion à réguler les conflits entre logiques. Ainsi, dans une recherche sur la régie des eaux de Montpellier, Camous et *al.* (2022) mettent en exergue l'importance de l'implication d'acteurs porteurs de logiques institutionnelles différentes dans le processus de création du système de contrôle de gestion afin que celui-ci concilie des attentes variées. C'est bien le cas au CHU TONUS, puisque la conception du portefeuille et son utilisation au quotidien par les usages instrumentaux et sociopolitiques sont le fait de cadres paramédicaux, qui sont soumis à des rôles et des logiques institutionnelles soignant et gestionnaire qui entrent en tension l'un avec l'autre.

D'autre part, prenant l'exemple d'une organisation culturelle intégrant un groupe côté en bourse, Mazars-Chapelon et *al.* (2023) attribuent à un leader organisationnel la capacité à résoudre les conflits en hybridant, par le portefeuille d'outils de gestion, des logiques institutionnelles divergentes. Notre recherche complète ces travaux précédents puisque nos résultats nous amènent à illustrer l'importance des utilisateurs du portefeuille d'outils de gestion, les cadres de santé, dans la capacité à favoriser l'hybridation de rôles et donc à combiner des logiques institutionnelles en tension à l'hôpital. Les cadres de santé sont en effet en mesure, par leur niveau de maîtrise technique des outils de gestion, leur souhait de carrière ou encore leur perspective d'appropriation des outils, d'influencer la capacité du portefeuille d'outils de gestion à favoriser l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant. Les cadres de santé, par leurs différents usages du portefeuille d'outils de gestion, peuvent donc conduire l'action collective et peuvent favoriser la combinaison de logiques institutionnelles et d'objectifs contradictoires à l'hôpital. Nous avons montré que le portefeuille d'outils de gestion ne contribue pas de manière systématique à l'hybridation des rôles. Les cadres de santé disposent en effet d'une réflexivité, qui les conduit à prendre du recul par rapport aux usages prescrits du portefeuille d'outils de gestion. Nous contribuons à enrichir la littérature en illustrant le fait que la notion d'agence enchâssée (*embedded agency*) intervient chez les cadres de santé par le truchement de la perspective d'appropriation des outils qu'ils empruntent, de leur niveau de maîtrise technique des outils ou encore de leur souhait de carrière. Ces variables

sont des facteurs qui structurent la capacité des acteurs utiliser le portefeuille d'outils de gestion pour favoriser leur hybridation de rôles.

CONCLUSION

Notre recherche s'intéresse aux conditions et à la façon dont les rôles organisationnels, tant gestionnaire que soignant, des cadres de santé, peuvent être reliés et transformés. Or, l'acceptation de la notion de rôle organisationnel retenue dans notre recherche est celle d'« *Un compromis entre les attentes comportementales exprimées par la société et l'organisation et l'interprétation que l'individu fait de ce cadre prescriptif* » (Flachere, 2015, p. 91). Ainsi, et conformément à la notion d'*embedded agency* que nous mobilisons tout au long de notre travail, nous souhaitons comprendre l'usage du portefeuille qui est fait, et la façon dont il contribue à faire incarner au cadre de santé utilisateur un ou plusieurs rôles, comme un compromis entre des usages prescrits et la réflexivité propre de l'utilisateur. Aussi, il convient de prendre en considération la perspective d'appropriation du portefeuille d'outils de gestion par les utilisateurs, c'est-à-dire la manière dont les cadres de santé acceptent les usages prescrits du portefeuille, les renégocient et créent du sens autour d'eux. Alors que la littérature (Grimand, 2012) propose une typologie pointant quatre perspectives d'appropriation, celle-ci n'étudie pas la relation entre appropriation et usages des outils. Nous prolongeons donc ces travaux en mettant en évidence le fait que chaque mode d'appropriation induit des usages spécifiques du portefeuille.

Ainsi, l'appropriation rationnelle conduit les utilisateurs à se saisir du portefeuille pour du pilotage et de la prévision, ce qui les amène à incarner principalement leur rôle gestionnaire. L'appropriation cognitive des outils est associée à un usage instrumental du portefeuille (l'évaluation), qui s'il peut permettre l'hybridation des rôles, ne le fait que lorsque l'usage est mis en œuvre au sein d'un espace de discussion réunissant des membres de différents groupes professionnels de l'hôpital.

Enfin, les appropriations sociopolitique et symbolique produisent des usages (évaluation, traduction, découplage pour la première et légitimation et découplage pour la dernière) qui peuvent favoriser l'hybridation des rôles, vis-à-vis de l'ensemble des acteurs de l'hôpital.

Ainsi, nous contribuons à enrichir la littérature en faisant le lien entre les perspectives d'appropriation des outils de gestion adoptées par les acteurs et les usages du portefeuille d'outils de gestion qu'ils réalisent. Nous exploitons ce travail en mettant en perspective le fait que l'appropriation rationnelle des outils de gestion par un acteur ne permet pas l'hybridation des rôles, tandis que les autres perspectives peuvent le permettre, en particulier lorsque les usages sont déployés dans un espace réunissant des acteurs appartenant à différents groupes professionnels de l'hôpital.

6.4 Une hybridation dynamique permise par les usages du portefeuille d'outils de gestion

L'hôpital public fait face à un pluralisme institutionnel qui complexifie les rôles à jouer par les acteurs situés au carrefour de différents groupes professionnels, puisqu'ils doivent composer avec des logiques institutionnelles et des rôles pluriels. La littérature relative au pluralisme institutionnel fait état de trois configurations possibles par lesquelles le portefeuille d'outils de gestion entre en interaction avec des logiques institutionnelles et des rôles multiples (Boitier et Riviere, 2016). Tout d'abord, une organisation peut adopter un système de contrôle de gestion de manière symbolique, afin de satisfaire des pressions institutionnelles, sans modifier les pratiques managériales et de travail : un découplage s'installe alors (Meyer et Rowan, 1977 ; Covalleski et Dismith, 1988). D'autre part, les acteurs peuvent incarner sélectivement via le portefeuille d'outils de gestion plusieurs rôles, en les combinant dans certaines situations de gestion (Pache et Santos, 2013 ; Reay et Hinnings, 2009 ; Kurunmäki, 2004) : on parle d'hybridation sélective. Enfin, la troisième configuration identifiée correspond à la situation où les acteurs s'approprient le système de contrôle de gestion, et donc la logique institutionnelle qui y est associée, dans le cadre de leurs relations avec l'extérieur tout en rejetant cette logique dans les décisions de pilotage interne (Pache et Santos, 2013) : un cloisonnement s'opère entre les sphères de décision, allant du couplage total au système de contrôle de gestion pour certaines au découplage pour d'autres (Boitier et Riviere, 2016 ; Pache et Santos, 2013 ; Schäffer et *al.*, 2015).

Notre recherche permet de montrer que, loin de se limiter à l'une des configurations précitées, les cadres de santé étudiés au CHU TONUS utilisent le portefeuille d'outils de gestion alternativement selon les trois configurations. Confirmant la notion d'agence enchâssée, ou

embedded agency (Garud et al., 2007), notre recherche met en évidence le fait que les usages du portefeuille d'outils par les cadres de santé, bien que conditionnés par les attentes de rôles qu'expriment à leur égard les groupes professionnels de l'hôpital, ne sont pas des réponses génériques et systématiques aux pressions institutionnelles qui s'exercent sur eux. Au contraire, nous enrichissons la littérature en montrant qu'à l'hôpital public, les cadres de santé mobilisent le portefeuille d'outils de gestion des effectifs de manière protéiforme selon les situations, leur niveau de maîtrise technique des outils de gestion, leur souhait en termes de carrière ou encore leur perspective d'appropriation des outils de gestion. Ainsi, dépassant la description des différentes configurations possibles par lesquelles les acteurs peuvent mobiliser le contrôle de gestion au service de l'incarnation d'un ou de plusieurs rôles, notre recherche permet de préciser les conditions qui conduisent le cadre de santé à incarner le seul rôle gestionnaire ou au contraire à engager une hybridation dynamique de rôles, évolutive selon les situations. Notre recherche souligne donc que le portefeuille d'outils de gestion est utilisé par les cadres de santé à l'hôpital public selon des modalités différentes, qui peuvent aussi bien comprendre le découplage que l'hybridation sélective ou encore un cloisonnement entre les différentes sphères de décision.

En effet, nous mettons en évidence une disparité des usages entre ceux qui sont mis en œuvre par les cadres de santé uniquement au sein de l'unité ou du pôle dont ils ont la responsabilité et les usages qui sont déployés au sein d'un espace de discussion rassemblant des acteurs issus de groupes variés. Nous contribuons à la littérature en mettant en évidence les facteurs qui facilitent le processus d'hybridation des rôles à travers l'usage d'un portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé. Nous mettons en exergue le fait que l'hybridation de rôles est nécessairement dynamique, dans la mesure où elle varie selon la temporalité étudiée et en fonction de caractéristiques liées au portefeuille et de variables personnelles liées aux utilisateurs.

Ainsi, lorsque les cadres de santé utilisent seuls le portefeuille d'outils de gestion au quotidien ou de façon ponctuelle, ils ont plutôt tendance à l'utiliser pour du pilotage ou de la prévision. A travers ces usages, les cadres de santé tiennent principalement un rôle gestionnaire. Ils se conforment en cela aux pressions institutionnelles qui s'exercent sur eux de la part des financeurs et de la direction des hôpitaux en les poussant à prendre des décisions de gestion qui maîtrisent la masse salariale de leur équipe. Dans ces situations, le portefeuille d'outils de gestion est utilisé pour assurer du pilotage par des cadres de santé disposant d'une faible maîtrise technique des outils de gestion et qui n'expriment pas de souhait d'ascension professionnelle. La prévision est davantage observée chez les cadres de santé qui disposent

d'une bonne maîtrise des outils de gestion et qui sont désireux de connaître une ascension professionnelle vers un poste de cadre supérieur ou vers un poste en mission transversale. Enfin, tant le pilotage que la prévision sont le fait de cadres paramédicaux qui se sont appropriés les outils de gestion des effectifs selon une perspective instrumentale : les outils sont alors utilisés pour assurer des tâches prescrites au sein de l'unité dont le cadre de santé est responsable et conformément au rôle gestionnaire attendu des cadres de santé par la direction des hôpitaux. Dans ces situations, les cadres de santé mobilisent le portefeuille d'outils de gestion via un couplage fort avec les pressions institutionnelles qui s'exercent sur eux en ce qui concerne les usages qui se déroulent dans un espace de discussion interne aux cadres de santé ou entre les cadres et les équipes paramédicales dont ils ont la responsabilité.

Lorsque le portefeuille d'outils de gestion est utilisé dans le cadre d'un espace de discussion externe, c'est-à-dire ouvert à des acteurs issus de groupes professionnels pluriels de l'hôpital, les usages sociopolitiques déployés concourent à hybrider leurs rôles gestionnaire et soignant. Nos travaux confirment le fait que les hôpitaux, à l'instar des autres organisations hybrides, sont capables de faire apparaître de nouveaux espaces susceptibles de favoriser la rencontre entre professionnels, de manière à produire de la négociation, de la médiation ou de la coopération (Battilana et *al.*, 2015 ; Perkmann et *al.*, 2019). Cette hybridation est sélective et dynamique, puisque les usages du portefeuille d'outils de gestion sont contingents à des variables situationnelles, techniques liées au portefeuille et personnelles liées aux utilisateurs comme nous l'avons préalablement indiqué.

Ainsi, nous montrons qu'un cloisonnement s'opère entre les usages du portefeuille qui sont faits par un cadre de santé agissant seul, qui sont majoritairement des usages instrumentaux incarnant un rôle gestionnaire qui couple entièrement avec les attentes de rôles qu'exercent les administratifs et les autorités de tutelle sur les cadres de santé ; et les usages sociopolitiques du portefeuille ou les usages d'évaluation entre pairs s'inscrivant dans un espace de discussion externe, qui hybrident les rôles gestionnaire et soignant et peuvent inclure du découplage. Nous confirmons ainsi partiellement les travaux mettant en évidence ce cloisonnement relatif aux outils de contrôle de gestion dans les organisations soumises au pluralisme institutionnel (Boitier et Riviere, 2016 ; Pache et Santos, 2013 ; Schäffer et *al.*, 2015), en dépassant toutefois ces travaux pour montrer que cette configuration n'est pas figée mais qu'elle n'est qu'une des modalités des usages dynamiques du portefeuille d'outils.

Enfin, cette recherche pointe aussi l'importance du découplage dans l'usage du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé. Ponctuellement, les cadres de santé peuvent, au sein d'un espace de discussion ouvert aux acteurs de différents groupes professionnels de l'hôpital public, adopter les outils de gestion de manière cérémonielle, tout en adoptant des usages non prescrits. Nous confirmons ainsi les travaux pointant l'hybridation des professionnels de santé qui font face à des rôles pluriels (Reay et Hinings 2009 ; Arman *et al.* 2014). Alors que des travaux récents pointent le fait qu'un couplage faible, voire un découplage, favorise la conciliation d'intérêts divergents et de rôles pluriels dans les organisations pluralistes du secteur médico-social (Flachère *et al.*, 2023), nous illustrons ce phénomène en l'appliquant aux hôpitaux publics. Notre recherche permet de comprendre les ressorts de cette capacité du découplage à hybrider des rôles différents en montrant qu'au sein d'espaces de discussion ouverts à des acteurs variés, le découplage permet de donner des gages de conformité au rôle gestionnaire des cadres de santé tout en déployant en pratique des usages qui hybrident le rôle soignant dévolu aux cadres de santé avec leur rôle gestionnaire.

Notre recherche s'inscrit dans ce courant de travaux, que nous raffinons en précisant que le dialogue entre groupes professionnels et institutionnels variés peut être facilité par la mobilisation d'instrument de gestion, en l'occurrence le portefeuille d'outils de gestion des effectifs au sein du CHU TONUS. Le portefeuille d'outils de gestion des effectifs incarne ici un support favorisant la création d'espaces de discussion, soit entre les membres d'un même groupe professionnel (modèle de la régulation interne autonome préalable à la présentation aux autres groupes professionnels de la solution) soit au carrefour des différents groupes professionnels. Le CHU TONUS donne à voir que la réponse au pluralisme institutionnel prend la forme d'une réponse dynamique évolutive, à la fois par ségrégation, ou cloisonnement entre les usages dans les espaces de discussion internes et ceux dans les espaces de discussion ouverts aux différents groupes professionnels, dans certaines situations et par mélange entre ces groupes dans d'autres cas. Le portefeuille d'outils de gestion constitue un support, mobilisé par les cadres de santé comme un médium de cette réponse dynamique au pluralisme institutionnel.

CONCLUSION DU CHAPITRE

A l'hôpital public, il est attendu que les cadres de santé incarnent à la fois un rôle gestionnaire et un rôle soignant. Ceux-ci entrent en tension l'un par rapport à l'autre. Il est possible de les incarner simultanément, et de répondre ainsi aux différentes attentes organisationnelles qui pèsent sur les cadres de santé, en déployant une dynamique d'hybridation des rôles, soit un processus visant à relier et transformer les rôles organisationnels gestionnaire et soignant des cadres de santé. Les usages des outils de gestion, et plus encore d'un portefeuille d'outils de gestion, contribuent à l'hybridation des rôles des utilisateurs.

Nous avons ainsi montré que certains usages du portefeuille d'outils de gestion, en particulier ceux qui sont soit utilisés vis-à-vis d'acteurs issus de groupes professionnels variés (usages sociopolitiques de légitimation, découplage et traduction et certains usages d'évaluation), peuvent contribuer au processus d'hybridation de rôles des utilisateurs. Toutefois, cette relation n'est pas systématique. Certaines conditions, tant techniques que personnelles liées aux utilisateurs, sont nécessaires afin que les usages des outils puissent favoriser l'hybridation.

Alors que la littérature indique que les outils de gestion peuvent favoriser l'hybridation des pratiques et des expertises (Flachere et Habran, 2019), nous avons identifié certaines conditions qui facilitent la capacité du portefeuille d'outils de gestion à concourir à l'hybridation des rôles des utilisateurs. Nous mettons en exergue tout d'abord des variables techniques, telles que la modularité et la polyvalence du portefeuille. En effet, le portefeuille étudié constitue un répertoire proposant six outils de gestion et, pour chacun d'eux, rendant possible six usages (trois usages instrumentaux : pilotage, prévision et évaluation et trois usages sociopolitiques : légitimation, découplage et traduction). Le portefeuille d'outils de gestion est donc un répertoire permettant aux utilisateurs de choisir la combinaison outil-usage permettant d'incarner le ou les rôle(s) souhaité(s), compte tenu des interlocuteurs concernés et des situations de gestion rencontrées. En outre, nous mettons en évidence le fait que la conception du portefeuille d'outils de gestion elle-même peut favoriser l'hybridation des rôles. En proposant des données très détaillées, service par service, le portefeuille d'outils de gestion permet aux cadres de santé de faire le lien entre leurs choix en termes de soins et d'effectifs et l'évaluation financière (masse salariale par exemple). En outre, le portefeuille d'outils ayant été conçu, pour six de ses outils, par un cadre paramédical, il prévoit dès son lancement une paramédicalisation des données (lorsqu'un cadre de santé confectionne un planning ou un roulement de travail, la charge en

soins que ce planning représente pour les paramédicaux est calculée, ce qui permet de piloter également la qualité des soins de l'unité). Nous montrons donc que la conception du portefeuille par un cadre de santé, lui-même exposé à des rôles pluriels dans son parcours professionnel, a conduit à la paramédicalisation des outils de gestion et à leur présentation de manière détaillée (service par service) : la conception du portefeuille favorise donc l'hybridation des rôles des cadres de santé.

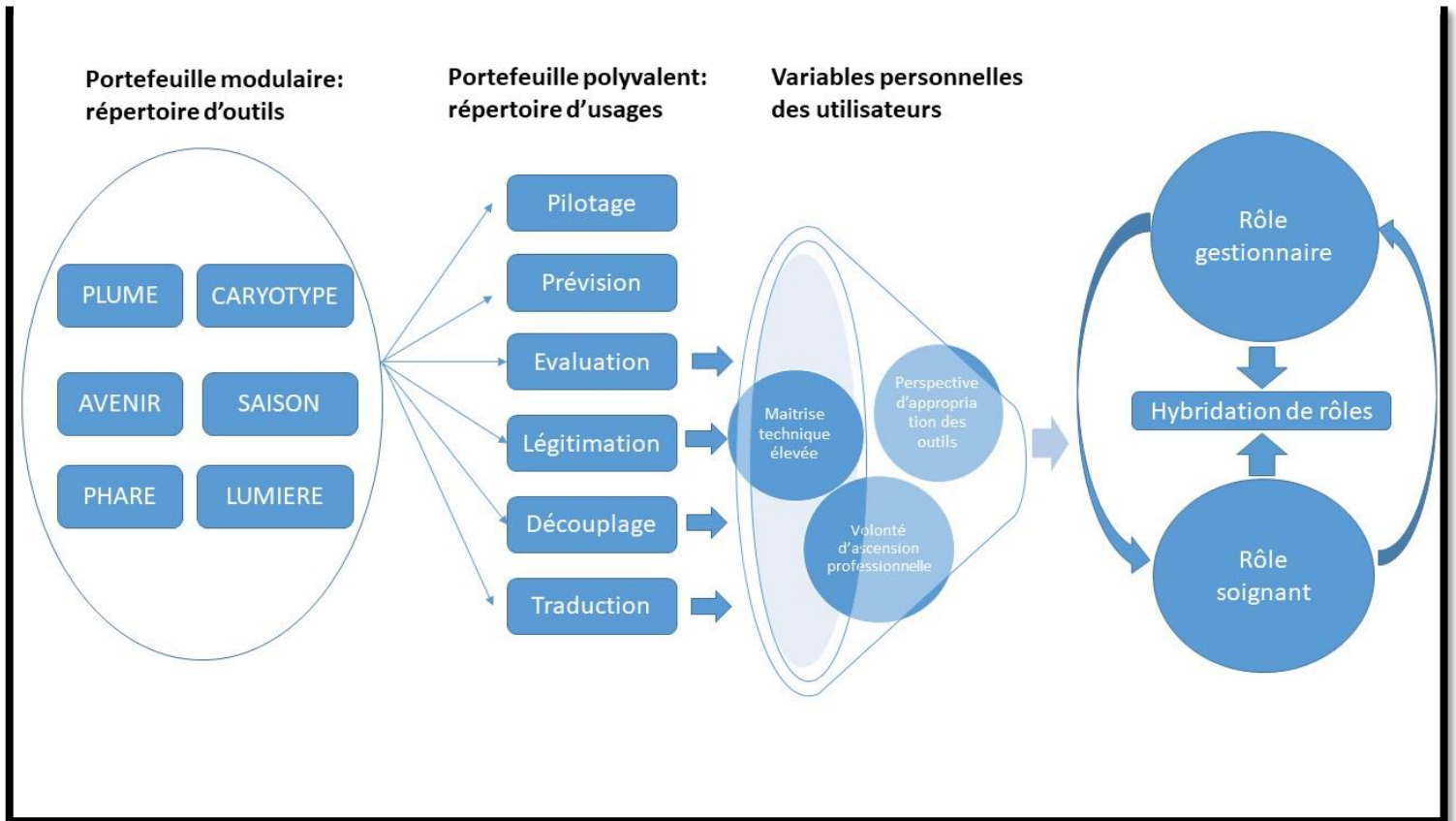
Au-delà de ces trois caractéristiques techniques, la capacité du portefeuille d'outils de gestion à permettre l'hybridation des rôles de ses utilisateurs dépend aussi de variables personnelles liées à ses utilisateurs. Ainsi, le niveau de maîtrise technique des outils, le positionnement en termes d'évolution professionnelle ou encore la perspective d'appropriation des outils de gestion par les cadres de santé influencent les usages qu'ils font du portefeuille. Ainsi, un cadre disposant d'une faible maîtrise technique des outils utilise principalement le portefeuille pour du pilotage ou de la prévision, ce qui le conduit à incarner le seul rôle gestionnaire. Un cadre de santé qui ne souhaite aucune évolution professionnelle recourt également au pilotage et à la prévision, ce qui là encore traduit le fait qu'il n'incarne pas les différents rôles organisationnels qui leur sont dévolus. Inversement, un niveau élevé de maîtrise technique des outils de gestion et un souhait prononcé d'ascension professionnelle conduisent les cadres de santé à mobiliser des usages sociopolitiques du portefeuille, tels que la légitimation ou la traduction, qui donnent à voir auprès des différents acteurs de l'hôpital, l'étendue du travail des cadres de santé et le fait qu'ils relient et transforment leurs rôles gestionnaire et soignant. En outre, alors que l'appropriation rationnelle des outils conduit les cadres à n'incarner que leur rôle gestionnaire, l'appropriation cognitive peut favoriser l'hybridation des rôles des cadres en incitant à un usage d'évaluation, en particulier lorsqu'il se déploie dans un espace réunissant des membres des différents groupes professionnels, qui expriment des attentes de rôles différentes à l'égard des cadres. Les appropriations sociopolitique et symbolique produisent des usages du portefeuille (traduction et légitimation par exemple) qui sont propices à l'hybridation des rôles des cadres de santé de manière transversale, c'est-à-dire vis-à-vis de l'ensemble des acteurs de l'hôpital.

Ainsi, nous avons montré les différentes caractéristiques, tant techniques que personnelles, qui peuvent permettre aux usages du portefeuille d'outils de favoriser l'hybridation des rôles des utilisateurs. Il convient désormais de comprendre les modalités selon lesquelles les usages du portefeuille d'outils peuvent permettre aux cadres de santé de construire l'hybridation de leurs rôles. En effet, dans un hôpital public marqué par le pluralisme institutionnel, il a été montré

que les cadres de santé connaissent une position pivot et que la conduite de leurs rôles, tant gestionnaire que soignant, implique de travailler avec l'ensemble des acteurs de l'hôpital pour favoriser la coopération interprofessionnelle. Or, les groupes d'acteurs à l'hôpital sont séparés par des frontières professionnelles particulièrement marquées. Nous avons mis en évidence dans ce chapitre que la mise en œuvre des rôles gestionnaire et soignant par les cadres de santé peut être facilitée par certaines caractéristiques techniques, liées au portefeuille, et sociales, liés aux utilisateurs. La discussion menée dans ce chapitre fait également apparaître que les usages qui contribuent à l'hybridation des rôles sont tous mis en œuvre vis-à-vis d'acteurs appartenant à des groupes professionnels différents de l'hôpital : cela pose la question de l'importance des frontières professionnelles dans le processus d'hybridation, et de la capacité des cadres à se saisir du portefeuille pour agir sur celles-ci. La figure suivante schématise les différentes conditions, tant techniques que personnelles liées aux utilisateurs, qui expliquent la capacité des usages du portefeuille d'outils de gestion à permettre l'hybridation des rôles.

Dans le chapitre suivant, nous explorons les modalités selon lesquelles les cadres de santé peuvent utiliser le portefeuille d'outils de gestion afin de soutenir l'hybridation de leurs rôles au sein d'une organisation hospitalière marquée par le pluralisme institutionnel. En effet, il a été montré dans la revue de littérature que les cadres de santé, qui doivent susciter la coopération interprofessionnelle pour mener à bien l'hybridation de leurs rôles, sont confrontés à des frontières professionnelles fortes qui séparent les différents groupes d'acteurs de l'hôpital. Aussi, nous discutons la façon dont les usages par les cadres de santé du portefeuille d'outils de gestion participent à l'hybridation des rôles en agissant sur les frontières professionnelles de l'hôpital, afin de les renforcer, les effacer ou les maintenir, selon les situations de gestion rencontrées.

FIGURE 6- SYNTHÈSE DES VARIABLES D'INFLUENCE DES USAGES DU PORTEFEUILLE D'OUTILS DE GESTION



Chapitre 7- User du portefeuille d'outils de gestion pour conduire un travail frontière

Dans le chapitre précédent, nous avons discuté les résultats de notre recherche en mettant en évidence des variables, liées tant au portefeuille que plus personnelles en lien avec les utilisateurs, qui structurent la capacité du portefeuille d'outils de gestion à favoriser l'hybridation à travers ses usages. Le présent chapitre a pour objet de discuter la façon dont les cadres de santé, faisant face à un pluralisme institutionnel, parviennent à mener un travail sur les frontières professionnelles à l'hôpital public à travers leurs usages du portefeuille d'outils de gestion.

Pour discuter du travail frontière mené par les usages du portefeuille d'outils de gestion, nous mettons en avant que ces usages s'insèrent dans des espaces de discussion qui diffèrent entre les usages instrumentaux et les usages sociopolitiques. Nos résultats montrent que les usages instrumentaux sont utilisés par les cadres de santé seuls (sauf certains usages d'évaluation qui s'insèrent dans un espace regroupant des cadres de santé ou des cadres de santé en relation avec les paramédicaux dont ils ont la responsabilité), tandis que les usages sociopolitiques s'inscrivent dans des espaces de discussion collectifs ouverts à des acteurs issus des différents groupes professionnels de l'hôpital.

Si les usages du portefeuille d'outils de gestion peuvent favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé, comme cela a été discuté dans le chapitre 6, cela implique que ces usages puissent donner à voir aux différents acteurs de l'hôpital que les cadres de santé parviennent à relier leurs rôles gestionnaire et soignant. Ainsi, cela nécessite de mener un travail sur les différents rôles attendus des cadres de santé de la part des différents acteurs de l'hôpital, et donc d'agir sur ce qui sépare les différents groupes professionnels : un travail frontière est alors mené par l'intermédiaire des usages du portefeuille d'outils de gestion.

Nous allons montrer comment les cadres de santé s'emparent du portefeuille d'outils dans cet environnement hospitalier à la fois contraignant, par la force des frontières professionnelles et la pluralité des rôles et logiques qui s'y déploient, mais aussi habilitant, dans la mesure où conformément à la notion d'*embedded agency*, les cadres disposent d'une marge de liberté et d'une réflexivité qui leur permet d'agir sans suivre aveuglement les pressions institutionnelles. Ainsi donc, nous discutons le fait que le travail frontière, défini comme l'ensemble des actions

entreprises par un individu ou un groupe afin d'ouvrir et renégocier les frontières qui définissent les rôles et pratiques (Comeau-Vallee et Langley, 2020, p.1650), constitue, compte tenu du pluralisme institutionnel de l'hôpital, une variable intermédiaire entre les usages du portefeuille d'outils de gestion et l'hybridation des rôles dans certaines situations, et une dynamique ultérieure à l'hybridation dans d'autres situations. Le travail frontière est nécessaire pour que les différents groupes professionnels de l'hôpital, régis par des logiques institutionnelles et disposant d'attentes de rôles différentes à l'égard des cadres de santé, intègrent l'hybridation de rôles menée par les managers paramédicaux.

7.1. Des usages du portefeuille d'outils de gestion mis en œuvre au sein d'espaces de discussion

Dans notre recherche, les usages du portefeuille d'outils de gestion apparaissent comme des pratiques situées (Annisette et Richardson, 2011 ; Amans et *al.*, 2020 ; Flachère et *al.*, 2023), au sens où les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé sont encastrés dans des rôles attendus, dans des logiques institutionnelles gestionnaire et soignant et dans les dimensions tant habilitantes que contraignantes du portefeuille d'outils.

Pour mieux appréhender la capacité des usages du portefeuille à faire accepter l'hybridation de rôles aux différents groupes professionnels de l'hôpital, il convient de mettre en œuvre un travail sur les frontières professionnelles de l'hôpital de manière à agir sur ce qui sépare les différents groupes professionnels. Ainsi, les usages du portefeuille d'outils de gestion, s'ils peuvent favoriser l'hybridation des rôles des cadres de santé, sont aussi susceptibles de produire un travail frontière (Gieryn, 1983). Pour le comprendre, il est d'abord nécessaire d'analyser les « espaces » au sein desquels les usages du portefeuille d'outils sont mis en œuvre par les cadres de santé.

En effet, si certains usages sont à destination de la stricte activité de gestion de l'unité ou du pôle par les cadres, nos résultats indiquent aussi que les usages du portefeuille peuvent avoir une dimension collective. Ils sont alors insérés, en même temps qu'ils les soutiennent, dans des espaces que l'on peut qualifier d'espaces de discussion. Cette notion, développée par Detchesahar (2003, 2007 et 2011) puis approfondie par Conjard et Journoud (2013), correspond à « *un espace qui ouvre aux acteurs des possibilités d'énonciation des difficultés et des contradictions du travail en vue de la construction de compromis, le plus souvent provisoires, mais qui serviront pour un temps de point d'appui à l'action collective* » (Detchessahar, 2011, p. 101). La littérature (Detchessahar, 2013) identifie quatre caractéristiques d'un espace de discussion (être centré sur l'activité concrète des acteurs ; être animé par un gestionnaire de et par l'activité et être inscrit le cadre d'une démarche pérenne), la dernière est la nécessité que cet espace de discussion soit alimenté par un outillage gestionnaire, qualifié de « *substrat matériel* » (Detchessahar, 2013, p. 60 ; Abord de Chatillon et Desmarais, 2017). Nous confirmons donc que le portefeuille d'outils de gestion utilisé par les cadres de santé agit comme un support à la constitution de ces espaces de discussion. En effet, ces derniers « *ont*

besoin d'outils de gestion pour équiper l'échange d'opinions, éclairer la prise de décision et ainsi piloter l'activité » (Bellini et al., 2018).

Nos résultats montrent plus spécifiquement que le portefeuille, lorsqu'il est utilisé pour des usages sociopolitiques (légitimation, découplage ou traduction) ou pour un usage instrumental d'évaluation s'accompagne de l'organisation de réunions qui portent sur la gestion de l'absentéisme, la situation des effectifs, la situation de l'équipe paramédicale ou diverses autres difficultés rencontrées.

La gestion des effectifs paramédicaux par les cadres de santé suppose en effet de réaliser en permanence des arbitrages entre la qualité des soins, le respect des contraintes budgétaires liées à la masse salariale et la nécessité de proposer une prise en charge adaptée au flux de patients accueillis dans l'hôpital. En temps réel, les cadres de santé manipulent les outils de gestion afin de recueillir de l'information, évaluer les situations et le travail des acteurs, faire des simulations, prendre des décisions et les discuter ou les présenter aux autres groupes professionnels qui sont affectés par les décisions en termes de ressources humaines prises par les cadres paramédicaux. Par exemple, en cas de mutualisation de personnel paramédical sur plusieurs unités, le ratio soignant-patient diminue, ce qui implique parfois de devoir accueillir au sein du service un profil de patients nécessitant moins de soins ou de surveillance que les patients initialement prévus, en particulier dans les services où l'activité est programmée. Le portefeuille d'outils de gestion alimente alors un espace de discussion, soit réservé aux cadres paramédicaux (usages d'évaluation), soit ouvert aux acteurs issus d'autres groupes professionnels (usages de légitimation, découplage et traduction), en particulier les médecins, afin de leur traduire la situation du personnel paramédical et d'influencer les choix médicaux d'admettre en hospitalisation un profil de patient précis. Ces espaces de discussion peuvent permettre d'échanger sur les contraintes de chacun, de relier les différents rôles et de transformer les postures.

Si le choix du cadre de santé d'organiser le travail en mode dégradé avec une moindre présence paramédicale s'avère intenable (plaintes de l'équipe paramédicale ou des patients, survenue d'événements indésirables ou encore accroissement de l'absentéisme), les cadres paramédicaux peuvent aussi mobiliser le portefeuille d'outils de gestion pour obtenir l'accord de la direction

administrative et des médecins afin d'adopter d'autres options, parmi lesquelles le choix de fermer des lits. Ces comportements observés et racontés par les cadres de santé confirment combien le portefeuille d'outils de gestion soutient un espace de discussion, qui peut être interne au groupe des cadres paramédicaux, ou au contraire ouvert à tous les groupes professionnels de l'hôpital. Ces espaces de discussion, par les échanges répétés avec les médecins, les paramédicaux, les administratifs et les représentants des patients, conduit les cadres à intérioriser les contraintes tant gestionnaires que soignantes qui pèsent sur eux. Ils parviennent, par les usages du portefeuille au sein de ces outils, tant à faire évoluer les attentes à leur égard des différents groupes professionnels en leur présentant la situation de l'équipe paramédicale, qu'à relier et transformer leurs rôles gestionnaire et soignant.

Afin de faire connaître et accepter cette hybridation auprès des différents groupes professionnels qui ont des attentes de rôles protéiformes, il est nécessaire d'agir sur ce qui sépare ces groupes, à savoir leurs frontières professionnelles. Ainsi, nous montrons que l'hybridation des rôles favorisée par certains usages du portefeuille d'outils de gestion s'accompagne d'un travail frontière, défini comme l'ensemble des efforts entrepris délibérément par des individus ou par un groupe professionnel (celui des cadres de santé dans notre recherche) pour influencer et modifier les frontières professionnelles (Langley et *al.*, 2019 ; Phillips et Lawrence, 2012). Le travail frontière est particulièrement nécessaire dans une organisation marquée par le pluralisme institutionnel (Di Benigno, 2018). L'hybridation des rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé suppose de faire travailler ensemble des acteurs issus des différents groupes professionnels de l'hôpital. En ce sens, le travail frontière est précieux pour les cadres de santé, puisque la littérature souligne que le travail frontière modifie les dynamiques de collaboration, d'inclusion et d'exclusion dans une organisation (Lindberg et *al.*, 2017 ; Mork et *al.*, 2012).

Nos résultats liés à la façon dont les cadres de santé gèrent des situations complexes d'absentéisme (la complexité étant liée à la pluralité des solutions qui peuvent être prises face à cette situation selon les rôles tenus par les acteurs) contribuent à distinguer deux modalités permettant aux cadres de santé de faire face à des situations complexes d'absentéisme. Premièrement, la situation peut être réglée par le recours à l'usage d'évaluation du portefeuille, qui est mobilisé au sein d'un espace de discussion commun aux cadres de santé. Dans cette configuration, l'hybridation des rôles se produit au sein du collectif de cadres, avant d'être donnée à voir aux autres groupes professionnels par un travail frontière ultérieur. Rôle

gestionnaire, usages instrumentaux du portefeuille et espace de discussion restreint aux cadres caractérisent cette première modalité de gestion des situations complexes.

Deuxièmement, les situations complexes peuvent être gérées par des usages sociopolitiques du portefeuille déployés par les cadres de santé dans des espaces de discussion ouverts aux différents groupes professionnels. Un travail sur les frontières professionnelles est mis en œuvre par les cadres, afin de faire évoluer les attentes, objectifs et modes de raisonnement des médecins, des paramédicaux, des administratifs et des représentants des patients. Après ce travail frontière, l'hybridation des rôles des cadres de santé est enclenchée.

Nous avons précédemment décrit l'espace de discussion comme « *un espace qui ouvre aux acteurs des possibilités d'énonciation des difficultés et des contradictions du travail en vue de la construction de compromis, le plus souvent provisoires, mais qui serviront pour un temps de point d'appui à l'action collective* » (Detchessahar, 2011, p. 101). Dans les situations précédemment citées, et en particulier dans la seconde configuration, les acteurs avec lesquels s'organise la discussion en vue d'une décision concertée, appartiennent à des professions différentes, aux frontières, cognitives, relationnelles et sociales marquées. Faire vivre l'espace de discussion en vue de la coopération suppose des actions sur ces frontières, que l'on peut qualifier de travail frontière ou *boundary work* (Gieryn, 1983).

Les sections suivantes vont discuter du lien entre les usages du portefeuille et le travail frontière, selon que les espace de discussion s'organisent entre pairs ou sont élargis à divers groupes professionnels

7.2. Usages instrumentaux d'évaluation dans un espace de discussion entre cadres : un travail frontière ultérieur nécessaire

Nous montrons dans cette section, à partir des résultats consacrés aux conséquences des usages du portefeuille sur les frontières professionnelles, que les usages instrumentaux d'évaluation, lorsqu'ils sont mis en œuvre dans un espace de discussion entre pairs, favorisent un travail frontière ultérieur à l'hybridation de rôles.

Notre recherche met en lumière que les usages instrumentaux du portefeuille d'outils conduisent les cadres paramédicaux à tenir leur seul rôle gestionnaire. Il a également été montré précédemment que la plupart des usages instrumentaux du portefeuille sont mis en œuvre par un cadre paramédical agissant seul. Certains usages d'évaluation se distinguent dans la mesure où ils sont mis en œuvre au sein d'espaces de discussion réunissant les cadres de santé entre eux ou avec l'équipe paramédicale dont ils ont la responsabilité.

Lorsque l'usage d'évaluation est mis en exercice au sein d'un espace de discussion entre pairs, ou lorsque l'évaluation permet la comparaison avec des références externes à l'unité ou au pôle dont le cadre a la responsabilité, alors nos résultats montrent qu'il contribue à hybrider les rôles gestionnaire et soignant du cadre de santé. Cette hybridation des rôles par les usages d'évaluation du portefeuille d'outils est mise en œuvre principalement vis-à-vis des groupes du CARE et des autres cadres de santé. Dans nos résultats, le portefeuille d'outils de gestion est mobilisé au service d'un partage des données entre pairs, afin d'analyser la situation (usage d'évaluation principalement) et de proposer des solutions qui sont discutées et font l'objet d'un consensus au sein du groupe des cadres de santé. Une solution de gestion est retenue par les cadres de santé lorsqu'ils estiment qu'elle combine les rôles gestionnaire et soignant. Suite à ce compromis, ils présentent la solution retenue aux autres groupes professionnels de l'hôpital. Ainsi, l'usage instrumental d'évaluation, mis en œuvre au sein d'un espace de discussion restreint aux cadres, peut produire l'hybridation des rôles au sein du groupe des cadres de santé et vis-à-vis de leur groupe de référence : le CARE, pour la défendre ensuite auprès de l'ensemble des groupes professionnels de l'hôpital.

L'hybridation entre pairs à travers l'usage instrumental d'évaluation du portefeuille permet que la solution de gestion convienne à tous les acteurs de l'hôpital, alors même qu'ils tiennent des

rôles organisationnels en tension, à la fois gestionnaire et soignant. Ainsi, nos résultats ont montré qu'en cas d'absentéisme très marqué couplé à des congés nombreux (lors de la période estivale par exemple), le portefeuille d'outils de gestion est saisi par les cadres de santé pour évaluer la situation et les possibilités de répondre aux difficultés. Comme cela a été montré dans le chapitre 7, l'usage instrumental d'évaluation peut permettre aux cadres de santé de vérifier que la solution de gestion envisagée permet de tenir à la fois un rôle soignant (préserver la qualité des soins en faisant recours à l'équipe de suppléance pour augmenter l'effectif paramédical du service par exemple) et un rôle gestionnaire (respecter le budget dédié au remplacement en ne recourant pas à des solutions plus onéreuses comme l'intérim).

Si l'usage instrumental du portefeuille peut concourir à l'hybridation, celle-ci n'est produite dans un premier temps qu'au sein du groupe des cadres de santé. Quand un consensus apparaît, ce choix est annoncé et présenté aux différents groupes de l'hôpital. Afin de convaincre les autres groupes professionnels que les cadres de santé tiennent compte de leurs intérêts, ceux-ci entament un travail à travers le portefeuille d'outils de gestion visant à agir sur ce qui sépare les différents groupes : les frontières professionnelles. Cette notion fait référence « aux *délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* » (Chreim et al., 2013, p. 204). Nous analysons nos résultats de façon à comprendre que l'usage d'évaluation entre pairs agit sur les délimitations physiques, cognitives, relationnelles et structurelles des groupes professionnels en les estompant, en les renforçant ou encore en produisant une extension de leur périmètre : un travail sur les frontières professionnelles est donc mené.

Ce travail frontière est nécessaire pour faire connaître l'hybridation des rôles gestionnaire et soignant puisqu'un rôle organisationnel étant « *un compromis entre les attentes comportementales exprimées par la société et l'organisation et l'interprétation que l'individu fait de ce cadre prescriptif* » (Flachere, 2015, p. 91), il ne peut s'appréhender qu'en confrontant le rôle tenu par le cadre aux rôles attendus de lui par les autres acteurs de l'hôpital. Afin de donner à voir qu'il se conforme à des attentes plurielles auprès de différents groupes d'acteurs, le cadre de santé doit agir sur les frontières professionnelles pour montrer qu'il relie les attentes de rôles émanant des différents groupes professionnels. L'hybridation des rôles effectifs à travers l'usage instrumental d'évaluation, initialement mise en œuvre entre pairs, est ensuite signifiée auprès des différents groupes qui ont des attentes à l'égard des cadres de santé, à travers un travail frontière, soit l'ensemble des tâches qui consistent à « *ouvrir et renégocier les frontières qui définissent les rôles et pratiques* » des différents groupes professionnels

(Comeau-Vallee et Langley, 2020, p.1650). Ainsi, le travail frontière suit l'hybridation produite par l'usage instrumental d'évaluation du portefeuille, dans le but de faire savoir aux différents groupes professionnels de l'hôpital que les cadres de santé tiennent des rôles hybrides et qu'ils répondent donc aux différentes attentes que le CURE, le CARE, le CONTROL et la COMMUNITY expriment à leur égard.

De nombreux travaux mettent en avant le fait que les acteurs de l'hôpital, comme toutes les organisations soumises à un pluralisme institutionnel, peuvent mettre en place des pratiques visant à éviter les conflits qui pourraient être générés par la collision de pratiques et de logiques d'action divergentes (Battilana et *al.*, 2017 ; Pache et Santos, 2021). La littérature présente deux réponses possibles des organisations face au pluralisme institutionnel : la ségrégation, c'est à dire la compartimentation des organisations et de leurs acteurs en sous-ensembles régis par une seule logique institutionnelle (Oliver, 1991 ; Greenwood et *al.*, 2011 ; Camous et *al.*, 2022) ; ou au contraire la combinaison de logiques, ou *blending*, au sein d'une organisation hybride (Pache et Santos, 2013, 2020 ; Battilana et Dorado, 2010 ; Reay et Hinings, 2009). Dépassant la dichotomie mise en avant, nous enrichissons le cadre théorique en montrant que certaines situations complexes sont gérées dans les organisations hospitalières hybrides par une combinaison dynamique de ces deux configurations. Alors qu'une segmentation entre groupes professionnels a lieu dans un premier temps, au cours de laquelle nous avons souligné que l'usage instrumental d'évaluation peut favoriser l'hybridation de rôles des cadres de santé au sein d'un espace de discussion entre pairs, ceux-ci aboutissent à un consensus sur la solution à retenir. Dans un second temps, cette solution issue d'un accord interne au collectif de cadres de santé est présentée aux membres des différents groupes professionnels de l'hôpital et un travail sur les frontières professionnelles est mené par les cadres de santé afin de faire savoir aux autres groupes qu'ils tiennent tant les rôles gestionnaires que soignants à travers la solution de gestion présentée.

Nous mettons donc en exergue le fait que, dépassant les deux possibilités proposées dans la littérature (soit la segmentation, soit la combinaison des logiques institutionnelles), le portefeuille d'outils de gestion des effectifs permet une réponse dynamique au pluralisme institutionnel qui caractérise l'hôpital public. Les situations complexes peuvent être gérées, dans le cas des usages instrumentaux du portefeuille entre pairs, dans un premier temps par une segmentation au laquelle l'hybridation des rôles se produit, avant qu'un mélange, ou *blending*,

des groupes d'acteurs et des logiques institutionnelles qui les régissent apparaisse afin de permettre un travail sur les frontières professionnelles.

7.3. Usages sociopolitiques du portefeuille et espace de discussion interprofessionnel : un travail frontière préalable à l'hybridation

Nos résultats présentés dans la section 5.5 soulignent le fait que les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion sont mis en acte dans des espaces de discussion collectifs, réunissant des acteurs issus de groupes professionnels divers. Ainsi, la légitimation, la traduction ou le découplage sont des usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion que les cadres de santé choisissent de mettre en œuvre dans des espaces de discussion ouverts aux différents acteurs issus du CARE, du CURE, du CONTROL ou de la COMMUNITY.

En cela, nous abondons les travaux qui inscrivent les usages que nous qualifions de sociopolitiques, mais qui apparaissent sous d'autres vocables dans la littérature, dans un espace propice au dialogue. Nous confirmons la vision des usages sociocognitifs des outils de gestion comme réputés « *offrir aux acteurs des occasions de débat* » (Gourbier et al., 2022 ; Drevet, 2008 ; de Vaujany, 2006 ; Amans et al., 2020), celle des « *attaches cérémonielles* » des outils décrivant le fait que ceux-ci sont un moyen de matérialiser de façon cérémonielle le rôle de l'acteur au sein de l'organisation (Flachere, 2015), les travaux sur les usages à dimension managériale qui « *peut regrouper plusieurs pratiques allant, du simple dialogue avec les parties prenantes internes, à l'accompagnement de la mutation visant à faire évoluer l'organisation et le comportement de ces parties prenantes* » (Lux, 2019) ou encore un rôle de « *catalyseur de l'action* » (Grimand, 2012).

En outre, notre recherche met en évidence que les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion peuvent tous, sous réserve de réunir les conditions liées au portefeuille (modularité du portefeuille, polyvalence dans les usages et conception par un professionnel conscient des rôles hybrides auxquels sont tenus les utilisateurs) et aux utilisateurs (niveau de maîtrise technique des outils de gestion, souhait d'évolution professionnelle et perspective d'appropriation des outils) discutées dans le chapitre précédent, contribuer à l'hybridation des rôles des cadres de santé.

Nous avons montré dans la section précédente que l'usage instrumental d'évaluation du portefeuille, lorsqu'il est mis en œuvre de façon collective dans un espace de discussion réunissant le CARE et / ou le groupe des cadres de santé, favorise l'hybridation de rôles. Les usages sociopolitiques du portefeuille peuvent permettre eux aussi l'hybridation de rôles, mais celle-ci prend place dans des espaces de discussion pouvant accueillir des acteurs issus de groupes professionnels plus diversifiés tels que le CURE, le CARE, la COMMUNITY et le CONTROL.

Les résultats montrent que l'hybridation au travers des usages sociopolitiques du portefeuille d'outils nécessitent que les cadres de santé parviennent au préalable à agir sur les frontières professionnelles qui séparent les différents groupes de l'hôpital, afin que tous aient le sentiment que les cadres de santé répondent à leurs attentes. Là encore, les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion, s'ils favorisent l'hybridation des rôles des cadres de santé, impliquent un travail frontière (ou *boundary work*) préalable. Il s'agit en effet de dialoguer à travers le portefeuille d'outils de gestion avec les différents groupes professionnels de l'hôpital afin d'aboutir à un compromis accepté par tous qui situe les cadres de santé comme

Dans ces espaces de discussion élargis, chaque acteur acquiert, grâce au portefeuille qui fournit des données suffisamment standardisées pour qu'elles soient compréhensibles par tous, une connaissance fine de la situation de gestion, des difficultés de l'équipe paramédicale gérée par le cadre et de ses impacts sur l'activité de chaque groupe. Les échanges pluri professionnels qui sont favorisés par ces espaces de discussion soutenus par les usages sociopolitiques du portefeuille permettent à tous les acteurs de prendre conscience que les difficultés de l'équipe paramédicale, telles qu'un absentéisme élevé ou une charge de travail excessive, auront des conséquences pour l'intégralité des groupes professionnels de l'hôpital. A ce titre, les acteurs sont amenés à réfléchir de manière décloisonnée à la situation en prenant en compte les diverses logiques institutionnelles en présence, conscients de l'interdépendance de leur situation. Ce n'est qu'en faisant d'abord évoluer les frontières professionnelles qui séparent les groupes, tant que leurs modes de raisonnement (délimitations cognitives), dans leurs modes de fonctionnement (délimitations structurelles), dans leurs relations (délimitations relationnelles) ou dans les espaces qu'ils investissent (délimitations physiques), qu'un processus d'hybridation de rôles peut ensuite apparaître.

Ainsi, les usages sociopolitiques du portefeuille s'insèrent dans des espaces de discussion ouverts aux différents groupes professionnels. Le portefeuille est utilisé pour fournir des

données qui constituent une base de discussion autour de la situation de l'équipe paramédicale et des difficultés liées aux effectifs qu'elle rencontre (charge en soins, absentéisme, effectif insuffisant au regard de l'activité clinique). Nos résultats montrent que, dans ces espaces de discussion, les usages sociopolitiques contribuent à faire évoluer les positions, les raisonnements, les relations et les objectifs de chaque groupe professionnel, en agissant sur ce qui les séparent, soit les frontières professionnelles. Le travail sur les frontières professionnelles est mené, ce qui permet par la suite au processus d'hybridation des rôles de pouvoir s'enclencher.

Les usages du portefeuille d'outils de gestion, que ce soit les usages sociopolitiques ou les usages d'évaluation mis en œuvre entre pairs, peuvent favoriser l'hybridation de rôles.

Les rôles organisationnels étant « *un compromis entre les attentes comportementales exprimées par la société et l'organisation et l'interprétation que l'individu fait de ce cadre prescriptif* » (Flachere, 2015, p. 91), le processus d'hybridation ne peut s'appréhender que par des interactions visant à modifier les attentes à l'égard des cadres de santé émanant des différents groupes professionnels de l'hôpital et à les mettre en regard de la liberté d'action et de la réflexivité du cadre. Nos résultats nous permettent de contribuer à la réflexion en montrant qu'un travail sur les frontières professionnelles accompagne donc l'hybridation des rôles des cadres de santé induite par les usages d'un portefeuille d'outils de gestion à l'hôpital public.

Ainsi, les usages d'évaluation mis en œuvre entre pairs ou au sein d'un espace de discussion rassemblant les cadres de santé et les paramédicaux peut favoriser l'hybridation de rôles. En effet, un collectif de cadres de santé s'approprié la situation et évalue les difficultés rencontrées en recourant au portefeuille d'outils. Une réflexion apparaît qui conduit les cadres à combiner leurs rôles gestionnaire et soignant pour prendre une décision qui relie et transforme ces deux rôles : l'hybridation de rôles est donc enclenchée dans une arène restreinte aux cadres et / ou aux paramédicaux. Ce n'est que lorsqu'une décision faite l'objet d'un consensus au sein de l'encadrement paramédical que celle-ci est présentée aux autres groupes professionnels de l'hôpital : un travail frontière est alors réalisé par les cadres de santé afin de signifier aux autres groupes qu'ils répondent aux différentes attentes qui pèsent

sur eux et de travailler à faire accepter cette hybridation de rôles, en dépit des attentes protéiformes qui pèsent sur eux. Ainsi, lorsque les cadres de santé mobilisent l'usage d'évaluation du portefeuille entre pairs, l'hybridation des rôles est enclenchée au sein du collectif de cadres de santé, avant de la faire connaître et accepter par les autres groupes de l'hôpital au moyen d'un travail sur les frontières professionnelles qui apparaît dans un second temps.

Lorsque les usages sociopolitiques du portefeuille (légitimation, découplage et traduction) sont mis en œuvre par les cadres de santé, ils soutiennent la constitution d'espaces de discussion ouverts à l'ensemble des groupes professionnels de l'hôpital. Ces usages du portefeuille permettent à chacun de prendre connaissance de la situation de l'équipe paramédicale, de ses difficultés et des conséquences qu'elles génèrent sur l'intégralité des groupes de l'hôpital. Chacun fait donc évoluer ses pratiques, raisonnements, relations et objectifs afin de se mettre en adéquation avec la situation des effectifs paramédicaux : un travail sur les frontières professionnelles est donc mené par les cadres de santé. Lorsque celui-ci intervient, alors les cadres de santé peuvent parvenir à faire apparaître une solution de gestion qui relie et transforme les considérations gestionnaire et soignant, enclenchant ainsi l'hybridation de leurs rôles.

Ainsi, les deux types d'usages (sociopolitiques et d'évaluation entre pairs) du portefeuille peuvent permettre l'hybridation au sein d'espaces de discussion, mais celle-ci s'accompagne d'un travail sur les frontières professionnelles selon une temporalité différente.

Il convient désormais d'étudier plus en détails les différentes modalités du travail frontière réalisé au sein de l'hôpital par les cadres de santé à travers leurs usages d'un portefeuille d'outils de gestion.

7.4. Trois modalités du travail sur les frontières professionnelles permises par les usages du portefeuille d'outils de gestion

Nous avons montré précédemment que l'hybridation de rôles des cadres de santé favorisée par les usages d'un portefeuille d'outils de gestion est précédée (dans le cas des usages sociopolitiques) ou suivie (dans le cas des usages instrumentaux) d'un travail sur les frontières professionnelles.

La gestion des effectifs par les cadres paramédicaux nécessite une collaboration interprofessionnelle pour ajuster l'activité de l'unité (gérée par les médecins en fonction du profil des patients qu'ils admettent en hospitalisation pour les unités dont l'activité peut être programmée) aux effectifs paramédicaux présents, tout en respectant les contraintes budgétaires pesant sur la masse salariale et relayée par l'encadrement supérieur paramédical et la direction administrative des hôpitaux. Or, la collaboration interprofessionnelle indispensable à la gestion des effectifs par les cadres de santé nécessite de remettre en question les pratiques et les frontières qui définissent les rôles de chacun (Abbott, 1988 ; Hall, 2005). A ce titre, notre recherche met en évidence le travail sur les frontières professionnelles qui peut être défini comme l'ensemble des efforts qui ont pour objectif de créer, maintenir, estomper ou encore déplacer les frontières (Ashforth et *al.*, 2000 ; Gieryn, 1983 ; Helfen, 2015 ; Lamont et Molnar, 2002).

Le travail sur les frontières professionnelles ambitionne de faire évoluer les aspects juridiques et techniques des professions, qui sont elles-mêmes fortement liées aux rôles organisationnels qui leur sont attribués et aux connaissances fondamentales associées à ces professions (Lunkka et *al.*, 2021 ; Lamont et Molnar, 2002) : nous montrons que le travail frontière passe aussi par les usages des outils de gestion. Dans nos résultats, nous montrons que lorsque les cadres de santé utilisent le portefeuille d'outils de gestion pour gérer l'ordonnancement d'un pôle, pour prendre des décisions d'admission de patients ou encore pour fermer des lits en raison d'un manque de personnel paramédical, ils font évoluer les lignes, s'emparent d'une position traditionnellement dévolue à d'autres groupes professionnels grâce à l'exploitation des données médicales, paramédicales et gestionnaires qui compilent le portefeuille.

Ces résultats sont à mettre en perspective avec les travaux qui mettent en avant le travail sur les frontières professionnelles induit par l'introduction d'une technologie. Ils s'inscrivent dans une optique de « *dualité de la technologie* » (Orlikowski, 1992) dans laquelle technologie et structure sociale s'influencent réciproquement en continu. Les acteurs de l'hôpital et les

différentes pressions institutionnelles qui s'y exercent modifient les outils de gestion, en introduisant des éléments de langage appartenant à des groupes professionnels variés ou encore en ne mettant pas en œuvre l'usage prescrit de la technologie (recours au découplage par certains cadres de santé vis-à-vis du portefeuille d'outils de gestion étudié). Concomitamment, la technologie, et en l'occurrence le portefeuille d'outils de gestion des effectifs, modifie la structure sociale au sein de laquelle elle est mise en œuvre, en faisant évoluer les raisonnements et pratiques des utilisateurs. Ainsi, l'hybridation des rôles des cadres de santé utilisateurs du portefeuille d'outils de gestion est la résultante de cette dualité de la technologie : les rôles tenus par les acteurs à travers leurs usages du portefeuille sont un compromis entre les attentes de rôles et la réflexivité de l'utilisateur. La littérature présente plusieurs exemples dans lesquels le recours aux outils de gestion accompagnent la production par un acteur d'un rôle hybride : c'est le cas de l'introduction d'un tableau de bord qui permet de faire discuter des membres du CURE et du CONTROL sur des questions médico-économiques (Bonnier et *al.*, 2013) ou encore des outils de gestion du pôle hospitalier qui, par la contractualisation subséquente, décloisonnent les sphères administratives et soignantes (Gouffe et Cargnello-Charles, 2013 ; Havard, 2015, Valette et Burellier, 2014). L'utilisation des outils de gestion à l'hôpital participe fortement à l'hybridation, à la fois des pratiques et des expertises, des médecins, des cadres supérieurs de santé mais aussi des personnels administratifs (Flachere et Habran, 2019). Dans notre recherche, nous avons montré à de nombreuses reprises que les usages sociopolitiques (légitimation, découplage et traduction) et l'usage instrumental d'évaluation entre pairs permettaient aux cadres de santé, sous réserve de satisfaire aux caractéristiques liées au portefeuille et aux variables personnelles, de favoriser l'hybridation des rôles et de mener un travail frontière.

Plus globalement, il est montré dans cette recherche que le portefeuille d'outils de gestion mobilisé par les cadres de santé, parce qu'il est un support créant un espace de discussion et de réflexion à la frontière des différents groupes professionnels, leur permet de mener un travail frontière, qui consiste à « *ouvrir et renégocier les frontières qui définissent les rôles et pratiques* » des différents groupes professionnels (Comeau-Vallee et Langley, 2020, p.1650). Nous montrons donc que le travail frontière, en réinterrogeant les pratiques, l'accès à l'information et à la prise de décision des différents acteurs, modifie les frontières, notamment professionnelles, de l'hôpital et contribue à modifier les rôles organisationnels. Dans notre recherche, la présence d'un portefeuille d'outils évoluant aux confins de plusieurs

communautés professionnelles permet de comprendre que la technologie reconfigure l'espace organisationnel (Halford, 2005) en produisant un travail frontière.

En présentant la situation d'une unité ou d'un pôle, en fournissant des possibilités de simuler des choix, d'enclencher le dialogue de gestion entre acteurs issus de groupes professionnels différents ou encore de se positionner par rapport à une logique institutionnelle, le portefeuille d'outils de gestion produit un travail sur les frontières professionnelles. Dans nos résultats, il apparaît que ce travail sur les frontières s'inscrit dans une vision processuelle : les frontières constituent donc un flux en perpétuel mouvement (Langley et Tsoukas, 2017) soumis à l'influence des acteurs et des outils qu'ils manipulent. Ainsi, il a fallu du temps aux cadres de santé pour montrer que l'évaluation des paramédicaux était une compétence exclusive des cadres de santé, puis pour solliciter un audit externe qui mette en exergue l'irrégularité que constituait l'évaluation des paramédicaux par les médecins. Nos données montrent que les cadres de santé, bien qu'ils défendent leur légitimité à mener l'évaluation des médecins, acceptent que ceux-ci leur donnent un avis sur les différents professionnels paramédicaux avant d'établir l'évaluation : le travail sur les frontières professionnelles est donc un processus.

Les frontières professionnelles sur lesquelles les cadres de santé utilisateurs du portefeuille agissent sont définies comme les « *délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* » (Chreim et al., 2013, p. 204). Or, nos résultats soulignent que les usages du portefeuille d'outils de gestion produisent un travail frontière qui peut observer trois modalités différentes. Le portefeuille d'outils de gestion peut agir et modifier les frontières professionnelles en les estompant (ce qui accroît la coopération interprofessionnelle), en les renforçant ou encore en étendant les frontières professionnelles d'un groupe au détriment de celles d'un autre. Ces résultats nous permettent de contribuer à la littérature en identifiant trois types de travail frontière favorisés, dans le cadre de l'hybridation de rôles, par les usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs : le travail frontière collaboratif, le travail frontière extensif et le travail frontière conservateur.

7.4.1. Le travail frontière collaboratif

Tout d'abord, certains usages du portefeuille d'outils de gestion favorisent la coopération interprofessionnelle à l'hôpital et conduisent à estomper les frontières professionnelles. La littérature indique que la coopération interprofessionnelle à l'hôpital améliore à la fois la qualité des soins, les conditions de travail des soignants tout en fluidifiant le fonctionnement des hôpitaux et en diminuant ses coûts, notamment en ce qui concerne la masse salariale (Eckenschwiller et *al.*, 2022). A ce titre, les usages du portefeuille d'outils qui accroissent la coopération interprofessionnelle, tels la légitimation, le découplage ou la traduction, peuvent favoriser l'hybridation de rôles tout en estompant les frontières professionnelles, conduisant ainsi à accroître la collaboration entre les groupes d'acteurs.

Nous rejoignons les travaux illustrant le fait que certains soignants s'approprient la logique gestionnaire et acquièrent notamment des compétences en calcul de coûts (Broadbent et Laughlin, 1998) jusqu'à devenir des hybrides (Kurunmäki, 2004 ; Lehtonen, 2007). Nos résultats font état de nombreuses situations dans lesquelles des cadres ou cadres supérieurs paramédicaux, confrontés à des difficultés de personnel paramédical (réduction des postes paramédicaux par la direction avec une activité clinique qui elle augmente, absentéisme élevé, conflit social) utilisent le portefeuille d'outils de gestion de façon à présenter la situation à des acteurs issus de l'ensemble des groupes professionnels de l'hôpital. A travers ces usages, les médecins, les paramédicaux, les représentants de la direction des ressources humaines, les contrôleurs de gestion ou encore les représentants des patients comprennent que les difficultés de l'équipe paramédicale ont des conséquences directes sur l'atteinte de leurs propres objectifs. Ainsi, les cadres paramédicaux impliquent l'ensemble des groupes d'acteurs de l'hôpital dans la réflexion autour d'une décision qui permette de répondre aux difficultés de l'équipe paramédicale tout en intégrant les enjeux de l'ensemble des mondes de l'hôpital. Nos résultats ont indiqué que dans ces situations, les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion sont utilisés de manière à agir sur l'ensemble des frontières professionnelles de l'hôpital afin de les estomper et d'arriver à une situation dans laquelle la coopération interprofessionnelle est renforcée. Les enjeux et attentes des différents groupes d'acteurs se rapprochent, les attentes à l'égard des cadres de santé évoluent : c'est ce travail frontière collaboratif, conduisant à estomper les frontières professionnelles, qui facilite ensuite l'hybridation des rôles des cadres de santé.

Ces usages du portefeuille d'outils de gestion contribuent à estomper les délimitations physiques (le recours au portefeuille d'outils se fait au sein de réunions et d'espaces de discussion interprofessionnels), cognitives (l'information contenue dans le portefeuille d'outils étant mise à disposition de tous pour permettre un raisonnement éclairé), relationnelles (les rapports hiérarchiques ou de pouvoir s'effacent au profit d'une réflexion collégiale autour d'une difficulté liée à l'équipe paramédicale qui affecte l'ensemble des groupes de l'hôpital) et structurelles (les usages du portefeuille produisent des structures sociales, telles les espaces de discussion, qui sont horizontales et accordent une importance égale à la parole de chacun) séparant les différents groupes professionnels. Aussi, ces usages du portefeuille d'outils de gestion, estompant les frontières professionnelles, contribuent à accroître la coopération interprofessionnelle à l'hôpital.

Confortant les travaux qui décrivent les managers intermédiaires comme des passeurs de frontières, ou *boundary spanners* (Woolridge et al., 2008 ; Burgess et al., 2015), nous contribuons à enrichir la littérature en indiquant que les cadres de santé peuvent mener un travail sur les frontières professionnelles en recourant au portefeuille d'outils de gestion par des usages sociopolitiques. Ceux-ci peuvent favoriser un travail frontière collaboratif, qui estompe les frontières professionnelles entre les différents mondes de l'hôpital. Nos résultats nous permettent ainsi de relier deux champs de la littérature : les travaux en ressources humaines qui appellent à décrire les processus gestionnaires qui favorisent l'hybridation des rôles et le travail frontière (Valette et Burellier, 2014 ; Mc Givern et al., 2015 ; Burgess et al., 2015) et les travaux en comptabilité qui travaillent sur les usages des outils de gestion dans une situation de pluralisme institutionnel (Camous et al., 2022 ; Gourbier et al., 2022 ; Amans et al., 2020). Nous montrons que les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion peuvent donner lieu à un travail frontière collaboratif, qui a pour conséquence d'estomper les frontières professionnelles entre les différents groupes de l'hôpital. Lorsque les attentes du CARE, du CURE, du CONTROL et de la COMMUNITY sont proches et que les frontières entre eux sont estompées, les cadres de santé peuvent plus facilement incarner à la fois leurs rôles gestionnaire et soignant concomitamment : l'hybridation est donc enclenchée.

7.4.2. Le travail frontière conservateur

Par ailleurs, nos résultats ont également permis d'éclairer le fait que les usages du portefeuille d'outils de gestion peuvent favoriser l'hybridation de rôles en renforçant les frontières professionnelles. En effet, les utilisateurs peuvent recourir au portefeuille d'outils de gestion afin de réaffirmer leur légitimité à assurer des missions qui entrent dans leur périmètre d'intervention. Nos données font état de situations où les médecins ayant pris l'habitude de participer à l'évaluation annuelle des paramédicaux, certains cadres de santé se sont saisis du portefeuille d'outils comme un moyen de rappeler que cette mission était de leur seul ressort et de renforcer ainsi les délimitations de tâches entre les groupes de l'hôpital. De la même manière, le portefeuille est utilisé par des cadres supérieurs paramédicaux pour montrer que la présentation d'un projet auprès de la direction et des financeurs, tant en termes de montage médico-économique qu'humains, relève de leur périmètre d'intervention et non pas de celui des médecins.

Ce travail produit un renforcement des délimitations physiques (les cadres mobilisent le portefeuille pour montrer que l'évaluation des paramédicaux est une compétence des cadres, et que la présence des médecins lors de l'entretien d'évaluation annuelle des paramédicaux est donc interdite), cognitives (les cadres donnent à voir que le portefeuille d'outils ne donne pas aux médecins l'accès à l'onglet permettant de mener à bien des entretiens d'évaluation, ce qui permet de rappeler que ce travail d'évaluation ne doit pas entrer dans leur raisonnement), relationnelles (les cadres paramédicaux ont sollicité un audit externe, qui a conclu que seules les évaluations remplies sur l'onglet dédié à l'évaluation du portefeuille, accessible aux seuls cadres, étaient valables. Cela a contribué à créer une séparation nette dans les relations entretenues entre les médecins, les paramédicaux et les cadres) et structurelles (le portefeuille d'outils de gestion devient la structure qui répartit le travail, et affecte aux seuls cadres de santé le soin d'évaluer les paramédicaux) entre les groupes de l'hôpital.

Ainsi, nous montrons que ces usages du portefeuille d'outils de gestion contribuent à accroître la légitimité du travail des cadres de santé au sein de leur groupe de référence. Le portefeuille est alors utilisé pour réaffirmer l'appartenance des utilisateurs à leur groupe professionnel. Nous avons observé notamment qu'en chirurgie, dans les blocs opératoires, où le *lean management* a été développé à son paroxysme (Mahmoud et Angele-Halgand, 2018 ; Gentil, 2016) ou encore en psychiatrie, certains cadres paramédicaux, en particulier ceux qui sont détachés sur des

missions syndicales ou en opposition explicite aux pressions institutionnelles, refusent d'utiliser, complètement ou partiellement, certaines fonctionnalités des outils de gestion qui font remonter des informations à la direction (temps de vacance du bloc opératoire, occupation des personnels paramédicaux entre deux opérations, justification des pics d'arrêt maladie, tableaux de bord médico-financiers...). Ces cadres désapprouvent le tournant gestionnaire (Grevin, 2012) du discours des acteurs de l'hôpital, et en particulier de ceux qui sont issus de la filière paramédicale. Ainsi, les directeurs des soins, anciens professionnels paramédicaux qui ont atteint le sommet de la hiérarchie de l'encadrement paramédical, sont critiqués au motif qu'ils auraient renié leur identité professionnelle soignante et n'utiliseraient qu'un vocabulaire comptable et financier. Recourir au découplage ou utiliser le portefeuille d'outil de gestion de manière détournée est un moyen de montrer son opposition à la diffusion d'une seule logique institutionnelle, et de rappeler que l'identité professionnelle des cadres paramédicaux les conduit à combiner des logiques gestionnaire et soignante. En outre, ces usages contribuent à rappeler que les cadres de santé sont les seuls aptes à évaluer, c'est-à-dire à mener un travail de manager, les paramédicaux dans leur capacité à réaliser un travail de qualité au contact des patients, ce qui suppose une vision soignante de leurs pratiques. Ces usages du portefeuille d'outils de gestion permettent aux cadres de santé de relier et de transformer les rôles gestionnaire et soignant, ce qui produit une hybridation de leurs rôles. Afin de diffuser la légitimité des cadres de santé à mener à bien l'évaluation des paramédicaux, ce qui suppose de mettre en œuvre des rôles hybrides, les cadres doivent d'abord mener un travail frontière qui a pour objectif de renforcer les frontières professionnelles.

De fait, le portefeuille d'outils devenant l'arène où se confrontent les différents groupes professionnels, ses usages permettent aux utilisateurs de mener un travail frontière conservateur, que nous définissons comme l'ensemble des actions et des usages qui conduisent un acteur à affirmer sa fidélité à une identité professionnelle, et donc à inscrire son travail comme légitime au sein d'un groupe professionnel tout en se déniait à une autre groupe l'autorité ou la légitimité à intervenir dans son périmètre. Là encore, les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion peuvent mener à un travail frontière conservateur, qui participe à l'hybridation des rôles des cadres de santé au carrefour des différents groupes professionnels de l'hôpital.

7.4.3. Le travail frontière extensif

Enfin, nos résultats mettent aussi en exergue le fait que les cadres de santé peuvent utiliser le portefeuille d'outils de gestion afin d'étendre leur périmètre d'influence en exerçant des tâches jusqu'alors réservées à d'autres groupes professionnels. Recourir au portefeuille d'outils de gestion peut permettre aux cadres de santé d'hybrider leurs rôles tout en élargissant le spectre de leurs missions et les frontières professionnelles à leur avantage.

Dans une vision foucauldienne, les outils de gestion présentent un caractère à la fois contraignant (nécessité de suivre un usage prescrit, ce qui procure donc un pouvoir disciplinant au concepteur des outils de gestion) mais également habilitant, dans la mesure où nous avons discuté le fait que les usages de ces outils sont aussi le moyen pour les utilisateurs d'exprimer leur réflexivité et leur liberté d'action relative, conformément à la notion d'*agence enchâssée*. Les acteurs saisissent en effet l'opportunité « *d'une appropriation de l'outil, d'une réappropriation de la prescription qu'il véhicule. Cette réappropriation peut correspondre à une recherche d'efficacité de l'action, à des stratégies individuelles ou collectives de reconnaissance, à des enjeux de pouvoir, à une logique d'affirmation par les acteurs de leur identité professionnelle* » (Grimand, 2016, p. 182). Ainsi, le portefeuille d'outils de gestion, par la variété des usages qui a été mise en évidence précédemment, produit parfois un effet habilitant pour une communauté d'acteurs. En particulier, lorsque le portefeuille d'outils est utilisé à des fins de légitimation, interne ou externe, d'évaluation ou encore de traduction, il joue son rôle habilitant, dans la mesure où il fournit des arguments afin d'accroître le pouvoir et de renforcer l'identité professionnelle d'un groupe d'acteurs, ce qui lui permet d'étendre son périmètre d'action au-delà du spectre initial.

Nos résultats ont notamment détaillé les situations où des cadres paramédicaux recourent au portefeuille d'outils pour s'engager dans l'ordonnancement des services, et ainsi avoir la main sur les décisions d'admettre en hospitalisation les patients dans l'unité ou le pôle. Cette décision, historiquement prise par les médecins, est transférée par ces usages aux cadres de santé qui mettent en avant le fait que le portefeuille d'outils de gestion leur permet de combiner les informations médicales, paramédicales et gestionnaires afin de prendre la décision adaptée aux différentes contraintes de l'hôpital. Cela contribue donc à redéfinir les délimitations cognitives à l'hôpital : les cadres de santé ont désormais accès aux informations médicales,

paramédicales et gestionnaire pour leur permettre de prendre une décision éclairée. Les délimitations structurelles sont également modifiées : le portefeuille d'outils conférant aux cadres l'accès à des informations issues des différents groupes sociaux, ce qui redessine les délimitations relationnelles entre le CARE, le CURE et les cadres. Enfin, ces usages du portefeuille font accéder les cadres de santé à des espaces auxquels ils n'avaient pas accès initialement, comme le staff médical quotidien, au sein duquel ils sont désormais présents afin de savoir dans quel ordre de priorité l'équipe médicale souhaite hospitaliser les patients : les délimitations physiques entre groupes sociaux sont donc étendues au profit des cadres.

Ainsi, ces usages du portefeuille d'outils de gestion conduisent les cadres à hybrider leurs rôles gestionnaire et soignant pour accéder à des tâches historiquement dévolues au CURE. Pour faire accepter cela au sein de l'hôpital, les cadres mènent à travers le portefeuille d'outils de gestion un **travail frontière extensif, que nous définissons comme l'ensemble des actions, des jeux de pouvoir et des discussions qui ont pour objectif d'étendre le périmètre d'action et d'influence d'un groupe professionnel au-delà de la situation qui prévalait initialement.** Ce résultat confirme les travaux indiquant que les managers intermédiaires dans le secteur hospitalier jouent un rôle prépondérant dans la résolution des tensions et dans l'hybridation des rôles gestionnaire et professionnels (Burgess et Curie, 2013). Poursuivant cette approche, nous mettons en exergue le fait que les usages sociopolitiques d'un portefeuille d'outils de gestion peuvent contribuer à l'appropriation par les cadres de santé de connaissances issues de différents groupes professionnels. Cela leur permet d'hybrider leurs rôles après avoir mené un travail frontière extensif. De cette façon, les cadres de santé affirment qu'ils exercent conjointement des rôles gestionnaire et soignant, en se légitimant auprès des différents groupes d'acteurs, en recourant au découplage pour donner des gages de leur conformité à des logiques institutionnelles multiples ou encore en traduisant leur action auprès des différents acteurs de l'hôpital. Ainsi, ce travail frontière extensif, en étendant les frontières professionnelles des cadres de santé, leur permet d'incarner une position pivot, qui les positionne à l'interface du CURE, du CARE, du CONTROL et de la COMMUNITY.

CONCLUSION DU CHAPITRE

Dans le chapitre précédent, nous avons mis en évidence que les usages du portefeuille d'outils de gestion par les utilisateurs peuvent favoriser leur hybridation de rôles. Dans le chapitre 8, nous discutons le fait que l'hybridation des rôles à travers les usages du portefeuille d'outils de gestion implique fait intervenir une autre variable, passée sous silence dans le chapitre 7 : le travail frontière. Celui-ci est défini comme l'ensemble des actions entreprises par un individu ou un groupe afin d'ouvrir et renégocier les frontières qui définissent les rôles et pratiques (Comeau-Vallée et Langley, 2020, p.1650).

Nous montrons dans ce chapitre que l'hybridation de rôles à travers les usages du portefeuille d'outils de gestion se produit au sein d'espaces de discussion qui donnent lieu à un travail sur les frontières professionnelles ou qu'au contraire, le travail sur les frontières professionnelles précède l'hybridation des rôles dans des espaces de discussion interprofessionnels.

Ainsi, l'usage instrumental d'évaluation du portefeuille peut être mobilisé par les cadres de santé dans des espaces de discussion accueillant les acteurs directement concernés par les missions de gestion des effectifs des cadres de santé, c'est-à-dire le groupe du CARE et les managers paramédicaux eux-mêmes. Cet usage instrumental d'évaluation entre pairs favorise l'hybridation de rôles vis-à-vis d'une arène restreinte. Quand une décision de gestion fait l'objet d'un consensus au sein de cette arène, elle est présentée aux autres groupes professionnels de l'hôpital et s'accompagne d'un travail sur les frontières professionnelles, de manière à faire reconnaître cette hybridation auprès des différents groupes de l'hôpital, régis par des logiques institutionnelles et des rôles pluriels.

Lorsque les cadres de santé mobilisent des usages sociopolitiques du portefeuille (légitimation, découplage et traduction), ils sont toujours mis en œuvre au sein d'espaces de discussion ouverts à des acteurs issus de différents mondes de l'hôpital. Ainsi, le travail frontière est incontournable, afin de mettre en commun les attentes de rôles des différents groupes à l'égard des cadres de santé et pouvoir agir dessus avant de permettre l'hybridation.

Dans le cas d'usages sociopolitiques, le travail frontière est donc un préalable à la dynamique d'hybridation.

Enfin, nous discutons nos résultats en mettant en avant trois modalités du travail frontière conduit via les usages d'un portefeuille d'outils de gestion. Nous avons ainsi distingué le travail frontière collaboratif, le travail frontière conservateur et le travail frontière extensif. Ces trois types de travail frontière permettent d'agir sur les délimitations physiques, relationnelles, cognitives et sociales qui séparent les différents groupes d'acteurs. Nous mettons en avant que ce travail frontière, ou *boundary work*, peut être instrumenté par les usages d'un portefeuille d'outils de gestion et qu'il peut constituer une étape préalable à l'hybridation de rôles (en cas d'usages sociopolitiques) ou bien une étape successive à celui-ci (en cas d'usage instrumental d'évaluation entre pairs). C'est le pluralisme institutionnel de l'hôpital qui rend le travail frontière indissociable de l'hybridation des rôles. Les attentes de rôles à l'égard des cadres de santé étant variables selon les groupes d'acteurs, agir sur les frontières professionnelles permet de réguler cette disparité et de promouvoir l'hybridation. Nous contribuons à enrichir la littérature en montrant que les usages d'un portefeuille d'outils de gestion peuvent favoriser l'hybridation de rôles et mener à un travail frontière à l'hôpital. Notre recherche présente l'intérêt de relier des travaux menés en organisation / ressources humaines (travail frontière et hybridation de rôles) et des connaissances ancrées en contrôle (usages situés d'un portefeuille d'outils de gestion).

Partie V- Contributions théoriques et managériales et conclusion

SOMMAIRE DE LA PARTIE V

Partie V- Contributions théoriques et managériales et conclusion	422
Chapitre 8- Contributions théoriques et managériales de la recherche.....	423
8.1. Apports théoriques.....	423
8.2. Apports managériaux.....	428
Chapitre 9- Conclusion générale, limites et perspectives de la recherche.....	432

Chapitre 8- Contributions théoriques et managériales de la recherche

8.1. Apports théoriques

Cette recherche contribue d'abord à enrichir les travaux s'inscrivant dans le champ de la comptabilité et du contrôle de gestion, notamment en approfondissant la connaissance sur les usages situés d'un portefeuille d'outils de gestion. En outre, cette recherche permet de relier des travaux en organisation, en management public et en gestion des ressources humaines avec le champ comptable, en mettant en évidence la contribution des usages d'un portefeuille d'outils de gestion à l'hybridation de rôles des cadres de santé à l'hôpital public et au travail frontière.

Dans un premier temps, rappelons que cette thèse s'inscrit dans la lignée des travaux en comptabilité et en contrôle étudiant les usages situés des outils de gestion.

Notre recherche entend répondre à une lacune de la littérature en proposant une typologie, tant qualitative que quantitative, des usages situés d'un portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital public.

La contribution porte tout d'abord sur l'étude d'utilisateurs spécifiques., dotés de leurs logiques propres, ici, hybride, en tension. Depuis 1980, la littérature en contrôle et en comptabilité est assez abondante sur les différents usages des outils de gestion. Il apparaît très vite que les rôles et usages des outils de gestion sont multidimensionnels (Berry, 1983). Les premières typologies (Burchell et *al.*, 1980 ; Ansari et Euske, 1987) proposées distinguent les usages des outils de gestion selon les situations ou en fonction des utilisateurs concernés. En dépit de l'intérêt majeur de ces contributions théoriques, il est regrettable qu'elles fassent l'impasse sur les spécificités des organisations au sein desquelles les usages ont lieu. En effet, les organisations étant spécifiques, il convient de les analyser en détail afin d'être en mesure de proposer une approche située des outils de gestion (Morinière et Georgescu, 2021 ; Amans et *al.*, 2020 ; Jerman et *al.*, 2020 Annisette et *al.*, 2017 ; Annisette et Richardson, 2011 ; Annisette et Trivedi, 2013 ; Chenhall et *al.*, 2013), en adoptant notamment un prisme culturel (Robson et Ezzamel, 2023 ; Lemaire, 2021 ; Camous et *al.*, 2020 ; Boitier et Rivière, 2016).

Parmi les travaux s'inscrivant dans le champ de la santé, la littérature en contrôle a mis en évidence le rôle ambivalent des outils de mesure de la performance sur l'hybridation des acteurs (Morinière et Georgescu, 2021 ; Flachère et Habran, 2019), sans s'attacher spécifiquement à la fonction de cadre de santé. Il est d'ailleurs mis en avant que les usages réels des outils de gestion

à l'hôpital par les différents acteurs qui y évoluent sont sous-explorés (Moisdon, 2017). La seule contribution qui s'en rapproche (Lux, 2013 ; Petit et Lux, 2020) s'intéresse aux usages des outils de gestion par les directeurs administratifs dans le secteur médico-social : ces recherches n'analysent donc pas les usages dans un contexte de rôles en tension par les cadres de santé à l'hôpital public.

Par ailleurs, les travaux dédiés aux usages des outils de gestion en comptabilité et en contrôle adoptent généralement une dimension qualitative (qu'est-il fait avec l'outil) mais délaissent la dimension quantitative (à quelle fréquence ou à quelle occasion cet usage est-il mis en œuvre) : un besoin de recherche explorant ces deux dimensions est exprimé (Petit et Lux, 2020 ; Hussenot, 2006). Nous contribuons donc à enrichir la littérature en présentant une typologie des usages des outils de gestion à l'hôpital, par les cadres de santé qui sont eux-mêmes des acteurs présentant un intérêt théorique majeur dans la mesure où ils sont, en tant que professionnels de santé à l'hôpital public, soumis à des rôles gestionnaire et soignant en tension. Nous montrons que le portefeuille d'outils de gestion peut être utilisé, à des temporalités différentes (quotidiennement, ponctuellement et rarement), pour des usages différents : le pilotage, la prévision, l'évaluation, la légitimation, le découplage et la traduction.

Notre contribution porte aussi sur la précision des usages. Les travaux sur les usages des outils de gestion sont structurés autour de deux catégories : les usages instrumentaux et les usages politiques. Si cette catégorisation a fait florès dans la littérature, leur définition reste floue. Les usages instrumentaux sont décrits comme la fonction explicite et officielle des outils (Berry, 1983) ou encore comme un usage technique (Mayer, 1981). L'usage politique fait lui souvent référence aux usages à visée externe (Amans et *al.*, 2010). Nous apportons une contribution théorique en définissant, à l'aune de la littérature existante et de nos résultats, les usages instrumentaux comme des usages prescrits, directement appliqués à la situation de gestion pour laquelle ils ont été conçus et qui ont pour objet de répondre à des besoins concrets de pilotage, de prévision ou d'évaluation, au sein d'un espace de discussion. Les usages instrumentaux s'exercent généralement au sein d'une arène restreinte, comprenant l'utilisateur, ses pairs éventuels et les acteurs appartenant à l'entité ou le service au sein duquel il évolue. Nous proposons de définir les usages sociopolitiques des outils de gestion comme des usages non prescrits des outils, qui au-delà de leur application concrète à une situation de gestion, concourent à produire un effet de signal à destination d'autres acteurs, internes ou externes à l'organisation ou à l'entité au sein de laquelle évolue l'utilisateur, pour donner à voir la manière dont les utilisateurs des outils veulent se situer et œuvrer dans l'organisation.

Dans un deuxième temps, notre recherche se propose de relier deux champs de la littérature : les travaux dédiés aux usages des outils de gestion d'une part et les travaux en organisation et en gestion des ressources humaines traitant des notions de rôles, d'hybridation et de frontières professionnelles d'autre part. En effet, les recherches liées à l'hybridation des professionnels de l'hôpital invitent à développer des travaux mettant en évidence les moyens par lesquels des acteurs parviennent à enclencher ou à maintenir une dynamique d'hybridation (Valette et Burellier, 2014 ; McGivern et al., 2015 ; Burgess et al., 2015). Des recherches en contrôle insistent elles sur la contribution des usages d'outils de gestion à la construction ou à l'évolution des rôles des acteurs à l'hôpital public (Flachere et Habran, 2019 ; Georgescu et al., 2018) en particulier au sein d'organisations soumises au pluralisme institutionnel (Camous et al., 2022 ; Gourbier et al., 2022 ; Amans et al., 2020). Prolongeant les travaux qui se saisissent des outils de gestion pour comprendre le processus d'hybridation (Morinière et Georgescu, 2021 ; Flachere et Habran, 2019), nous montrons que les usages du portefeuille d'outils de gestion peuvent permettre l'hybridation des rôles des cadres de santé à l'hôpital public en raison de caractéristiques liées au portefeuille : sa modularité, sa polyvalence et sa conception par un acteur soucieux de donner des ressources aux cadres pour faire face à leurs rôles en tension. Au-delà des caractéristiques liées au portefeuille, notre recherche met en avant des caractéristiques personnelles des utilisateurs qui conditionnent l'hybridation: le niveau de maîtrise technique des outils, les souhaits de carrière des utilisateurs et la perspective d'appropriation des outils de gestion. Notre recherche contribue donc à inclure le portefeuille d'outils de gestion dans une constellation d'éléments pouvant favoriser l'hybridation, nommée « *web of mediators* » (Bodker et Andersen, 2005 ; Habran et al., 2019)

De surcroît, l'hôpital est une organisation pluraliste (Denis et al., 2001) soumise au pluralisme institutionnel (Kraatz et Block, 2008) qui fait apparaître des frontières professionnelles marquées (Brown et al., 2010). Parmi les différents acteurs évoluant à l'hôpital, les cadres de santé occupent une position pivot singulière (Anthony et al., 2005 ; Rivière et al., 2019) puisqu'ils évoluent au carrefour des quatre groupes professionnels de l'hôpital (Glouberman et Mintzberg, 2001). L'incarnation des rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé ne peut se faire de manière isolée, mais suppose au contraire de favoriser la coopération interprofessionnelle et donc de pouvoir agir sur ce qui sépare les différents groupes d'acteurs.

Ainsi, pour parvenir à l'hybridation de leurs rôles gestionnaire et soignant, les cadres de santé sont tenus d'agir sur les frontières professionnelles, définies comme les « *délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* » (Chreim et al., 2013, p. 204). Nous contribuons donc à la littérature en montrant que l'hybridation des rôles des cadres de santé à travers les usages du portefeuille d'outils de gestion s'accompagne d'un travail sur les frontières, ou *boundary work* (Gieryn, 1983) défini comme l'ensemble des tâches qui consistent à « *ouvrir et renégocier les frontières qui définissent les rôles et pratiques* » des différents groupes professionnels (Comeau-Vallée et Langley, 2020, p.1650). Afin d'étudier le travail frontière mené par les cadres de santé à travers leurs usages du portefeuille d'outils de gestion, il convient de situer ces usages qui se déroulent au sein d'espaces de discussion (Detchessahar, 2003, 2007, 2011 ; Conjard et Journoud, 2013). Notre recherche pointe le fait que les usages instrumentaux du portefeuille d'outils de gestion se situent dans des espaces de discussion restreints (qui réunissent les cadres de santé entre eux ou les cadres et l'équipe paramédicale dont ils ont la responsabilité) tandis que les usages sociopolitiques du portefeuille se déploient dans des espaces de discussion ouverts aux acteurs issus de différents groupes professionnels de l'hôpital. Si les usages instrumentaux de pilotage et de prévision permettent aux cadres d'incarner leur rôle gestionnaire, l'usage d'évaluation peut permettre d'hybrider les rôles gestionnaire et soignant des utilisateurs. Celui-ci étant mis en œuvre au sein d'un espace de discussion restreint, il permet d'aboutir à une décision de gestion acceptée par les pairs. Afin de donner à voir aux différents groupes professionnels de l'hôpital le fait que les cadres de santé hybrident leurs rôles gestionnaire et soignant, il est nécessaire de mener un travail frontière ultérieur à l'hybridation de rôles produite par cet usage instrumental du portefeuille. En ce qui concerne les usages sociopolitiques, ils sont déployés dans des espaces de discussion élargis. Afin d'incarner les rôles gestionnaire et soignant dans ce contexte, il convient d'abord de travailler sur les frontières professionnelles afin de trouver des points de convergence entre les différentes attentes de rôle exprimées par les équipes médicales, paramédicales, administratives et les autorités de tutelle à l'égard des cadres de santé. Ainsi, nous enrichissons la littérature en montrant qu'en cas d'usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion, le travail frontière est d'abord mené par les cadres de santé avant de pouvoir enclencher l'hybridation de leurs rôles gestionnaire et soignant à l'hôpital public. Nous identifions trois modalités de travail frontière à l'hôpital public : extensif, conservateur et collaborateur.

Enfin, notre recherche renouvelle la place des outils de gestion dans une organisation faisant face au pluralisme institutionnel. La littérature indique que les acteurs faisant face à des logiques institutionnelles et à des rôles multiples peuvent se saisir des outils de gestion selon l'une des trois modalités suivantes (Boitier et Rivière, 2016) : le découplage (Meyer et Rowan, 1977 ; Covalski et Dismith, 1988), l'hybridation sélective (Pache et Santos, 2013 ; Reay et Hinnings, 2009 ; Kurünmaki, 2004) ou bien par une segmentation entre les sphères de décision interne et externe, allant du couplage total au système de contrôle de gestion pour certaines au découplage pour les autres (Boitier et Riviere, 2016 ; Pache et Santos, 2013 ; Schäffer et al., 2015). Dépassant cette approche, notre recherche tend à montrer que les usages du portefeuille d'outils de gestion sont évolutifs selon les situations rencontrées, les caractéristiques techniques du portefeuille d'outils de gestion ou encore les variables personnelles liées aux utilisateurs. Il semble donc que le portefeuille d'outils de gestion des effectifs n'est pas saisi par les cadres de santé selon un seul des scénarii identifiés par la littérature. Le portefeuille d'outils constitue un répertoire d'usages possibles qui permet aux utilisateurs de mobiliser les outils de gestion selon les différentes modalités envisagées isolément dans la littérature face au pluralisme institutionnel que connaît l'hôpital public. En effet, notre typologie indique une segmentation entre les espaces de discussion restreints, au sein desquels des usages instrumentaux sont mis en œuvre, et les espaces élargis, qui accueillent plutôt des usages sociopolitiques du portefeuille. Outre cette segmentation, nous avons mis en évidence que parmi les usages sociopolitiques exercés par les cadres de santé, un découplage apparaît : les utilisateurs adoptant l'usage prescrit des outils de gestion de façon cérémonielle ou factice tout en ayant recours dans les faits à un usage détourné de l'outil. Enfin, les différents usages sociopolitiques, et dans certaines situations l'usage instrumental d'évaluation, peuvent favoriser l'hybridation. Celle-ci, au-delà d'être sélective car dépendante des situations et des acteurs, est également dynamique au sens où un cadre de santé peut faire un usage sociopolitique pour hybrider ses rôles gestionnaire et soignant au quotidien tout en faisant recours, ponctuellement ou rarement, à des usages instrumentaux incarnant son seul rôle gestionnaire. Notre recherche contribue à enrichir la connaissance sur le rôle des outils de gestion dans l'hybridation de rôle en mettant en évidence que cette hybridation est dynamique, permise par un portefeuille d'outils qui offre un répertoire d'usage dont les cadres vont pouvoir se saisir. Loin d'être figé, ce processus évolue en continu, pouvant passer par les trois scénarii distingués par la littérature : découplage, hybridation sélective et segmentation.

8.2. Apports managériaux

Cette recherche débouche sur plusieurs contributions managériales, qui portent sur des recommandations à destination des directeurs d'hôpital et de l'encadrement paramédical d'une part, et des perspectives d'enseignements à apporter aux cadres de santé lors de leur formation initiale ou continue d'autre part.

En ce qui concerne les préconisations à destination des directeurs d'hôpital et de l'encadrement paramédical, notre recherche fait émerger des pratiques susceptibles de limiter les tensions liées à la nécessité de tenir un rôle hybride et de le faciliter.

Tout d'abord, les entretiens, les mails échangés ou encore les réunions auxquelles nous avons assisté font état du fait que les directeurs d'hôpital, les administratifs issus de la direction des ressources humaines ou encore les contrôleurs de gestion ont parfois une vision partielle du travail des cadres de santé. Ils attendent d'eux une maîtrise experte des outils de gestion et un raisonnement financier afin de contribuer fortement au suivi et à la maîtrise de la masse salariale et des budgets de remplacement. Cette attente très forte d'un rôle gestionnaire crée des tensions chez les cadres de santé, qui sont accaparés par la gestion de l'absentéisme et la modification des plannings des paramédicaux en permanence pour faire face aux imprévus. Certaines actions, comme des journées d'immersion d'un cadre administratif dans le quotidien d'un cadre de santé et vice-versa, que nous avons observées au CHU TONUS sont porteuses d'amélioration au sens où elles permettent de mieux comprendre la logique, le raisonnement et les attentes d'un autre groupe professionnel. Ces initiatives sont à développer, car elles permettent de modifier la perception du travail des différents groupes professionnels et peut ainsi favoriser l'ajustement des attentes de rôles à la réalité des contraintes de chacun.

De plus, certains cadres de santé se limitent parfois à des usages instrumentaux simples (pilotage, voire prévision) ou ont recours au découplage en raison du fait qu'ils ne maîtrisent pas suffisamment les outils du portefeuille pour pouvoir mobiliser l'évaluation ou les usages sociopolitiques. La mauvaise maîtrise des outils de gestion limite donc le travail des cadres de santé et les contraint à incarner le seul rôle gestionnaire, alors même que le portefeuille d'outils peut être un moyen de réduire les tensions de rôles en leur fournissant des ressources pour tenir leur rôle hybride.

Par ailleurs, au-delà du motif technique, le découplage est parfois motivé par des raisons culturelle ou politique. Si les directions des hôpitaux ou les autorités de tutelle souhaitent aligner les usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé sur les usages qu'ils prescrivent, il convient de permettre aux cadres de santé d'être informés de la finalité de ces usages prescrits et de leur application concrète dans le quotidien d'un service. Faire le lien entre ce que mesure le portefeuille d'outils de gestion et le fonctionnement du service de soins qu'il pilote est favorable à l'alignement des pratiques des cadres sur les prescriptions.

Enfin, alors que la multinationale qui commercialise l'outil Plume en cessera la commercialisation en 2024, le CHU TONUS souhaitait connaître la diversité des usages de cet outil afin de réfléchir au cahier des charges de son remplaçant. Cette thèse, par la typologie des usages qu'elle propose et par l'identification de plusieurs variables influençant ceux-ci, participe à définir les contours des fonctionnalités que le prochain outil devra présenter.

Notre recherche permet également de formuler des recommandations quant aux enseignements à apporter lors de la formation initiale et continue des cadres de santé dans les instituts de formation.

Alors que les établissements hospitaliers et médico-sociaux font face à une pénurie de cadres de santé et que les professionnels paramédicaux, médico-techniques et de rééducation rechignent à s'engager dans la voie de l'encadrement, il convient d'en analyser les raisons. Notre recherche souligne la difficulté des rôles dévolus aux cadres de santé, difficulté dont sont conscient les cadres paramédicaux et qu'ils ont évoqué dans les verbatim. Les cadres, et plus encore les cadres supérieurs et les directeurs des soins doivent hybrider leurs rôles tout en interagissant avec une multitude d'acteurs. Afin de donner envie aux professionnels de santé éligibles de s'orienter vers le métier de cadre de santé et pour fidéliser les cadres au sein des établissements hospitaliers, fournir des grilles de lecture semble indispensable. A l'occasion du cours de gestion comptable et financière assuré depuis cinq ans au sein de l'institut de formation des cadres de santé, l'auteur de cette thèse présente l'hôpital comme une organisation pluraliste. Le modèle des quatre mondes de l'hôpital (Glouberman et Mintzberg, 2001) est expliqué aux étudiants, en indiquant que si la position des cadres de santé est un impensé de cette configuration, c'est bien parce que ceux-ci occupent une position pivot, qu'il faut se les représenter au carrefour des quatre mondes professionnels du modèle. Dès lors, afin d'évoluer au sein de cette position pivot, il convient pour les cadres de tenir leurs rôles gestionnaire et

soignant concomitamment, en les reliant et en les transformant réciproquement à travers un processus d'hybridation de rôles. Alors que la prise de conscience de ces tensions de rôles déclenche souvent des réactions nourries de la part des étudiants (qui expriment leur grande difficulté à combiner ces rôles), il leur est proposé de réfléchir aux solutions qu'ils mettent en œuvre eux-mêmes dans leur travail de « *faisant fonction de cadre de santé* » afin de relier et de transformer réciproquement leurs rôles gestionnaire et soignant. Les réponses formulées évoquent toujours la posture professionnelle, la compétence et le travail relationnel autour de la communication, de l'écoute et des réunions avec les équipes médicales, paramédicales, administratives, les patients et les autorités de tutelle. Il leur est ensuite montré, qu'alors qu'ils classent instinctivement ces réponses comme des compétences à travailler dans le cadre des modules de management des ressources humaines, ces différentes solutions et les espaces de discussion qu'ils évoquent reposent toutes sur le recours aux outils de gestion qu'ils ont à leur disposition, et en particulier des outils de gestion des effectifs. Ainsi, la posture professionnelle passe par les usages en situation de ces outils, la légitimité des cadres est construite par leurs interlocuteurs entre autres à partir de leur capacité à maîtriser les outils dont ils sont dotés afin d'apporter des solutions de gestion qui combinent les différentes attentes. Cet échange permet aux cadres de santé de comprendre l'importance de s'investir dans l'apprentissage des raisonnements comptables et financiers, afin de comprendre les mécanismes régissant les outils de gestion qu'ils manipulent et de faire le lien entre leurs choix de gestion et leurs impacts financiers retracés dans le portefeuille d'outils. Notre recherche permet de montrer aux étudiants cadres de santé qu'incarner ces rôles en tension n'est pas une gageure mais que le recours au portefeuille d'outils de gestion, appréhendé dans toute sa polyvalence, sa modularité, et compte tenu des particularités de sa conception, peut être une ressource pour hybrider leurs rôles et concilier les attentes protéiformes qui pèsent sur eux.

Il apparaît aussi que cette présentation des hôpitaux au prisme du pluralisme institutionnel, des tensions de rôle et des vecteurs d'hybridation permet souvent aux étudiants cadres de santé de théoriser leurs difficultés et leur vécu comme « *faisant fonction de cadre de santé* ». Cette lecture des usages du portefeuille d'outils de gestion qui peuvent contribuer à l'hybridation des rôles des cadres de santé facilite beaucoup les enseignements de gestion comptable et financière, de finances hospitalières et de calcul des coûts. En effet, les disciplines comptables et financières enseignées dans les IFCS (Instituts de Formation des Cadres de Santé) sont souvent redoutées par les étudiants cadres de santé, car perçues comme des techniques employées par les administratifs et la direction des hôpitaux pour les contrôler ou justifier des

mesures de restriction d'effectifs. Faire prendre conscience que la maîtrise des outils de gestion, et donc des mécanismes comptables et financiers sous-jacents, peut permettre aux cadres de santé de ne pas se contenter d'usages instrumentaux mais de déployer aussi des usages sociopolitiques, aide à susciter l'adhésion des étudiants et leur investissement dans ces disciplines. Cela contribue à ce que les cadres de santé diplômés gagnent en compétence, ce qui facilite ensuite le dialogue de gestion avec la direction des hôpitaux, les services administratifs ou les autorités de tutelle. Depuis cinq ans, l'auteur de cette thèse enseigne ces grilles de lecture aux étudiants cadres de santé. Il constate qu'elle provoque un intérêt grandissant pour les matières comptables et financières, une amélioration des résultats obtenus et un surcroît de sujets de mémoires portant sur des thématiques liées aux outils de gestion, aux mécanismes de contrôle et aux impacts comportementaux des usages des outils de gestion à l'hôpital. Les cadres diplômés qui ont suivi cette formation nous témoignent de l'amélioration de leur capacité à négocier avec la direction, à défendre leur position compte tenu de leur maîtrise des connaissances fondamentales liées au tableau de bord et à la mesure de la masse salariale.

Chapitre 9- Conclusion générale, limites et perspectives de la recherche

Cette recherche doctorale a pour ambition d'éclairer la façon dont les cadres de santé peuvent parvenir à incarner des rôles en tension à l'hôpital public. Pour cela, nous avons opté pour une approche centrée sur les usages situés d'un portefeuille d'outils de gestion des effectifs. Cette recherche permet donc d'une part d'enrichir la littérature en contrôle, notamment en proposant une typologie qualitative et quantitative des usages des outils de gestion à l'hôpital public par des professionnels tenus d'incarner des rôles en tension. D'autre part, ce travail permet d'exploiter ces connaissances nouvelles en sciences comptables avec des notions organisationnelles, telle que l'hybridation de rôle et le travail frontière. Nous montrons ainsi que les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion, et certains usages d'évaluation, peuvent contribuer à l'hybridation des rôles des cadres de santé à l'hôpital public. Ces usages sont influencés par plusieurs variables, techniques liées au portefeuille ou sociales liées aux utilisateurs, que nous identifions. Nous montrons que, selon les types d'usage du portefeuille d'outils, le travail sur les frontières professionnelles mené par les cadres suit ou précède l'hybridation de rôles. Notre travail de recherche est marqué par le cadre théorique néo-institutionnaliste, choisi parce que les différents usages du portefeuille d'outils sont appréhendés au prisme des pressions diverses qui s'exercent sur les cadres de santé. Nous mobilisons également les concepts sous-jacents de pluralisme institutionnel, d'usages situés des outils de gestion et de *boundary work* afin d'éclairer nos travaux et de situer nos contributions.

Nous avons déployé une méthodologie qualitative pour mettre en œuvre une étude de cas unique au CHU TONUS. Les données ont été recueillies au travers de quarante et un entretiens semi-directifs auprès de cadres de santé, de cadres supérieurs et de directeurs des soins, complétés par vingt demi-journées d'observation non participantes et par une collecte de données (mails, tableaux de bord, documents internes, outils de gestion des effectifs). En effet, les spécificités managériales de l'hôpital invitent à adopter une démarche qualitative et de terrain pour saisir au niveau micro son fonctionnement et celui de ses acteurs (Morinière, 2021 ; Cornelissen et al., 2015 ; Cloutier et Langley, 2013).

Les discours et pratiques des cadres de santé ont été exploités afin de comprendre quels usages du portefeuille permettent d'incarner le seul rôle gestionnaire et ceux qui conduisent à une hybridation des rôles. Les facteurs influençant les différents usages du portefeuille, les modalités selon lesquelles le travail frontière suit ou précède l'hybridation de rôles induite par le recours au portefeuille d'outils par les cadres de santé à l'hôpital public ont été mis en avant.

Sur le plan théorique, nous contribuons à enrichir la connaissance tant en sciences comptables qu'en organisation et en management des ressources humaines. En effet, compte tenu du manque de travaux proposant une analyse tant qualitative que quantitative des usages des outils de gestion (Petit et Lux, 2020 ; Hussenot, 2006), nous proposons une typologie des usages d'un portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé à l'hôpital public. Nous suggérons également des définitions, issues de nos résultats, des notions d'usages instrumentaux et d'usages sociopolitiques. La typologie que nous proposons s'ancre dans les travaux en sciences comptables dédiés aux usages situés des outils de gestion (Flachère et *al.*, 2023 ; Annette et Richardson, 2011 ; Amans et *al.*, 2020) et vient compléter celle de Lux (2013) qui était consacrée aux usages des outils par les directeurs administratifs des établissements médico-sociaux.

De surcroît, si la notion d'hybridation est très féconde dans la littérature organisationnelle, de nombreux travaux pointent le besoin de recherche permettant d'identifier au niveau micro les mécanismes favorisant l'hybridation de rôles des professionnels hospitaliers (McGivern et *al.*, 2015 ; Valette et *al.*, 2018 ; Hoff, 2000). Notre recherche présente l'avantage de relier les travaux en comptabilité et contrôle relatifs aux usages situés des outils de gestion avec les recherches organisationnelles portant sur l'hybridation de rôles et le travail frontière. Nous mettons en effet en évidence le fait que les usages sociopolitiques du portefeuille d'outils de gestion, et certains usages d'évaluation, favorisent l'hybridation de rôles gestionnaire et soignant des cadres de santé à l'hôpital public. Nous détaillons les variables, tant techniques que sociales, qui influencent les usages du portefeuille d'outils de gestion des effectifs. Nous contribuons également à enrichir la littérature en identifiant trois modalités selon lesquelles le travail sur les frontières professionnelles, ou *boundary work* (Gieryn, 1983; Comeau-Vallée et Langley, 2020) peut être mis en œuvre à l'hôpital public. Enfin, nous donnons à voir le fait que les usages instrumentaux d'évaluation peuvent donner lieu à une hybridation de rôles au sein du groupe des cadres de santé, et que celle-ci peut être manifestée auprès des autres groupes professionnels de l'hôpital via un travail sur les frontières professionnelles ultérieur. En revanche, les usages sociopolitiques du portefeuille étant toujours mis en œuvre dans un espace de discussion interprofessionnel, ils suscitent un travail sur les frontières professionnelles initial qui permet de travailler à relier les différentes attentes de rôles qui pèsent sur les cadres de santé. Lorsque le travail sur les frontières professionnelles a eu lieu, alors le processus d'hybridation de rôles s'enclenche.

Au plan managérial, notre recherche débouche sur des recommandations à destination des cadres paramédicaux et des directeurs administratifs d'une part, et sur des suggestions d'enseignements à inclure dans les formations initiales et continues des cadres de santé d'autre part.

Si notre recherche permet de produire de nombreux résultats, elle présente aussi des limites. Ainsi, comme cela a été expliqué dans la section dédiée à la méthodologie, l'étude de cas unique se justifie par le fait qu'elle permet de saisir dans le détail le fonctionnement des acteurs, de l'organisation et des outils (Creswell, 2003) et pour son effet révélateur des phénomènes complexes (Yin, 2011). La recherche a été réalisée au CHU TONUS, compte tenu de l'opportunité d'accès au terrain que notre statut d'enseignant dans la formation des cadres de santé de ce même établissement nous a conféré. Toutefois, ce statut d'enseignant n'est pas neutre : certains cadres interrogés dans le cadre de ce travail doctoral ont en effet été des étudiants de l'auteur de cette thèse, ce qui peut générer certains biais dans les réponses accordées. De surcroît, bien que la méthodologie qualitative compréhensive n'ambitionne pas de produire des connaissances universelles, nos contributions gagneraient peut-être en robustesse en investiguant d'autres établissements hospitaliers. En outre, nous n'avons pas intégré l'activité du pôle médical comme un critère influençant les usages du portefeuille et la possibilité d'hybrider les rôles gestionnaire et soignant ou encore de mener un travail sur les frontières professionnelles. Il serait donc pertinent d'investiguer davantage cette question. En effet, selon les pôles étudiés, la nature des relations entre les différents groupes professionnels, le positionnement des cadres de santé vis-à-vis de leurs rôles semblent différer. Ainsi, les cadres paramédicaux du pôle de psychiatrie et santé mentale semblent se distinguer en reconnaissant plus facilement faire du découplage, la perception des frontières professionnelles qu'ils entretiennent paraissent plus souple que dans les autres pôles. Il convient donc de développer des travaux permettant d'identifier d'autres variables qui influencent les usages des outils de gestion réalisés par les cadres de santé, afin de compléter les variables techniques liées au portefeuille d'outils et les variables personnelles liées aux utilisateurs qui ont été mises en évidence dans ce travail.

Une autre limite réside dans la sélection des acteurs interrogés dans cette thèse. Nos données sont les managers paramédicaux de différents niveaux hiérarchiques (cadres supérieurs de santé, directeurs des soins, cadres de santé). Afin d'élargir la vision des rôles incarnés par les

managers à travers leurs usages des outils de gestion et pour mieux documenter l'hybridation de rôles et le travail sur les frontières professionnelles, il serait intéressant d'interroger et d'observer des acteurs issus des mondes professionnels, tels que des administratifs, des médecins, des paramédicaux ou encore des patients.

Une troisième limite réside dans la période de collecte des données, qui s'étend de juin 2020 à juin 2022. Ainsi, quelques entretiens, les premiers, ont eu lieu entre le premier et le second confinement, dans un contexte de sollicitation extrême du système de santé qui a entraîné, au CHU TONUS comme dans les autres établissements hospitaliers, le départ de nombreux professionnels, en particulier infirmiers, aides-soignants et cadres de santé. Il conviendrait donc de mettre en lumière l'impact de ce contexte postpandémique singulier sur la pénurie accrue de paramédicaux qui peut modifier l'intérêt du portefeuille d'outils de gestion des effectifs, la nature des frontières professionnelles entre les groupes de l'hôpital et les rôles des cadres de santé.

En dépit des limites citées ici, notre travail engendre plusieurs pistes de recherche futures. Si la recherche actuelle s'intéresse aux contributions des usages d'un portefeuille d'outils de gestion à l'hybridation des rôles dans le contexte de l'hôpital public, c'est bien parce que ce dernier est une organisation caractérisée par un fort pluralisme institutionnel. A ce titre, il serait intéressant d'appliquer le même questionnement scientifique dans d'autres organisations pluralistes, comme les musées, les universités, les mairies, les régies publiques, des organisations culturelles ou encore des services sociaux. En effet, si ces organisations ont été le lieu de recherches dédiées à l'hybridation ou au rôle des outils de gestion dans la création de tension ou de compromis, la littérature est assez lacunaire en ce qui concerne la connaissance des usages situés des outils de gestion dans ces organisations et de leur capacité à favoriser l'hybridation de rôles et le travail frontière.

De surcroît, cette recherche est orientée vers l'étude des usages des outils de gestion par les cadres de santé, compte tenu de leur position pivot (Riviere, 2022 ; Adriaenssens et *al.*, 2017) singulière à l'hôpital. Puisqu'à la différence de l'*accountingization*, l'hybridation est un processus qui transforme mutuellement les rôles soignant et gestionnaire, il serait intéressant d'étudier les usages d'un portefeuille d'outils de gestion par les paramédicaux, les médecins ou encore les administratifs, afin de comprendre dans quelle mesure ceux-ci peuvent leur permettre d'hybrider ou non leurs rôles et de participer au travail sur les frontières professionnelles. Ceci permettrait d'identifier les groupes d'acteurs qui bloquent, ou au contraire renforcent, le travail

frontière et la coopération interprofessionnelle à l'hôpital public, ce qui améliore tant les conditions de travail que la qualité des soins ou la réduction des coûts (Eckenschwiller et *al.*, 2022).

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT A. (1988) *The system of professions*, Chicago, University of Chicago Press

ABORD DE CHATILLON E. et DESMARAIS C. (2012) Le Nouveau Management Public est-il pathogène ?, *Management International*, vol. 16, n°3, p. 10–24

ABORD DE CHATILLON E. et DESMARAIS C. (2017) Espaces de discussion, management et épuisement professionnel, *@GRH*, vol. 2, n°23, p. 13-36

ACHMET V. et COMMEIRAS N. (2018) Restrictions budgétaires et gestion de l’absentéisme des infirmiers par les cadres de santé du secteur hospitalier public : quelles conséquences, *Gestion 2000*, vol. 35, n°6, p. 119 à 148

ADRIAENSSENS J., HAMELINK A. et VAN VOGAERT P. (2017) Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers : A cross-sectional survey study, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 73, p. 85-92

AGGERI F. et HATCHUEL A. (1997) Les instruments de l’apprentissage. Construction et diffusion d’une expertise recyclage dans la conception automobile, in MOISDON J.C. (dir) *Du mode d’existence des outils de gestion*, Séli Arslam, pp. 217- 247.

AGGERI F. et LABATUT J. (2014) Chapitre 1 / Les métamorphoses de l’instrumentation gestionnaire: Une généalogie des approches par les instruments. Dans : Charlotte Halpern éd.,

L'instrumentation de l'action publique: Controverses, résistance, effets (pp. 63-94). Paris: Presses de Sciences Po

AHRENS T. et CHAPMAN C.S. (2007) Management accounting as practice, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 32, p. 1-27

AHRENS T. et DENT J-F. (1998) Accounting and Organizations: Realizing the Richness of Field Research, *Journal of Management Accounting Research*, vol. 10, p.1-39

AHRENS T., FERRY L. & KHALIFA R. (2018) The hybridising of financial and service expertise in English local authority budget control : a practice perspective, *Qualitative Research in Accounting & Management*, vol. 15, p. 341-357

AKRICH M. (2006) La description des objets techniques. In Akrich, M., Callon, M., & Latour, B (dir) *Sociologie de la traduction : Textes fondateurs*. Nouvelle édition, Paris : Presses des Mines, 2006

ALLARD-POESI F. et PERRET V. (2014) *Fondements épistémologiques de la recherche* in THIETART R.A (dir) *Méthodes de recherche en management*, 4^{ème} édition, Dunod

ALPHONSE-TILLOY I., DUBROEUQ A.F. & SCOYEZ-VAN POPPEL S. (2021) Voyage des ressources en organisation polaire : étude d'un « Caravan resources passageway » au sein d'un centre hospitalier. @GRH, 38, 71-104

ALTINTAS G. et ROYER I. (2009) Renforcement de la résilience par un apprentissage post-crise : une étude longitudinale sur deux périodes de turbulence, *M@n@gement*, vol. 12, n°4, p. 266-293

AMANS P. MAZARS-CHAPELON A. & VILLESEQUE-Dubus, F. (2010). De la politisation à l'instrumentation d'un outil de gestion : le cas du budget dans les théâtres associatifs. *Management & Avenir*, vol. 40, p. 234-253

AMANS P., MAZARS-CHAPELON A et VILLESEQUE-DUBUS F. (2015) Budgeting in institutional complexity : The case of performing arts organizations, *Management Accounting Research*, vol. 27, p. 47-66

AMANS P., MAZARS-CHAPELON A. et VILLESEQUE-DUBUS F. (2020) Le portefeuille d'outils de gestion porteur de compromis dans les organisations à la croisée des mondes : le cas des Scènes nationales, *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 1, n° 26, p. 21-77

ANDERSON-GOUGH F., CEDGLEY C., ROBSON K. et SHARMA N (2022) Organizational Response to Multiple Logics : Diversity, Identity and the professional service firm, *Accounting, Organization and Society*, vol. 103

ANDON P.J., BAXTER J. & CHUA W.F. (2007) Accounting change as relational drifting: a field study of experiments with performance measurement, *Management Accounting Research* 18 (2), 273–308

ANGELE-HALGAND N. & GARROT T. (2014) Les biens communs à l'hôpital : De la « T2A » à la tarification au cycle de soins. *Comptabilité Contrôle Audit*, 20, 15-41

ANNISETTE M. et RICHARDSON J. (2011) Justification and accounting: applying sociology of worth to accounting research, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 24, n° 2, p. 229-249.

ANNISETTE M. et TRIVEDI V.U. (2013), “Globalization, paradox and the (un)making of identities: Immigrant Chartered Accountants of India in Canada”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 38 No. 1, p. 1–29.

ANNISETTE M., VESTY G. et AMSLEM T. (2017) “Accounting values, controversies, and compromises in tests of worth”, *Justification, Evaluation and Critique in the Study of Organizations: Contributions from French Pragmatist Sociology*, Vol. 52, Bingley, UK: Emerald Publishing Limited, p. 209–239.

ANSARI S. & EUSKE K.J. (1987) Rational, rationalizing and Reifying uses of accounting data in organizations, *Accounting Horizons*, vol. 8, n° 3, p. 83-105

ANTHONY M.K., STANDING T.S., GLICK J., DUFFY M., PASCHALL F. et SAUER M.R. (2005) Leadership and nurse retention : the pivotal role of nurse managers, *Journal of Nursing Administration*, vol. 35, n°3, p. 146-155

AQUINO A.C.B. de, BATLEY R.A. (2022) Pathways to hybridization : Assimilation and accommodation of financial public reforms in Brazil, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 98, 101297

ARMAN R., LIFF R. et WIKSTRÖM E. (2014) The hierarchization of competing logics in psychiatric care in Sweden, *Scandinavian Journal of Management*, vol. 30, p. 282-291

ASHBURNER B.E., FERLIE E. et FITZGERALD L. (1996) Organizational Transformation and Top-down Change : the case of NHS, *British Journal of Management*, vol. 7, n°1, p. 1-16

ASHFORTH B.E. ; KREINER G.E. et FUGATE M. (2000) All in a day’s work : Boundaries and micro role transitions, *Academy of Management Review*, vol. 25, p. 474-491

AUBOUIN N., COBLENC E. & KLETZ F. (2012) Les outils de gestion dans les organisations culturelles : de la critique artiste au management de la création, *Management & Avenir*, 54, 191-214.

AYACHE M. et DUMÉZ H. (2011) Le codage dans la recherche qualitative- une nouvelle perspective?, *Le Libellio d'Aegis*, vol. 7, n°2, p. 33-46

BACHELET C. (2004) Usages des TIC dans les organisations, une notion à revisiter?», *Actes du 9^e colloque AIM INT d'Evry*

BARDIN L. (2003) *L'analyse de contenu*, Paris, PUF

BARLEY S.R. et KUNDA G. (1992) Design and devotion: Surges of rational and normative ideologies of control in managerial discourse. *Administrative Science Quarterly*, 37(3), 363–399

BARREDA M. (2018) La création d'un climat d'accountability dans les hôpitaux publics français, entre légitimité(s) et influence(s) : une approche par la théorie néo-institutionnelle, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier

BARREDA M., GEORGESCU I., LE LUDEC T., MERCIER G., NAGOT N. & NARO G. (2022) Chapitre 5. *Slack(s)*, risques climatiques et organisations de santé : quelles perspectives de recherche ? Dans : Sophie Giordano-Spring éd., *Reporting et pilotage des organisations pour une société résiliente: La comptabilité et le contrôle à l'épreuve de la crise Covid* (pp. 107-126). Caen: EMS Editions.

BATTILANA J., LECA B. et BOXENBAUM E. (2009) How actors change institutions : towards a theory of institutional entrepreneurship, *The Academy of Management Annals*, vol. 3, n° 1

BATTILANA J. et DORADO S. (2010) Building Sustainable Hybrid Organizations : The Case of Commercial Microfinance Organizations, *Academy of Management Journal*, vol. 53, n° 6, p. 1419-1440

BATTILANA J. et LEE M. (2014) Advancing Research on Hybrid Organizing – Insights from the Study of Social Enterprises, *The Academy of Management Annals*, vol. 8, n° 1

BATTILANA J., SENGUL M., PACHE A-S. et MODEL J. (2015) Harnessing productive tensions in hybrid organizations : The case of work integration social enterprises, *Academy of Management Journal*, vol. 58, p. 1658-1685

BATTILANA J., BESHAROV M. et MITZINNECJ B. (2017) *On hybrids and hybrid organizing : A review and roadmap for future research*, in GREENWOOD R., OLIVER C. LAWRENCE T.B. et MEYER R.E. (dir) *The SAGE handbook of organizational institutionalism*, vol. 2, p. 133-169, Thousand Oaks, CA : Sage Publications

BAUDET R. (1941) *Le contrôle budgétaire et sa fonction*, La Concorde

BECKKY B.A. (2003) Sharing Meaning across Occupational Communities: The Transformation of Understanding on a Production Floor. *Organization Science*, 14(3), 312–330

BEDE D., BEDE S., FIORELLO A. & MAUMON N. (2012). L'appropriation d'un outil de gestion de la qualité à travers le prisme de la légitimité : le cas d'un Institut d'Administration des Entreprises, *Management & Avenir*, 54, 83-106

- BEDFORD D. S. et MALMI T. (2015). Configurations of control: An exploratory analysis, *Management Accounting Research*, vol. 27, p. 2-26.
- BELISLE C., BERTHAUD C., LE MAREC J., LIAUTARD D., PAQUELIN D. et ROSADO E. (2002) Méthodes et outils pour l'observation et l'analyse des usages, Rapport PNER
- BELLINI S., DREVETON B., GRIMAND A. et OIRY E. (2018) Les espaces de discussion : un vecteur de régulation des paradoxes de la nouvelle gestion publique ?, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 1, n° 107, p. 3-33
- BEN SLIMANE K. (2019) Théorie néo-institutionnelle: une perspective micro in LIARTE S., *Les grands courants en management stratégique*, EMS Editions, p. 131-160
- BERARD E. & STEYER V. (2013). La responsabilité contractuelle à l'hôpital : Un modèle fonctionnel malgré tout ?. *Revue française de gestion*, 237, 147-167
- BERARD E., FLACHERIE I., SAULPIC O. et ZARLOWSKI P. (2015) Les outils financiers dans les hôpitaux : penser leur déploiement au-delà de la dimension technique, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, vol. 33, n° 7, p. 409-427
- BERELSON B. (1952) *Content Analysis in Communication Research*, New York, Free Press
- BERG L.N. et BYRKJEFLOT H. (2014) Management in hospitals: A career track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway, *International Journal of Public Sector Management*, vol. 27, n°5, p.
- BERGER P.L et LUCKMANN T. (1967) *The social construction of reality*, London, Allen Lane
- BERLAND N. (2005), Anthony G. Hopwood, *Le contrôle comme phénomène organisationnel et social*, in Bouquin, Henri, *Les grands auteurs en contrôle de gestion*, Colombelles: EMS - Editions Management et Sociétés, p. 599
- BERLAND N. et PEZET A. (2009) *Quand la comptabilité colonise l'économie et la société. Perspectives critiques dans les recherches en comptabilité, contrôle, audit*, REPEC
- BERRY M. (1983) *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Paris, Centre de recherche en gestion, École polytechnique.
- BHASKAR R. (1988) *Scientific Realism and Human Emancipation*, Verso, Londres
- BIDDLE B.J. (1979) *Role theory : Expectations, identities and behaviors*, New York : Academic Press, p. 55-86
- BINDER A. (2002) *Contentious Curricula: Afrocentrism and Creationism in American Public Schools*, Princeton, N.J., Princeton University Press

- BIENCOURT O., CHASERANT C. et REBERIOUX A. (2001) « L'économie des conventions : l'affirmation d'un programme de recherche » in P. BATIFOULIER (dir.), *Théorie des conventions*, Economica, Paris, p. 193-218
- BLOMGREN M. (2003) Ordering a profession: Swedish nurses encounter new public management reforms, *Financial Accountability & Management*, vol. 19, n°1, p. 45-71
- BODKER S. et ANDERSEN P.B. (2005) Complex mediation, *Human Interactions*, vol. 20, n° 4, p. 353-402
- BOITIER M. & RIVIERE, A. (2011) Changement et institutionnalisation des systèmes de contrôle de gestion : proposition d'un cadre d'analyse institutionnel enrichi. *Management & Avenir*, 45, 80-100.
- BOITIER M. & RIVIERE, A. (2016) Les systèmes de contrôle de gestion, vecteurs d'une logique gestionnaire : changement institutionnel et conflits de logiques à l'université. *Comptabilité Contrôle Audit*, 22, 47-79
- BOLDRINI J-C. (2015) *Le rôle des portefeuilles d'outils de gestion dans les phases d'idéation ou d'exploration, en amont des projets d'innovation inter-organisationnels*, XXIV^e Conférence Internationale de Management Stratégique
- BOLLECKER M. (2016) L'adoption de la comptabilité de gestion à l'université : la présence de clivages internes dans un contexte de demandes institutionnelles contradictoires, *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 22, n°2, p. 109-138
- BOLTANSKI L. et THEVENOT L. (1991) *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard
- BOLTANSKI L. et CHIAPELLO E. (1999) *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard
- BOLTON S.C. (2004). A simple matter of control ? NHS hospital nurses and new management, *Journal of Management Studies*, vol. 41, n° 2, p. 317-333
- BONNIER C., SAULPIC O. et ZARLOWSKI P. (2013) Un tableau de bord objet-frontière entre deux communautés : étude de cas d'une clinique. *34^e Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, Montréal.
- BOUQUIN H. (2001) *Le contrôle de gestion : Contrôle de gestion, contrôle d'entreprise*, 5^{ème} éditions, PUF, Paris
- BOURBOUSSON C. (2019) RTO et pluralisme institutionnel. Le cas emblématique des PTCE, *Revue Française de Gestion*, vol. 6, n° 283, p 109-126
- BOURGEON D. (2013) Dons de temps, dons de vie : les enjeux du pouvoir à l'hôpital, *Revue du MAUSS*, n°41, p. 153-166
- BOURGUIGNON A. et CHIAPELLO E. (2005) The Role of Criticism in the Dynamics of Performance Evaluation Systems, *Critical Perspectives on Accounting*, vol. 16, n° 6, p. 665-670

- BOURRET P. (2006) Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible, Editions Seli Arslan, 284 pages
- BOUSSARD V. et MAUGERI S. (2003), *Du politique dans les organisations*, L'Harmattan, Paris.
- BOXENBAUM E., & JONSSON S. (2008). Isomorphism, Diffusion and Decoupling. In R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby (Eds.), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (pp. 78-98). SAGE Publications.
- BRETON P. et PROULX S. (2002) *L'explosion de la communication*, Sciences et Société broché, Etude la Découverte
- BROADBENT J. (1991) Change in organizations : a case study of the use of accounting information in the NHS, *The British Accounting Review*, vol. 24, n° 4, p. 343-367
- BROADBENT J. & GUTHRIE J. (2008) Public sector to public services : 20 years of « contextual » accounting research, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21, p. 129-169
- BROADBENT J. et LAUGHLIN R. (1998) Organisational and accounting change : theoretical and empirical reflections and thoughts on a future research agenda, *Journal of Accounting & Organizational Change*, vol. 1, n°1, p. 7-25
- BROWN VA, HARRIS JA, RUSSEL JY (dir) (2010) *Tackling wicked problems through the transdisciplinary imagination*, Earthscan, London
- BRUNSSON N. (1986) Organizing for Inconsistencies : On organizational conflict, depression and hypocrisy as substitutes for action, *Scandinavian Journal of Management Studies*, vol. 2, n° 3, p. 165-185
- BRUNSSON N. (1992) *The organization of hypocrisy: talk, decisions and actions in organizations*, Chichester, Wiley
- BRUNSSON N. et SAHLIN-ANDERSSON K. (2000) Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform, *Organization Studies*, vol. 21, n° 4, p. 721-746.
- BUCHER R., STELLING J. & DOMMERMUTH P. (1969). Implications of prior socialization for residency programs in psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 20(4), 395-402.
- BUCHER S.V, CHREIM S., LANGLEY A. & REAY T. (2016) Contestation about Collaboration: Discursive Boundary Work among Professions. *Organization Studies*, 37(4), 497-522
- BUNCE P., FRASER R. et WOODCOK L. (1995) Advanced Budgeting : a Journey to Advanced Management Systems, *Management Accounting Research*, vol. 6, p. 253-265
- BUNGE M. (1993) Realism and Antirealism in Social Science, *Theory and Decision*, vol. 35, p. 207-235

BURCHELL S., CLUBB C., HOPWOOD A., HUGUES J. & NAHAPIET J. (1980) The roles of accounting in organizations and society, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 5, n° 1, p. 5-27

BURELLIER F. (2011) Etre ou ne pas être médecin gestionnaire ? Etude de la transition vers le rôle de responsable de pôle dans les hôpitaux publics français, Thèse de doctorant en sciences de gestion, Université de Grenoble

BURELLIER F. (2020). Quand docteur Jekyll négocie avec M. Hyde: Les ajustements identitaires lors de transitions de rôle. *Revue française de gestion*, 286, 15-34.

BURELLIER F., ORVAIN J., ANGELE-HALGAND N., RUIILLER C., LAUDE L., BARET C., GAVAUAT S. & LOUAZEL M. (2019). Certifié « Cadre administratif de pôle »^{LTD}. L'encastrement identitaire pour légitimer un nouveau rôle. *@GRH*, 32, 79-103

BURELLIER F. et VALETTE A. (2011) Garder ou tomber la blouse : Analyse de la transition vers un rôle de médecin-gestionnaire au sein de deux établissements hospitaliers français. *Journal d'économie médicale*, 29, 336-345.

BURGESS N et CURIE G. (2013) The knowledge brokering role of the hybrid middle level manager : the case of healthcare, *British Journal of Management*, vol. 24, p. 132-142

BURGESS N., STRAUSS K., CURRIE G. et WOOD G. (2015) Organizational ambidexterity and the hybrid middle manager : the case of patient safety in UK hospitals, *Human Resource Management*, vol. 54, n°1, p.87-109

BURLAUD A. et CHATELAIN-PONROY S. (2013) Contrôle de gestion et performances dans le secteur public in *Finance et Contrôle au quotidien*, p. 547 – 585

BURNEL P. (2017). L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35, 67-79

BURRELL G. et MORGAN G. (1979) *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*, Heinemann, London.

BURRI R. V. (2008). « Doing Distinctions: Boundary Work and Symbolic Capital in Radiology », *Social Studies of Science*, vol. 38, n° 1, p. 35-62

BUSSON-VILLA F. & GALLOPEL-MORVAN K. (2012) La normalisation des associations : quelle efficacité pour rassurer les parties prenantes ?, *Management & Avenir*, 54, 168-190

BUTTERFIELD R., EDWARDS C. et WOODALL J. (2005) The new public management and managerial roles : the case of the police sergeant, *British Journal of Management*, vol. 16, p. 329-341

BUTTON W.J. et ROBERTS G. (1997) Communication, clinical directorates, and the corporate NHS, *Journal of Public Relations Research*, vol. 9, n°2, p. 141-162

CAGLIO (2003) Enterprise Resource Planning systems and accountants: towards hybridization?, *European Accounting Review*, vol. 12, n° 1, p. 123-153.

CÄKER M. et SIVERBO S. (2011) Management control in public sector joint ventures, *Management Accounting Research*, vol. 22, n°4, p. 330-348

CAMOUS B. (2020) *La mise en place de systèmes de contrôle de gestion en réponse à la complexité institutionnelle : le cas de la régie des eaux de la Métropole de Montpellier*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier

CAMOUS B., GUERIN-SCHNEIDER L. & EGGRICKX A. (2022). Systèmes de contrôle de gestion et conflits de logiques : le cas de la gestion de l'eau en régie. *Management & Avenir*, 132, 133-154

CAMPANALE C. & CINQUINI L. (2016) Emerging pathways of colonization in healthcare from participative approaches to management accounting, *Critical Perspectives on Accounting*, vol. 39, p. 59-74

CAPDVIELLE-MOUGNIBAS V. (2009) Intérêts et limites de la méthodologie Alceste pour le vécu de l'annonce de diagnostic, *Critical Thinking in Health Psychology*, International Society of Critical Health Psychology, 6th Biennial Conference, Lausanne

CARLILE P.R. (2002) A pragmatic view of knowledge and boundaries : Boundary objects in new product development, *Organization science*, vol. 13, n° 4, p. 442-455

CHALAYER-ROUCHON S., PEREZ M. et TEYSSIER C. (2006). L'influence des facteurs organisationnels et stratégiques sur l'appropriation des outils comptables et financiers, *Management & Avenir*, vol. 9, p. 127-140.

CHAMBAT P. (1994) Usages des TIC : évolution des problématiques, *Technologies de l'information et société*, vol. 6 n° 3, p. 249-270

CHATELAIN - PONROY S. et SPONEM S. (2011), « L'évolution du contrôle de gestion : révolution ou mystification ? », in *Audit, Contrôle et Performance*, LAURENT CAPPELLETTI (Ed.), p. 52-63.

CHENHALL R.H., HALL M. et SMITH D. (2013) Performance measurement, modes of evaluation and the development of compromising accounts, *Accounting, Organizations and Society*, 38 (4). pp. 268-287

CHIAPELLO E. (2005) Les normes comptables comme institution du capitalisme. Une analyse du passage aux normes IFRS en Europe à partir de 2005 », *Sociologie du travail*, Vol. 47 - n° 3

CHIAPELLO E. (2007). Comptabilité et fraude. Dans : Gérard Béaur éd., *Fraude, contrefaçon, contrebande de l'Antiquité à nos jours* (pp. 423-427). Genève: Librairie Droz

CHIAPELLO E. et GILBERT P. (2013) *Sociologie des outils de gestion: Introduction à l'analyse sociale de l'instrumentation de gestion*. La Découverte.

CHREIM S., WILLIAMS B.E. et HININGS C.R. (2007) Interlevel Influences on the Reconstruction of Professional Role Identity, *Academy of Management Journal*, vol. 50, n°6, p. 1515-1539

CHRISTNER C.H., STROMESTEN T. (2015) Scientists, venture capitalists and the stock exchange: the mediating role of accounting in product innovation, *Management Accounting Research*, vol. 28, p. 50-67

CHUA W.F. et DEGELING P. (1993) Interrogating on accounting-based intervention on three axes: instrumental, moral and aesthetic, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 18, n°4, p. 291-318

CHUA W.F. & PRESTON A.M. (1994) Worrying about accounting in healthcare, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 7, p. 4-17

CLAVERANNE J.P. (2003) L'hôpital en chantier: du ménagement au management, *Revue Française de Gestion*, n°146, p.125-129

CLEMENS E.S et COOK J.M. (1999) Politics and institutionalism: Explaining durability and change, *Annual Review of Sociology*, vol. 25, n°1, p. 441-466

CLOUTIER C. et LANGLEY A. (2013) The Logic of Institutional Logics: Insights From French Pragmatist Sociology, *Journal of Management Inquiry*, vol. 22, n° 4, p. 360–380.

COLASSE B. (1996) Vers une technoscience comptable, *Comptabilité-Contrôle-Audit*, vol. 2, n°1, p. 3-4

COMEAU-VALLEE M. et LANGLEY A. (2020) The interplay of Inter- and intraprofessional boundary work in multidisciplinary teams. *Organization Studies*, vol. 41, n° 12, p. 1649–1672

CONJARD P. et JOURNOUD S. (2013) Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail, *Revue Management et Avenir*, vol. 5, n°63, p. 81-97

CONTANDRIANPOULOS D., CONTANDRIOPOULOS A.P., VALETTE A. Et DENIS J.L. (2005) *L'hôpital en restructuration. Regards croisés sur la France et le Québec*, Presses Universitaires de Montréal

COOPEY R. et MCKINLAY A. (2010) Foucault and fordism, *Labor History*, vol. 51, n° 1, p. 107-125.

CORNELISSEN J. P., DURAND R., FISS P.C., LAMMERS J. C.& VAARA E. (2015). Putting communication front and center in institutional theory and analysis, *Academy of Management Review*, 40, n° 1, p. 10–27

COVALESKI M. A. et DIRSMITH M. W. (1983) Budgeting as a means for control and loose coupling", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 8, n° 4, p. 323-340

COVALESKI M. A. et DIRSMITH M. W. (1988) The use of budgetary symbols in the political arena: An historically informed field study, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 13, n° 1, p. 1-24

CRESWELL J. W. (2003) *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

CRISTOFOLI D., DITILLO A., LIGUORI M., SICILIA M., & STECCOLONI I. (2010). Do environmental and task characteristics matter in the control of externalized local public services? *Accounting, Auditing & Accountability Journal*.

CYERT R.M. et MARCH J.G. (1963) *A Behavioral Theory of the Firm*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

DACIN T., GOOSTEIN J. et SCOTT W.R. (2002) Institutional Theory and Institutional Change : Introduction to the Special Research Forum, *The Academy of Management Journal*, vol. 45, n° 1, p. 45-56

D'AMOUR D., FERRADA-VIDELA M. , RODRIGUEZ LSM. et al. (2005) The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks, *Journal of Interprofessional Care*, p. 116–131

D'AUNNO T., SUTTON R.I. et PRICE R.H. (1991) Isomorphism and external support in conflicting institutional environments: A study of drug abuse treatment centers, *Academy of Management Journal*, vol. 34, n°3, p. 636-661.

DAMBRIN C. & GRALL B. (2021) La fabrication de la sous-utilisation des outils de gestion : une étude longitudinale d'un progiciel CRM. *Comptabilité Contrôle Audit*, 27, 101-13

DAVID A. (1998) Outils de gestion et dynamiques du changement , *Revue française de gestion*, n° 120,

DAVIS F., BAGOZZI R.P. & WARSHAW P.R. (1989), User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models , *Management science*, vol. 35, n°8, pp. 982-1003.

DECHAMP G., GOY H., GRIMAND A. & De VAUJANY F. (2006). Management stratégique et dynamiques d'appropriation des outils de gestion : proposition d'une grille de lecture. *Management & Avenir*, 9, 181-200.

DELMAS M.A et TOFFEL M.W. (2008) Organizational Responses to Environmental Demands: Opening the Black Box, *Strategic Management Journal*, vol. 29, pp. 1027-1055

DENIS J.L., LAMOTHE L. et LANGLEY A. (2001) The dynamics of collective leadership change in pluralistic organizations, *Academy of Management Journal*, vol. 44, n°4, p. 809-837

De SINGLY C. (2009) *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, 11 septembre 2009, 125 p.

- DESMARAIS C. (2003) *Pour une nouvelle gestion de l'encadrement territorial*, Éditions de la lettre du cadre territorial, collection Essais, 194 pages
- DESMARAIS C. & ABORD de CHATILLON E. (2008). Existe-t-il encore des différences entre le travail des managers du public et ceux du privé ? *Revue française d'administration publique*, 128, 767-783.
- DESREUMAUX A. (2017) *Philip Selznick- L'organisation comme institution* in CHARREIRE-PETIT S (dir) *Les grands auteurs en management*, 3ème édition, EMS
- DETCHESSAHAR M. (2003) L'avènement de l'entreprise communicationnelle, *Revue Française de Gestion*, n° 142, p. 65-84
- DETCHESSAHAR M. et JOURNE B. (2007) Une approche narrative des outils de gestion, *Revue Française de Gestion*, n°174, p. 77-92
- DETCHESSAHAR M. (2011) Quand le management n'est pas le problème, mais la solution..., *Revue Française de Gestion*, n° 214, p. 89-105
- DETCHESSAHAR M. (2013) Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*, 19, 57-80
- DI BENIGNO J. (2018) Anchored personalization in managing goal conflict between professional groups: The case of US Army mental health care, *Administrative Science Quarterly*, vol. 63, p.526–569
- DI MAGGIO P. (1988) Interest and agency in institutional theory, in ZUCKER L.G (Eds) *Institutional patterns and organizations: culture and environment*, Ballinger Publishing Co. Harper et Row Publishers, Inc, p. 3-21
- DI MAGGIO P. (1997) Culture and cognition, *Annual Review of Sociology*, vol. 23, n°1, p. 263-287
- DI MAGGIO P. et POWELL W. (1983) The iron-cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational field, *American Sociological Review*, n°48, p. 147-160
- DIONNE S. et RHEAUME A. (2008) L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick, *Revue de l'Université de Moncton*, vol. 39, n°1-2, p. 199–223
- DIVAY S. & GADEA C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, (4), 677-687.
- DOS SANTOS C., MOUSLI M. et RANDRIAMIARANA J. (2014) De la T2A à HPST : quelle contribution du contrôle de gestion au pilotage de la performance ? Etude de cas d'un CHU, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, vol. 32, n°4, p. 291-307

- DOS SANTOS C. et MOUSLI M. (2016) Quel pilotage de la performance par les tableaux de bord à l'hôpital public ? A propos d'un cas français, *Recherches en Sciences de Gestion*, vol. 115, n°4, p. 127-146
- DREVETON B. (2008) Le rôle des représentations sociales au cours du processus de construction d'un outil de contrôle de gestion, *Comptabilité - Contrôle – Audit*, 14(2), p. 125-53
- DREVETON B. (2017) Les outils du contrôle de gestion : des vecteurs de valeurs pour l'organisation publique ? *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 23, n°3, p. 9-28.
- DUMAS M. et RUIILLER C. (2011) Quelles compétences pour le cadre de santé de demain? Entre prescriptions multi-objectifs et réalité du terrain: un métier à « panser », *22ème congrès de l'AGRH*, Marrakech
- DUMAS M. & RUIILLER C. (2013). « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ?. *Revue de gestion des ressources humaines*, 87, 42-58
- DUMEZ H. (2008) *Rendre des comptes, Nouvelle exigence sociétale*, Paris, Dalloz
- DUMEZ H. (2013) Qu'est ce que la recherche qualitative? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation, *Annales des Mines- Gérer et Comprendre*, n°2, p. 29-42
- DUMEZ H., GIGOUT E et JOURNE B. (2013) La vise externe et interne des dispositifs d'*accountability*, *Revue Française de Gestion*, n°237, p. 171-180
- DUNSIRE. 1995. 'Administrative Theory in the 1980s: A Viewpoint', *Public Administration*, 73, 1, 17–40.
- DURKHEIM E. (1983) *Les règles de la méthode sociologique*, PUF, Paris
- DUTTON J.E et ASHFORD S.J (1993) Selling Issues to Top Management, *Academy of Management Review*, vol.18, p.397–428.
- EASTERBY-SMITH M., GOLDEN-BIDDLE, K. et LOCKE K. (2008) Working with Pluralism: Determining Quality in Qualitative Research', *Organizational Research Methods* 11(3), p. 418-29
- EBAUGH H.R.F (1988) *Becoming an Ex : The process of role exit*, Chicago : University of Chicago Press
- ECKENSCHWILLER M., WODOCIAG S. et MERCIER S. (2022) La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux, *Revue Management & Avenir*, vol. 5, n° 131, p. 15-38
- EGGRICKX A. (2012) Réflexion critique sur l'adoption d'outils de gestion par mimétisme : le cas de la LOLF, *Management & Avenir*, 54, 61-82
- EGGRICKX A., GUERIN SCHNEIDER L., DOMINGO H., CALON M. & CAMOUS, B. (2018). Chapitre 5. Méthodes extra-comptables pour rendre visible la valeur invisible du service public. Le cas des hôpitaux et délégations de service public d'eau. Dans : Philippe Chapellier

éd., *Comptabilités et Société: Entre représentation et construction du monde* (pp. 131-151). Caen: EMS

EGGRICKS A., CAMOUS B. et GUERIN-SHNEIDER L. (2022). Service public d'eau en régie : vers une gouvernance plus effective ? , *Gestion et management public*, vol. 10, n° 4, p. 9-27

EMIRBAYER M. et MISCHE A. (1988) What is Agency?, *American Journal of Sociology*, n° 103, vol. 4, p. 962-1023

ERIKSSON P. et KOVALAINEN A. (2008) *Qualitative Methods in Business Research*, Sage Publications Ltd

EYRAUD C. (2004) Comptabilité (publique et d'entreprise) et sociologie, ou l'analyse sociologique des catégorisations sociales, *Comptabilité Contrôle Audit*, 10, 29-45.

EVANS M. et TUCKER B. P. (2015). Unpacking the package: Management control in an environment of organisational change. *Qualitative Research in Accounting & Management*, vol. 12, n° 4, p. 346-376.

EZZAMEL M., ROBSON K. et SLAPETON P. (2012) The logics of budgeting : Theorization and practice variation in the educational field, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 37, n° 5, p. 281-303

FALLERY B. et RODHAIN F. (2007) Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive et thématique, *XVIème conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique*, AIMS

FAVEREAU O. et LE GALL J-M. (2003) Règles, normes et routines, in ALLOUCHE (J.) (coord.) *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris, Vuibert, pp. 983-996, 2002.

FENNETEAU H. (2002) *Enquête: entretien et questionnaire*, Dunod, Paris

FISS P.C. et ZAJAC E.J. (2006) The symbolic management of strategic change: sense giving via framing and decoupling, *Academy of Management Journal*, vol. 49, n°6, p. 1173-1193

FITZGERALD L. et FERLIE E. (2000) Professionals : Back to the future ? , *Human Relations*, vol. 53, n° 5, p. 713-739

FLACHERE I. (2015) *Comment les instruments de gestion interviennent-ils dans la construction de rôles organisationnels ? le cas des contrats de pôle et instruments de suivi financiers dans un hôpital public français*, Thèse en sciences de gestion, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne

FLACHERE I. et HABRAN Y. (2019) Outils financiers et hybridation des expertises et des pratiques : Cas de l'hybridation médico-financière. *Comptabilité Contrôle Audit*, 25, 107-131.

FLACHERE I., NAU J.P. et SALESINA M. (2023) L'appropriation des projets personnalisés par les professionnels du secteur médico-social : une analyse par le prime des outils de gestion, *Management & Avenir*, vol. 4, n° 136, p. 37-60

- FLIGSTEIN N. (1985) The Spread of the Multidivisional Form among Large Firms, 1919–1979, *American Sociological Review*, vol. 50, p. 377–391
- FLIGSTEIN, N. (1997). Social Skill and Institutional Theory. *American Behavioral Scientist*, 40(4), 397-405.
- FRANCO-SANTOS M., KENNERLEY, M., MICHELI P., MARTINEZ V., MASON S., MARR B. et NEELY A. (2007) Towards a definition of a business performance measurement system, *International Journal of Operations & Production Management*, 27(8), 784–801.
- FREEMAN R. (1984) *Strategic management: a stakeholder approach*, Marshall, M.A. Pitman, Boston
- FREYSSINET-DOMINJON J. (1997) *Méthodes de recherche en sciences sociales*, Montchrestien, Collection AES, Paris
- FRIEDLAND R. et ALFORD R. (1991) Bringing Society Back in, Practices and Institutional Contradictions. In Powell W., DiMaggio P., Eds., *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press, Chicago, p. 232-267
- GARUD R., HARDY C. et MAGUIRE S. (2007) Institutional Entrepreneurship as Embedded Agency : An Introduction to the Special Issue, *Organization Studies*, vol. 28, n° 7, p. 957-969
- GAUTIER A. (2009) *Associations et entrepreneuriat institutionnel. Une approche néo-institutionnaliste de la culture: le cas des musiques actuelles*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Conservatoire National des Arts et Métiers de Paris, 470 pages
- GAVARD-PERRET M.L., GOTTELAND D., HAON C. et JOLIBERT A. (2018). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : Réussir son mémoire ou sa thèse*. (3e edn), Pearson Education.
- GEBREITER F. (2021) Accountingization, colonization and hybridization in historical perspective : the relationship between hospital accounting and clinical medicine in late 20th century Britain, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, vol. 35, n°5, p. 1189-1211
- GENDRON Y. et BAKER R.C. (2005) On interdisciplinary movements : The development of a network of support around foucaltian perspectives in accounting research, *European Accounting Review*, vol. 14, n° 3, p. 525-569
- GENTIL S. (2016) Entre sécurité des soins et injonctions à la performance économique au bloc opératoire : faut-il choisir ?, *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 34, p. 291-309
- GEORGESCU I. (2013) Management control literature and French public hospitals, *Health policy*, vol. 111, n°3, p. 324-327

GEORGESCU I. et NARO G. (2012) Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers, *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 18, n°3, p. 67-95

GEORGESCU I. & COMMEIRAS N. (2011). Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins, *Journal d'économie Médicale*, vol. 29, n°6-7, p. 294–304

GEORGESCU I., AUGÉ B., GRIMA F., & NARO G. (2018). Feedback centré sur une facette de la performance et pression financière interne dans le cadre de la réalisation d'une tâche complexe : une étude dans les hôpitaux publics français, *Management International*, vol. 22, n°3, p. 39–50

GIDDENS A. (1984) *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structure*, Berkeley, CA, University of California Press.

GILBERT P. (1998) Fonctions implicites et explicites des instruments de gestion des ressources humaines, *Psychologie du travail et des organisations*, vol. 1, p. 118-130

GILBERT P. (2006) Instrument de gestion. Dans : Gérard Valléry éd., *Psychologie du Travail et des Organisations: 110 notions clés* (pp. 249-252), Paris: Dunod

GILBERT P. et MOUREY D. (2021). Chapitre introductif. En quoi la philosophie importe pour enrichir les efforts de théorisation et l'étude des outils de gestion, Dans : GILBERT P. (éd.), *Philosophie et outils de gestion: Entre dévoilement des impensés et nouvelles potentialités de théorisation* (pp. 11-27). Caen: EMS

GILBERT P. et RAULET-CROSET N. (2021) *Lire le management autrement: Le jeu des dispositifs*. EMS Editions

GILBERT P., GURTNER E. et SOULEROT M. (2023). L'appropriation différenciée du contrôle par les résultats à Pôle emploi ? *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 29, p. 39-79.

GIERYN T.F. (1983) Boundary-work and the demarcation of science from non-science : Strains and interests in professional ideologies of scientists, *American Sociological Review*, vol. 48, p. 781-795

GIRIN J. (1981) *Les machines de gestion*, Paris : Ed. de l'école Polytechnique.

GIRIN J. (1990) Problèmes du langage dans les organisations in *L'individu dans l'organisation. Les dimensions oubliées*, CHANLAT J.-F. (dir), Québec, Éditions Eska, p. 37-77.

GITTELL J.H. et DOUGLAS A. (2012) Relational bureaucracy: Structuring reciprocal relationships into roles, *Academy of Management Review*, vol. 37, n° 4, p. 709–73

GLASERFELD (von) E. (1988) Introduction à un constructivisme radical in WATZLAWICK P. (1988) *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*, Seuil, p. 19-43, Paris

GLOUBERMAN S., MINTZBERG H. (2001a) Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation , *Aspen Publishers, Inc.*, p. 58-71

GLOUBERMAN S., MINTZBERG H. (2001b) Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II: Integration, *Aspen Publishers, Inc.*, p. 72-86.

GOMEZ P.-Y. (1994) *Qualité et théorie des conventions*, Economica, Paris, 270 p

GOMEZ P.-Y. (1997) Information et conventions : le cadre du modèle général, *Revue Française de Gestion*, janvier-février

GOMEZ-CONDE J., LUNKES R.J. & ROSA F.S. (2019) Environmental innovation practices and operational performance : The joint effects of management accounting and control systems and environmental training, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 32, No. 5, p. 1325-1357

GOUFFE V. et CARGNELLO-CHARLES E. (2013) Les organisations de santé et leurs environnements institutionnels : réceptacles d'injonctions ou acteurs stratégiques, *V^e colloque Santé et Action sociale*, Marseille.

GOURBIER L., SERVAL S. et ARNAUD C. (2022) Le paramétrage du package de contrôle d'une politique publique comme stratégie dissimulée d'introduction d'une logique austéritaire, *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 28, n°1, p. 39-85

GRABNER I., et MOERS F. (2013). Managers' Choices of Evaluation Criteria in Promotion Decisions: An Analysis of Alternative Job Assignments. *Journal of Accounting Research*, vol. 51, n° 5

GREENWOOD R., OLIVER C., SAHLIN K. et SUDDABY R. (2008) "Introduction", *The Sage handbook of organizational institutionalism*, London : Sage Publications, p. 1-46.

GREENWOOD R., RAYNARD M., KODEIH F. et MICELOTTA E. (2011) Institutional Complexity and Organizational Responses, *The Academy of Management Annals*, vol. 5, n° 1, p. 317-371

GREVIN A. (2012) Quand la performance pilote le management... Les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 30, p. 469-490

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*, vol. 54, p. 237-257.

GRIMAND A. (2016) La prolifération des outils de gestion : quel espace pour les acteurs entre contrainte et habilitation ?, *Recherches en sciences de gestion*, vol. 1, n°112, p. 173-196

- GRIMAND A. et BACHELARD O. (2005), « La dynamique de la formation et de l'appropriation des connaissances », in *De la conception à l'usage*, coordonné par F.-X. De Vaujany, Editions Management et Société, Colombelles, p. 149-198
- GRIMAND A., GLAISNER J. & GREVIN A. (2017). Un travail à soi. Repères pour un management de l'appropriation du travail. @GRH, 23, 95-119
- GUBA E.G. et LINCOLN Y.S. (1989) *Fourth generation evaluation*, Newbury Park, CA: Sage
- GUBA E.G. et LINCOLN Y.S. (1998) Competing paradigms in qualitative research, in *The landscape of qualitative research*. N. Denzin and Y. Lincoln (eds), 195-220. London: Sage
- GUTHRIE J. et PARKER L. (2017). Reflections and projections : 30 years of the interdisciplinary accounting, auditing and accountability search for a fairer society, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 30, n° 1, p. 2-17
- HABIB J. & VANDANGEON-DERUMEZ, I. (2015). Le rôle du leader forme dans la transformation des organisations pluralistes: Analyse comparée de deux hôpitaux. *Revue française de gestion*, 247, 45-66
- HABRAN Y., MATSUGI S. et MOURITSEN J. (2019) Mediating relations between financial and operational concerns when structural interdependencies are significant: The development of pseudo micro-profit centres at Kitanihon, *Management Accounting Research*, vol. 53, p. 1-15
- HALFORD S. (2005). Hybrid workspace: re-spatialisations of work, organisation and management. *New Technology, Work and Employment*, vol. 20, n° 1, p. 19–33
- HALLIER J. et FORBES T. (2004) In search of theory development in grounded investigations: doctors' experiences of managing as an example of fitted and prospective theorizing, *Journal of Management Studies*, vol. 41, n° 8, p. 1379–410.
- HARDY C. et MAGUIRE S. (2008). « Institutional Entrepreneurship and Change in Fields ». In R. Greenwood, C. Oliver, R. Suddaby et K. Sahlin-Andersson (Eds.), *The Sage handbook of organizational institutionalism* (p. 261-280). London : SAGE Publications Ltd.
- HATCH M.J CUNLIFFE A.L. (2014) *Théorie des organisations- De l'intérêt de perspectives multiples*, 2ème édition, De Boeck, Louvain la Neuve
- HATCHUEL A. (1996) *Coopération et conception collective. Variété et crise des rapports de prescription*, in Terssac G. (de), Friedberg E., *Coopération et conception*, Toulouse, Ed. Octarès, 102-121.
- HATCHUEL A. (1999) The foucauldian detour : A rebirth of organization theory ?, *Human relations*, vol. 52, n° 4, p. 507-519.

- HATCHUEL A. (2003) Quel horizon pour les sciences de gestion ? Vers une théorie de l'action collective, in David A., H. A., Laufer R., *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*, Paris, Fnege, 7-44.
- HATCHUEL A. et MOISDON J.C. (1993) Modèles et apprentissage organisationnel, *Cahiers d'Economie et Sociologie Rurales*, vol. 28, p. 17-32
- HATCHUEL A. et WEIL B. (1992) *L'expert et le système, gestion des savoirs et métamorphose des acteurs dans l'entreprise industrielle*, Economica, Paris
- HAVARD C. (2015). L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ?. @GRH, vol. 16, p. 91-125.
- HELFEN M. (2015) Institutionalizing precariousness ? The politics of boundary work in legalizing agency work in Germany, *Organization Studies*, vol. 36, p. 1387-1422
- HERNES T. (2004). Studying composite boundaries: A framework of analysis, *Human Relations*, 57 (1), 9–29
- HLADY RISPAL M. (2002). *La méthode des cas: Application à la recherche en gestion*. De Boeck Supérieur.
- HOFF T. (2000) Professional Commitment among US Physician Executives in Managed Care, *Social Science and Medicine*, vol. 50, n° 10, p. 1433–44.
- HOFSTEDE G.H. (1967) *The Game of Budget Control* , Van Gorcum
- HOFSTEDE G. (1981) Culture and Organizations, *International Studies of Management and Organization*, vol. 10, p. 15-41
- HOOD C. (1991) A public management for all seasons?, *Public Administration*, vol. 69, n°1, p. 3-19
- HOOD C. (1995) The New Public Management in the 1980s: variations on a theme, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, n°2-3, p. 93-110
- HOPWOOD A.G. (1976), Editorial. —The path ahead, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 1, n°1, pp.1-4.
- HORNER R. D., MATTHEWS G. et MICHAEL S. Y. (2012) A Conceptual Model of Physician Work Intensity : Guidance for Evaluating Policies and Practices to Improve Health Care Delivery, *Medical Care*, vol. 50, n° 8, p. 654-661.
- HUQ J-L., REAY T. et CHREIM S. (2017) Protecting the paradox of interprofessional collaboration, *Organization Studies*, vol. 38, p. 513-538

- HUNG S. Y., KU Y. C., & CHIEN J. C. (2012) Understanding physicians' acceptance of the Medline system for practicing evidence-based medicine: a decomposed TPB model, *International Journal of Medical Informatics*, vol. 81, n° 2, p. 130-142
- HUNT S.D. (1990) Truth in marketing theory and research, *Journal of Marketing*, vol. 54, n°3, p. 1-15
- HUSSENOT A. (2006) Vers une reconsidération de la notion d'usage des outils TIC dans les organisations : une approche en termes d'enaction, *Pratiques et usages organisationnels des sciences et technologies de l'information et de la communication*, pp.158-160
- HUSSERL E. (1970) *The crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology: An Introduction to Phenomenological Philosophy*, Northwestern University Press, Evanston
- IEDEMA R., DEGELING P., BRAITHWAITE J. & WHITE L. (2004) It's an interesting conversation I'm hearing': the doctor as manager, *Organization Studies*, vol. 25, n°1, p. 15–33.
- JACOBS K. (1995) Budgets: a medium of organizational transformation, *Management Accounting Research*, vol. 6, n°1, p. 59-75
- JACOBS K. (2005) Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy, *Financial Accountability & Management*, vol. 21, n°2, p. 135-162.
- JACOBS K., MARCON G. et WITT D. (2004) Cost and performance information for doctors: an international comparison, *Management Accounting Research*, vol. 15, n° 3, p. 337-354.
- JÄRVENPÄÄ M. et LÄNSILUOTO A. I. (2011). Linkages between the elements of management control systems in a non-profit organization, Available at SSRN 1911135
- JÄRVINEN J.T. (2016) Role of management accounting in applying new institutional logics: a comparative case-study in the non-profit sector, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, vol. 29, n°5, p. 861-886
- JARZABKOWSKI P. et FENTON E. (2006) Strategizing and organizing in pluralistic contexts, *Long Range Planning*, vol. 39, n° 6, p. 631-648.
- JAUREGUIBERRY F. (2010) Pratiques soutenables des technologies de communication en entreprise. *Projectics / Proyéctica / Projectique*, 6, 107-120
- JAY J. (2013) Navigating paradox as a mechanism of change and innovation in hybrid organizations, *Academy of Management Journal*, vol. 56, n°1, p. 137-159
- JAZAYERI M. et HOPPER T. (1999) Management accounting within world class manufacturing: a case study, *Management Accounting Research*, vol.10, n°3, p. 263-301
- JERMAN L., ALCOUFFE S. & ORIOT F. (2020). « On n'est pas des magiciens » : Le contrôleur, facilitateur de compromis dans le processus de commensuration, *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 26, 67-110.

JOANNIDES V. Et JAUMIER S. (2013) De la démocratie en Amérique du Nord à l'*accountability* à la française. Comprendre les origines sociopolitiques de l'*accountability*, *Revue Française de Gestion*, vol. 8, n°237, p. 99-11

JÖNSSON S. et GRÖNLUND A. (1988) Life with a sub-contractor: new technology and management accounting, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 13, n° 5, p. 513-532

JORDAN S., JORGENSEN L. et MITTERHOFER H. (2013) Performing risk and the project: risk maps as mediating instruments, *Management Accounting Research*, vol. 24, n° 2, p. 156-174

JORGENSEN B. & MESSNER M. (2010) Accounting, and strategising: a case study from new product development, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 35, p. 184–204.

KAHN R.L. et CANNELL C.F. (1957) *The Dynamics of Interviewing. Theory, Technique and Cases*, Wiley & Sons, New York

KAHN R.L., WOLDE D.M., QUINN R.P. et SNOECK J.D. (1964) *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*, New york, J. Wiley & sons

KAHN W.A. et KRAM K.E. (1994) Authority at Work: Internal Models and Their Organizational Consequences, *The Academy of Management Review*, vol. 19, n° 1, p. 17-50

KALEV A., DOBIN F. Et KELLY E. (2006) Best Practices or Best Guesses? Assessing the Efficacy of Corporate Affirmative Action and Diversity Policies, *American Sociological Review*, vol.71, p. 589–617.

KANTOLA H. et JÄRVINEN J. (2012) Analysing the institutional logic of late DRG adopters, *Financial Accountability & Management*, vol. 28, n°3, p. 269-285

KELLOGG K.C. (2009) Operating Room : Relation, space and Micro-institutional Change in Surgery, *American Journal of Sociology*, vol. 115, n°3, pp. 657-711

KIMBERLY J.R. (1981). "Managerial innovation", *Handbook of organizational design*, Nystrom P.C. et Starbuck W.H., vol. 1, Oxford University Press, New York, p. 84-104

KING R. et CLARKSON P. (2015) Management control system design, ownership, and performance in professional service organisations. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 45, p. 24-39

KOENIG G. (2005) Études de cas et évaluation de programme: une perspective campbellienne, *Actes de la XIV^è conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique*, Angers

KRAATZ M.S. et BLOCK E.S. (2008) Organizational implications of institutional pluralism in GREENWOOD R., OLIVER C., SUDDABY R. et SAHLIN-ANDERSSON K. (eds) *Handbook of organizational institutionalism*, p. 243-275, Londres :Sage

KREINER G.E., HOLLENSBE E.C. et SHEEP M.L. (2009) Balancing borders and bridges : negotiating work-home interface via boundary work tactics, *Academy of Management Journal*, vol. 52, n°4, p. 704-730

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*, vol. 24, n°2, p. 95-124.

KURUNMÄKI L. (2004) A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals, *Accounting, organizations and society*, vol. 29, n°3-4, p. 327-347

KURUNMÄKI L., LAPSLEY I. Et MELIA K. (2003) Accountingization versus legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care, *Management Accounting Research* , vol. 14, n°2, p.112-139.

KURUNMÄKI L. et MILLER P. (2011) Regulatory hybrids : partnerships, budgeting and modernising government, *Management Accounting Research*, vol. 22, n° 4, p. 220-241

LACROIX J.G., MOEGLIN P. et TREMBLAY G. (1992) Usages de la notion d'usage : NTIC et discours promotionnels au Québec et en France, *Les nouveaux espaces de l'information et de la communication*

LAFONTAINE J.P. (2003) Les techniques de comptabilité environnementale entre innovations comptables et innovations managériales, *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 3, n° 9, p. 111-127

LAGUECIR A., KERN A. & KHAROUBI C (2020) Management accounting systems in institutional complexity : Hysteresis and boundaries of practices in social housing, *Management Accounting Research*, vol. 49

LAMONT M. et MOLNAR V. (2002) The study of boundaries in the social sciences, *Annual Review of Sociology*, vol. 28, p. 167-195

LANGLEY A. et TSOUKAS H. (2017) *The Sage Handbook of Process Organization Studies*, Sages publications, 678 pages

LAPSLEY I. & MILLER P. (2019) Transforming the public sector : 1998-2018, *Accounting, Auditing, Accountability Journal*

LAUGHLIN R. (1999) Critical accounting: nature, progress and prognosis, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 12, n°1, p. 73 - 78.

LAUFER R. et BURLAUD A. (1997) Légitimité in JOFFRE P. et SIMON Y. (dir.), *Encyclopédie de gestion* (2e éd.), Paris, Economica, p. 1754-1772.

LAVIGNE B. (2000) Objectifs des états financiers des PME et conditions de leur genèse, *Cinquième congrès international francophone sur les PME*, Lille

LAWRENCE T.B., SUDDABY R. Et LECA B. (2009) Introduction: theorizing and studying institutional work in *Institutional work: Actors and Agency in Institutional Studies of Organizations*, Cambridge University Press, p. 1-27

LEHTONEN T. (2007) DRG based prospective pricing and case-mix accounting- Exploring the mechanisms of successful implementation, *Management Accounting Research*, vol. 18, n° 3, p. 367-395

LEMAIRE C. (2021) Quand le contrôle de gestion façonne les relations inter-organisationnelles : le cas de l'introduction d'un tableau de bord dans le médico-social. *Comptabilité Contrôle Audit*, 27, 7-40

LE MOIGNE J.F. (1995) *Les épistémologies constructives*, Collection "Que sais-je?", n° 2969

LIND J. (2001) Control in world class manufacturing—A longitudinal case study, *Management Accounting Research*, vol. 12, n°1, p. 41-74.

LINDBERG K., WALTER L. et RAVIOLA E. (2017) Performing boundary work : The emergence of a new practice in a hybrid operating room, *Social Science & Medecine*,

LLEWELLYN S. (2001) Two-way windows : Clinicians as Medical Managers, *Organization Studies*, vol. 22, n° 4, p. 593-623

LLEWELLYN S. et NORTHCOTT D., (2005) The average hospital, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 30, n°6, p. 555-583.

LORINO P. (2002) *Vers une théorie pragmatique et sémiotique des outils appliquée aux instruments de gestion*, Document de recherche ESSEC, DR 02015, 23p

LORINO P. & NEFUSSI J. (2007). Tertiariation des filières et reconstruction du sens à travers des récits collectifs. *Revue française de gestion*, n 75-92

LOUNSBURY M. (2008) Institutional rationality and practice variation: New directions in the institutional analysis of practice, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 33, n° 4-5, p. 349-361

LUKKA K. et MODELL S. (2010) Validation in interpretive management accounting research, *Accounting, Organization and Society*, vol. 35, n° 4, p. 462-477

LUNKKA N., JANSSON N., MAINELA T., SUHONEN M., MERILAINEN M., PUHAKKA V. et WIIK H. (2021) Professional boundaries in action: Using reflective spaces for boundary work to incorporate a new healthcare role, *Human Relations*, p. 1-28

LUX G. (2013) Adoption et usage(s) des outils de gestion par les directeurs d'établissements et services médico-sociaux : état des lieux et facteurs explicatifs, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Rennes I

- LUX G. (2019) Facteurs explicatifs à l'usage des outils de gestion de l'absentéisme dans les organisations médico-sociales, *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 3, p. 201-222
- MAYER P. (1981) Valeur technique et valeur institutionnelle d'un instrument de gestion, *Annales des Mines*, Juillet-Aout
- MAZARS-CHAPELON A. (2001) *Outils de gestion, cognition, émotion : vers la compréhension de la prolifération d'outils de gestion dans les organisations*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Paris Dauphine
- MAZARS-CHAPELON A. (2010) Le foisonnement d'outils de gestion : d'un portefeuille d'outils à une « technologie en pratique », *Revue Finance Contrôle Stratégie*, vol. 13, n°4, pages 5-38.
- MAZARS-CHAPELON A., AMANS P. et VILLESEQUE-DUBUS F. (2023) Du conflit de logique à l'hybridation, ou comment un acteur de la sphère culturelle associative peut piloter un festival à la manière d'un groupe coté en bourse, *44^{ème} Congrès de l'Association Française de Comptabilité*, Lyon, Juin 2023
- McGIVERN G., CURRIE G., FERLIE E. & FITZGERLAD L. (2015) Hybrid managers' identity work: the maintenance and hybridization of professionalism in managerial contexts, *Public Administration*, vol. 93, n° 2, p. 412-432
- McPHERSON C.M. et SAUDER M. (2013) Logics in action managing institutional complexity in a drug court, *Administrative Science Quarterly*, vol. 22, n° 4, p. 593-623
- MAHMOUD Z. et ANGELE-HALGAND N. (2018) L'industrialisation des blocs opératoires : *Lean Management* et réification, *Management & Avenir Santé*, vol. 1, n°3, p. 73-88
- MAINHAGU S. (2015) Quand des professionnels contraignent leurs dirigeants à adopter une stratégie de découplage, *Gérer et Comprendre*, 121(3), p. 12-20
- MAINHAGU S. (2022) Le découplage de la GRH comme régulation du secteur sanitaire, *Journal de Gestion et d'Economie de la Santé*, vol. 5, p. 369-397
- MALMI T. et BROWN D.A. (2008) Management Control Systems as a Package – Opportunities, *Management Accounting Research*, vol. 19, n° 4, p. 287–300
- MAUSS M. Et FAUCONNET P. (1901) La sociologie: objet et méthodes, *La Grande encyclopédie*, p. 165 - 176, Paris, Société Anonyme de la Grande encyclopédie
- McINTYRE V. (2004) Nike vs Kasky: leaving corporate America speechless, *William Mitchell Law Review*, vol. 30, p. 1531-1569
- MERTON P. (1949) *Social Theory and Social Structure*, The Free Press, New York
- MEYER J.W. et ROWAN B. (1977) Institutionalized Organizations : Formal Structure as Myth and Ceremony , *American Journal of Sociology*, vol. 83, September, p. 340-363

MEYSSONNIER F. et ZAWADZKI C. (2008) L'introduction du contrôle de gestion en PME : étude d'un cas de structuration tardive de la gestion d'une entreprise familiale en forte croissance, *Revue internationale PME Economie et gestion de la petite et moyenne entreprise*, vol 21, n°1, p. 69-92

MILES M.B. et HUBERMAN A.M. (2003) *Analyse des données qualitatives*, De Boeck Supérieur

MILLER P. (1998). The margins of accounting, *European Accounting Review*, vol. 7, n° 4, p. 605-621.

MILLER P. et O'LEARY T. (1987) Accounting and the construction of the governable person, *Accounting, Organizations and Society*, 12(3), p. 235-265

MILLER P. et O'LEARY T. (2007) Mediating instruments and making markets: capital budgeting, science and the economy, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 32, n° 7-8, p. 701-734

MILLER P. et POWER (2013) Accounting, organizing, and economizing: connecting accounting research and organization theory, *Academy of Management Annals*, vol. 7, n° 1, p. 557-605

MILLER P. et ROSE N. (1990) Governing economic life, *Economy and Society*, vol. 19, n°1, p. 1-31

MINTZBERG H. (1983) The case for corporate social responsibility, *Journal of Business Strategy*, vol. 4, n°2, p. 3-15

MOISDON J.C. (1997) *Du mode d'existence des outils de gestion*, Paris, Seli Arslan

MOISDON J.C. (2005) Comment apprend-on par les outils de gestion. Retours sur une doctrine in LORINO P. et TEULIER R. (dir) *Connaissance et Organisations : l'activité collective*, p. 239-250, Recherches, La Découverte Paris

MOISDON J. (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*, , 213-226

MOISDON J.C. (2013) De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé, *Quaderni*, vol. 82, p. 39-54

MOISDON J.C. (2017) PMSI, T2A et gestion interne, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, vol. 35, n°2, p. 51-66

MORK B.E., HOHOLM T., MAANINEN-OLSSON E. & AANESTAD M. (2012) Changing practice through boundary organizaing : A case from medical R&D, *Human Relations*, vol. 65, n° 2, p. 263-288

MORINIERE A. (2021) *Analyse du rôle des mesures de performance dans l'émergence des dynamiques de tensions et de compromis dans les hôpitaux publics français*, Thèse en sciences de gestion, Université de Montpellier

MORINIERE A. et GEORGESCU I. (2021) Hybridity and the use of performance measurement : facilitating compromises or creating moral struggles ? Insights from healthcare organizations, *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, vol. 35, n°3, p. 801-829

MORGAN G. (1998) *Images de l'organisation*, SAGE Pub

MUTCH A. (2018) Practice, Substance, and History: Reframing Institutional Logics. *Academy of Management Review*, 43(2), 242-58

NARO G. et TRAVAILLE D. (2020) Les leçons de la crise sanitaire du Covid-19 pour le contrôle de gestion des hôpitaux publics : une logique de l'efficacité à une logique de l'efficacité, *XX USP International Conference in Accounting*, Sao Paulo-August.

NILS F. et RIME B. (2003) L'interview in MOSCOVICI S. et BUCHINI F., *Les Méthodes des sciences humaines*, Presses Universitaires de France, Paris, p. 165-186

NOBLET A.J. et RODWELL J.J. (2009) Integrating Job Stress and Social Exchange Theories to Predict Employees Strain in Reformed Public Sector Contexts, *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 19, p. 555-578

NOBRE T. et LAMBERT P. (2012) *Le management de pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis*. Dunod.

NYLAND K., & PETTERSEN I.J. (2015). Hybrid controls and accountabilities in public sector management: Three case studies in a reforming hospital sector, *International Journal of Public Sector Management*, vol. 28, n° 2, p. 90-104

OLIVER C. (1991) Strategic responses to institutional processes, *Academy of Management Review*, vol. 16, n° 1, p. 145-179

ORLIKOWSKI W. (1992) The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations, *Organization Science*, vol. 3, n° 3, p. 398-427

ORLIKOWSKI W. (2002) Knowing in Practice : Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing, *Organization Science*, vol. 13, n° 3, p. 249-273

ORTON J.D. et WEICK K.E. (1990) Loosely coupled systems : A reconceptualization, *Academy of Management Review*, vol.15, n°2, p. 203-223

OSTERGREN K. (2009) Management control practices and clinician-managers: the case of the Norwegian Health sector. *Financial Accountability and Management*, vol. 25, n°2, p. 167-195.

OTLEY D. (2016) The Contingency Theory of Management Accounting and Control: 1980-2014, *Management Accounting Research*, vol. 31, p. 45-62

PACHE A.C. et SANTOS F. (2010) When words collide : The internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands, *Academy of Management Review*, vol. 35, n° 3, p. 455-476

PACHE A.C. et SANTOS F. (2013) *Embedded in hybrid contexts : How individuals in organizations respond to competing institutional logics*, in LOUNSBURY M. et BOXENBAUM E. (dir) *Institutional Logics in action, Part B (Research in the Sociology of organizations)*, vol. 39, p. 3-35, Bingley : Emerald Group Publishing Limited

PACHE A.C. et THORNTON P.H. (2020) *Hybridity and institutional logics* in MARYA L.B. et BJOERN (dir) *Organizational hybridity : Perspectives, processes, promises*, vol. 69, p. 29-52, Bingley, Royaume Uni, Emerald Publishing

PACHE A.C. et SANTOS F. (2021) When worlds keep on colliding : exploring the consequences of organizational responses to conflicting institutional demands, *Academy of Management Review*, vol. 46, n°4, p. 640-659

PAILLE P. et MUCHIELLI A. (2012) *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, Paris

PARKER L. (2011) University Corporatisation: Driving Redefinition, *Critical Perspectives on Accounting*, vol. 22, p. 434-450

PARIGOT J. (2016) *De la production d'une organisation alternative via l'espace : le cas des lieux intermédiaires dans le secteur du théâtre*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Paris Dauphine

PASSERON J.C. (1991) Le raisonnement sociologique. L'espace non-popperien du raisonnement naturel, Paris, Nathan, 408 pages

PAULY M. (1980) *Doctors and their workshop: Economic models of Physician Behavior*, University of Chicago Press

PEARCE C.L. et CONGER J.A. (2003) *Shared Leadership Reframing the Hows and Whys of Leadership*. Sage, Thousand Oaks

PERKMANN M., MCKELVEY M et PHILLIPS N. (2019) Protecting scientists from Gordon Gekko : How organizations use hybrid spaces to engage with multiple institutional logics, *Organization Science*, vol. 30, p. 298-318

PERRET V. et SEVILLE M. (2007) *Fondements épistémologiques de la recherche*, R.-A. THIETART (dir.), Méthodes de recherche en management, Paris, Dunod, 2007, p.13-33

PESQUEUX Y. (2007). *Gouvernance et privatisation*. Presses Universitaires de France

PETIT N. et LUX G. (2020) Uses of management control tools in the public healthcare sector, *Public Organization Review*, vol. 20, p. 459-475

- PEZET A. (2005). *Peter Miller : les dispositifs de contrôle comme technologies de gouvernement* In Les grands auteurs en contrôle de gestion (pp. 433-447). Edition EMS
- PFEFFER J. (1981) *Power in organizations*, Marshfield, MA: Pitman
- PFEFFER J. Et SALANCIK G.R (1978) *The external control of organizations: a resource dependence perspective*, Harper and Row, New York
- PHILLIPS N. et LAWRENCE T.B. (2012) The turn to work in organization and management theory : Some implications for strategic organization, *Strategic Organization*, vol. 10, n° 3, p. 223-230
- PIAGET J. (1967) *Nature et méthodes de l'épistémologie, Logique et connaissance scientifique*, Paris : Gallimard
- PICKARD S. (2009) *Les phénomènes sociaux en Grande-Bretagne aujourd'hui*, Paris, Ellipses
- PIGEYRE F. et VALETTE A. (2006) L'évolution du travail du chercheur : fabrication de la science au management de la recherche. Le cas des biologistes de l'INRA, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 61, p. 34-45
- POPPER K. (1988) *Misère de l'historicisme*, Paris, Plon
- POSTAIRE M., ALCOUFFE S. & BOITIER M. (2021). L'influence de la variété et des usages des dispositifs de contrôle dans le pilotage de la performance globale : le cas d'un incubateur de startups. *Management & Avenir*, 124, 81-105
- POUVOURVILLE de G. & TEDESCO J. (2003). La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *Revue française de gestion*, vol. 146, n° 5, p. 205-218
- POWELL W.W. (1988) Institutional effects on organizational structure and performance, in LYNNE G. et ZUCKER (dir) *Institutional Patterns and Organizations: Culture and Environment*, p.115-36, Cambridge, MA: Ballinger
- POWELL W.W et Di MAGGIO P.J. (1991) *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago, University of Chicago Press
- POWER M. (1997) *The audit strategy: Rituals of verification*, OUP Oxford
- POWER (1999) *The Audit Society: Rituals of Verification*, Oxford University Press.
- POWER M. et LAUGHLIN R. (1992) Critical theory and accounting, *Critical management studies*, vol. 21, n°5, p. 441-465
- PRAS B. Et ZARLOWSKI P. (2013) Obligation de rendre des comptes. Enjeux de légitimité et d'efficacité, *Revue Française de Gestion*, vol. 8, n°237, p. 13-31

- PRESTON A.M. (1992) The birth of clinical accounting: a study of the emergence and transformations of discourses on costs and practices of accounting in US hospitals, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 17, n°1, p. 67-100
- QUATTRONE P. and HOPPER T. (2001). What does organizational change mean? Speculations on a taken for granted category, *Management Accounting Research*, vol. 12, p. 403-435.
- QUIVY R. et VAN CAMPENHOUDT L. (2006) Méthodes de recherche en sciences sociales in THIERTART R.A. (dir) *Méthodes de recherche en management*, Troisième édition
- RABARDEL P. (2005) Instrument, activité et développement du pouvoir d’agir dans TEULIER R. et LORINO P. (Dir.), *Entre connaissance et organisation : l’activité collective*, La Découverte, Paris, p. 251-265
- RAGAIGNE A., OIRY E. et GRIMAND A. (2014) Contraindre et habiliter : la double dimension des outils de contrôle, *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 20, p. 9-37.
- RAINEY H. G. et BOZEMAN B. (2000) Comparing public and private organizations: Empirical research and the power of the a priori, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 447–470.
- RAO H., MONIN P. et DURAND R. (2005) Border Crossing: Bricolage and the Erosion of Categorical Boundaries in French Gastronomy, *American Sociological Review*, vol.70, p.968–991
- RAT-ASPERT O., TANGUY C. & COLENO F. (2022). Appropriation d’un outil de gestion et dynamique de stratégie collective: Le cas d’une organisation de producteurs de lait. *Revue française de gestion*, 306, 83-107
- REAY T. et HINNINGS C.R. (2009) Managing the rivalry of competing institutional logics, *Organization studies*, vol. 30, n°6, p. 629-652
- RESENTERRA F., GIAUQUE D. & SIGGEN M. (2013). Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l’exemple des hôpitaux de Suisse romande. *Humanisme et Entreprise*, vol. 5, n° 315, p. 1-24
- REYES G. (2015) Identité professionnelle du pharmacien et design organisationnel de la pharmacie, *Revue Française de Gestion*, vol. 3, n°248, p. 77-92
- RIVELINE C. (1983) Pour une ethnographie des organisations, *Enseignement et Gestion*
- RIVIERE A., COMMEIRAS N. et LOUBES A. (2019), Nouveau management public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 2, n° 112, p. 3-20.
- RIVIERE A. (2022) Tensions de rôle et comportement innovant au travail : quel défi pour les cadres de santé à l’hôpital public ?, *Politiques et Management Public*, n° 2, p. 151-179

- ROBBINS G. (2007) Obstacles to implementation of new public management in an Irish hospital, *Financial Accountability and Management*, vol. 23, n°1, p. 55-71
- ROBERTS J. (1991) The possibilities of accountability, *Accounting, organisations and society*, vol. 16, n°4, p. 355-368
- ROBERTS J. et SCAPENS R. (1985) Accounting systems and system of accountability—understanding accounting practices in their organisational contexts, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 10, n° 4, p. 443-456
- ROBSON K. & EZZAMEL M. (2023) The cultural fields of accounting practices : Institutionalization and accounting changes beyond the organization, *Accounting, Organizations and Society*, 104
- ROCHER S. (2008). Implantation et rôle d'un outil de gestion comptable. *Revue française de gestion*, 190, 77-89
- ROETHLISBERGER F.J. et DICKSON W.J. (1939), *Management and the worker : An account of a research program conducted by the Western Hawthorne works*, Harvard University press, Chicago
- ROUCHON S., PEREZ M. et TEYSSIER C. (2010) L'appropriation des outils comptables et financiers par les PME in De Vaujany F.X. (dir) *De la conception à l'usage : vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, Editions Management & Société, Paris
- ROUSSEL P. et WACHEUX F. (2005) *Management des ressources humaines. Méthodes de recherche en sciences de gestion*, De Boeck Université
- ROYER I et ZARLOWSKI P. (2014) Le design de la recherche in THIETART R.A. (dir) *Méthodes de recherche en management*, p. 168-196, Dunod
- SAMUELSON L.A. (1986) Discrepancies between the roles of budgeting, *Accounting Organizations and Society*, vol. 11, n° 1, p. 35-45
- SANDBERG J. (2005) How Do We Justify Knowledge Produced Within Interpretive Approaches ?, *Organizational Research Methods*, vol. 8, n° 1
- SANDELIN M. (2008). Operation of management control practices as a package—A case study on control system variety in a growth firm context. *Management Accounting Research*, vol. 19, n°4, p. 324-343
- SANTOS F., K. M. EISENHARDT K.M. (2005) Constructing markets and organizing boundaries: Entrepreneurial action in nascent fields, *Organization Science*, vol. 16, n° 5, p. 491-508
- SAUSSOIS J.M (2007) *Théories des organisations*, Paris, La Découverte, 128 pages

SCHÄFFER U., STRAUSS E. et ZECHER C. (2015). The role of management control systems in situations of institutional complexity, *Qualitative Research in Accounting & Management*, vol.12, n° 4, p. 395-424

SCHÜTZ A. (1987) *Le chercheur et le quotidien*, Paris, Méridiens-Klincksieck

SCOTT W.R. (1992) *Organizations: Rational, natural and open systems* (3ème édition), Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

SCOTT W.R. et MEYER J.W. (1994) *Institutional Environments and Organisations: Structural Complexity and Individualism*, Sage, London

SCOTT W.R. (1995) *Institutions and organizations. Ideas, Interests and Identities*, Thousand Oaks: Sage.

SCOTT W. R. (2001) Organization : overview In SMELSER N.J & BALTES P.B. (dir.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*, p.10910-10917, Oxford, Elsevier

SEIDMAN G.I. (2005) The origins of accountability: everything I know about the sovereign's immunity, I learned from king Henry III, *Saint Louis University Law Journal*, vol. 49, n°2, p. 393-480

SÉGRESTIN D. (2004), *Les chantiers du manager*, Armand Colin, Paris

SELZNICK P. (1949) *TVA and the Grass Roots : A Study in the Sociology of Formal Organization*, Berkeley, University of California Press

SELZNICK P. (1957) *Leadership in administration*, New York, Harper et Row

SEO M.G et CREED W.E.D (2002) Institutional Contradictions: Praxis and Institutional Change- A Dialectical Perspective, *Academy of Management Review*, vol. 27, n°2, p. 222-247

SEWELL W.H. (1992) A Theory of Structure: Duality, Agency and Transformation, *American Journal of Sociology*, vol. 98, n°1, p. 1-29

SIMON H. (1947) *Administrative behavior. A study of decision-making processes in administrative organization*, MacMillan, New York

SIMONS R. (1990) The role of MCS in creating competitive advantage: new perspectives, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 15, p. 127-143

SIMONS R. (1995) How managers use innovative control system to drive strategic renewal. In *Level of Control* (p. 233). Harvard Business Review Press.

SINCLAIR A. (1995) The chameleon of accountability: forms and discourses, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, n°2-3, p. 219-237

- SMYTH (2012) Contesting public accountability: a dialogical exploration of accountability and social housing, *Critical Perspectives on Accounting*, vol. 23, n°2, p. 230-243
- SOLER L.G. (1993) Instrumentation de gestion et conduite de l'entreprise, *Cahiers d'Economie et Sociologie Rurales*, n° 28, p. 5-16
- SOMBART W. (1916) *Der moderne Kapitalismus*, Dritter Band, München, 1916-1927
- SPEKLE R. F. et VERBEETEN F. H. M. (2014) The use of performance measurement systems in the public sector: Effects on performance, *Management Accounting Research*, vol. 25, n° 2, p.131-146
- SPONEM S. et LAMBERT C. (2010) Pratiques budgétaires, rôles et critiques du budget. Perception des DAF et des contrôleurs de gestion, *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 16, n°1, p. 159-194
- STECCOLINI (2019) Accounting and the post-new public management: Re-considering publicness in accounting research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, vol. 32, n°1, p. 255-279
- SUCHMAN M.C (1995) Managing legitimacy: strategic and institutional approaches, *Academy of Management Review*, vol. 20, n° 3, p. 571-610.
- TAHAR C. (2020) De nouveaux outils de pilotage dans un package existant : une nécessaire et difficile synchronisation, *Comptabilité-Contrôle-Audit*, vol. 26, n°3, p. 7-34
- THIETART R.A. (2014) *Méthodes de recherche en management*, Dunod
- THOMSON I., GRUBNIC S. & GEORGAKOPOULOS G. (2014). Exploring accounting-sustainability hybridisation in the UK public sector, *Accounting, Organizations and Society*, 39(6): 453-476
- THORNTON P.H., OCASIO W. & LOUNSBURY M. (2012) *The institutional logics perspective : A new approche to culture, structure and process*, Oxford : Oxford University Press
- TILCSIK A. (2010), "From Ritual to Reality: Demography, Ideology, and Decoupling in a Post-communist Government Agency", *Academy of Management Journal*, vol. 53, no. 6, p. 1474-1498
- TOURON P. (2000) Apports et limites de la théorie institutionnelle des organisations- Etude de trois cas d'adoption de normes comptables internationales en France, 21ème congrès de l'AFC
- TOWNLEY B. (1993), Foucault, power/knowledge, and its relevance for human resource management, *Academy of Management Review*, 18, (3) : 518-545.
- TRIANTAFILLOU P. (2014) Against all odds? Understanding the emergence of accreditation of the Danish hospitals, *Social Science & Medicine*, vol. 101, p. 78-85

- VALETTE A. et BURELLIER F. (2014) Quand l'habit fait le moine- Les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hybrides « malgré tout » ? *Annales des Mines- Gérer et Comprendre*, vol. 2, p. 4-13
- VALETTE A., GRENIER C., SAULPIC O. & ZARLOWSKI P. (2015) La fabrication du « médico-économique » à l'hôpital français : une analyse de la littérature, *Revue Politiques et Management Public*, vol. 32, n° 3, p. 241-264.
- VALETTE A., FATIEN DIOCHON P. et BURELLIER F. (2018) « À chacun son paradoxe »: Étude de la délégation des paradoxes organisationnels aux individus. *Revue française de gestion*, vol. 270, p. 115-126.
- VAN DER KOLK B. (2019) Management control packages: a literature review and guidelines for public sector research, *Public Money & Management*, vol.39, n° 7, p.512-520
- VAN DER KOLK B. et SCHOKKER T. (2016) Strategy implementation through hierarchical couplings in a management control package: an explorative case study, *Journal of Management Control*, vol. 27, n° 2-3, P ; 129-154.
- VAN MAANEN J. (1979) Reclaiming Qualitative Methods for Organizational Research: A Preface, *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, n°4, p. 520-526
- VAUJANY de F.X. (2006) Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage, *Management & Avenir*, vol. 9, p. 109-126
- VEGA M. (2022) Les perceptions managériales du contrôle réglementaire : Une étude de cas sur l'accréditation des hôpitaux. *Comptabilité Contrôle Audit*, vol. 28, p. 7-53.
- VERRIER P. E. (1989) Les spécificités du management public : Le cas de la gestion des ressources humaines, *Politiques et Management Public*, vol. 7, n° 4, p. 47-61.
- VITALIS A. (1994) *Médias et nouvelles technologies. Pour une socio-politique des usages*, Rennes, Editions Apogée, 159 pages
- VOGEL C., CAMOUS B. et BOLLECKER M. (2023) Accords et désaccords entre les mondes : une analyse de la place des outils de contrôle à l'université publique française, Congrès annuel de l'Association Française de Comptabilité, juin 2023, Lyon
- WANLIN P. (2007) L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels, *Recherches qualitatives*, vol. 3, n° 3, p. 243-272
- WEICK K.E. (1976) Educational organisations as loosely-coupled systems, *Administrative Science Quarterly*, p. 1-19
- WESTPHAL J et ZAJAC E.J. (2001) Decoupling policy from practice: the case of stock repurchase program, *Administrative Science Quarterly*, vol. 46, p. 202-228

WITMAN Y., GERHARD A.C. SMID P. (2010) Doctor in the lead: balancing between two worlds, *Organization*, vol. 18,no 4, p. 477–495

WOOLRIDGE B., SCHMID T. et FLOYD S.W. (2008) The Middle Management Perspective on Strategy Process : Contributions, Synthesis and Future Research, *Journal of Management*, vol. 34, n° 6

WYATT S. (2003) Non users also matter : The construction of users and non users of the Internet in OUDSHOORN N et PINCH T (dir) *How Users Matter the Co-Construction of Users and Technology*, p. 67-79 MIT Press, Cambridge et London

YANOW D. (2006) Qualitative-interpretive methods in policy research, in FISCHER F., MILLER G. et SIDNEY M. (Eds) *Handbook of public policy analysis*, Taylor & Francis, New York

YIN R.K. (2008) *Case Study Research: Design and Methods*. 4th Edition, Sage Publications, Thousand Oaks

YIN R. K. (2011) *Qualitative Research from Start to Finish*. New York: Guilford

ZAHIR-UL-HASSAN M.K., MINNAAR R.A., VOSSelman E. (2016) Governance and control as mediating instruments in an inter-firm relationship: towards collaboration or transactions?, *Accounting and Business Research*, vol. 46, n° 4, p. 365-389

ZELINSCHI D., LEVANT Y. et BERLAND N. (2013) Les motivations au découplage : l'exemple de l'introduction de l'IFRS 8, *Finance Contrôle et Stratégie*, 16 (1)

ZIETSMA, C. ; LAWRENCE, T.-B. (2010). « Institutional Work in the Transformation of an Organizational Field : The Interplay of Boundary Work and Practice Work », *Administrative Science Quarterly*, vol. 55, n° 2, p. 189-221.

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAP	Agence Nationale pour la Performance sanitaire et médico-sociale
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASHQ	Agent des Services Hospitaliers Qualifié
CHU	Centre hospitalo-universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CREA	Compte de résultat d'exploitation analytique
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GMH	Groupe homogène de malades
GMS	Groupe homogène de séjours
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
HUGO	Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat

IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
IPDE	Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
NPM	New Public Management
T2A	Tarifcation à l'activité
TNI	Théorie néo institutionnelle

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1- Architecture de la thèse</i>	27
<i>Tableau 2- Les rôles de la pratique comptable (BURCHELL et al, 1980, p. 14)</i>	60
<i>Tableau 3- Les rôles de la comptabilité dans les organisations (ANSARI et EUSKE, 1987, P. 553)</i>	61
<i>Tableau 4- Recensement des usages instrumentaux des outils de gestion dans la littérature</i>	62
<i>Tableau 5-Recensement des usages politiques des outils de gestion dans la littérature</i>	63
<i>Tableau 6- Typologie des usages des outils de gestion par les directeurs d'établissements médico-sociaux (Lux, 2013, p. 188)</i>	66
<i>Tableau 7-RECENSEMENT DES USAGES cognitifs DES OUTILS DE GESTION DANS LA LITTERATURE (d'après Lux, 2013)</i>	67
<i>Tableau 8-Les 4 mondes de l'hôpital (glouberman & mintzberg, 2001)</i>	80
<i>Tableau 9- Processus, rôles et modes d'exercice des maangers publics (desmarais, 2003)</i>	90
<i>Tableau 10-Typologie des pressions institutionnelles exercées sur les organisations (d'après Di Maggio et Powell, 1983)</i>	115
<i>Tableau 11- Architecture de la recherche</i>	139
<i>Tableau 12-Panorama des 5 paradigmes épistémologiques principaux d'après Gavard-Perret et al. (2018)</i>	143
<i>Tableau 13- Guide d'entretien de l'étude de cas</i>	160
<i>Tableau 14- Tableau récapitulatif des cadres interrogés</i>	161
<i>Tableau 15- Codage de la recherche</i>	171
<i>Tableau 16- TABLEAU DE PRESENTATION SYNTHETIQUE DU PORTEFEUILLE D'OUTILS DE GESTION DU CHU TONUS</i>	208
<i>Tableau 17- codage des données de l'usage "pilotage"</i>	211
<i>Tableau 18- Codage des données de l'usage "prévision"</i>	220
<i>Tableau 19- Codage des données de l'usage "évaluation"</i>	224
<i>Tableau 20- codage des données de l'usage "Légitimation"</i>	232
<i>Tableau 21- Codage des données de l'usage "Découplage"</i>	240
<i>Tableau 22- Codage des données de l'usage "Traduction"</i>	248
<i>Tableau 23- Synthèse des usages du portefeuille d'outils de gestion par les cadres de santé a l'hopital public</i>	258
<i>Tableau 24- Perpectives d'appropriation des outils d'egestion (Grimand, 2004, 2006)</i>	332

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1-Mail envoyé par un cadre supérieur de santé à 1 cadre de la DRH, au cadre administratif et au médecin chef de pôle</i>	<u>282</u>
<i>Figure 2- Mail envoyé par un cadre supérieur de sante à son équipe de cadres</i>	<u>307</u>
<i>Figure 3- Synthèse de l'influence du niveau de maitrise technique des outils sur les usages du portefeuille</i>	<u>317</u>
<i>Figure 4- Synthèse de l'influence du souhait de carrière du cadre de santé sur l'usage du portefeuille d'outils de gestion</i>	<u>331</u>
<i>Figure 5- Synthèse de l'influence de la perspective d'appropriation sur les usages du portefeuille d'outils de gestion</i>	<u>346</u>
<i>Figure 6- Synthèse des variables d'influence des usages du portefeuille d'outils de gestion</i>	<u>395</u>