

Titre : La divisionnalisation d'une bureaucratie professionnelle : enjeux du pilotage par les résultats à l'hôpital public.

Auteurs : Rafael Cavalcante¹, Olivier Baly², Frédéric Kletz³, Jean-Claude Sardas³.

1. Doctorant – rafael.ramalho_vale_cavalcante@mines-paristech.fr.
2. Chercheur associé – olivierbaly@hotmail.com.
3. Enseignant-chercheurs – frederic.kletz@mines-paristech.fr et jean-claude.sardas@mines-paristech.fr.

Centre de Gestion Scientifique, Mines ParisTech.

1. Introduction

Dans l'histoire des organisations, il y a des outils et des changements qui, une fois en action, peuvent laisser des effets durables sur le management. Tel est le cas de la réforme de la Tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital en France, introduite en 2005. Ce mode de financement visait une répartition plus équitable de l'enveloppe globale des dépenses hospitalières et un gain en autonomie stratégique des établissements, ainsi qu'une augmentation de leur efficacité médico-économique (Moison, 2010).

En parallèle, le ministère de la santé introduisit la création des pôles d'activité en 2005¹, dont un des objectifs était de faire évoluer la gestion des hôpitaux en cohérence avec l'introduction de ce nouveau mode de financement. En effet, face à la possibilité d'amorcer la construction d'une comptabilité analytique en interne, émergeait la perspective d'une gestion contractuelle à l'intérieur des établissements entre la direction et les pôles, érigés comme des centres de responsabilité regroupant plusieurs services.

Dans les contrats des pôles, doivent apparaître des objectifs chiffrés qui feront l'objet d'un suivi. Une délégation de gestion, c'est-à-dire une enveloppe budgétaire gérée par le pôle de manière autonome, peut être accordée par la direction de l'établissement. Ces dispositifs ont été affermis en 2009 par la loi HPST, notamment par le renforcement du rôle des médecins chefs de pôle dans le pilotage opérationnel.

Après plusieurs années, force est de constater que les pôles n'ont pas réussi à s'instaurer dans le maillage hospitalier comme des espaces de gestion reconnus et légitimes (Burnel, 2017) (Vallejo et al., 2020). Plus récemment, une série de crises a contribué à remettre fortement en question ce cadre de gouvernance interne : crise sanitaire, d'attractivité et de sens. Par conséquent, un mouvement qui propose de repenser la structure polaire s'est constitué, prônant une revalorisation du rôle du service comme base affirmée de l'organisation hospitalière (Michot et al., 2019). L'une des manifestations de cette critique est le rapport du Pr Claris (2020)² qui, tout en soulignant la perte d'attractivité de l'exercice à l'hôpital public, dénonce la dévalorisation progressive du service dans la gouvernance. La pandémie de COVID a encore contribué à remettre en question la pertinence des pôles, d'autant plus qu'une des mesures du Ségur de la santé, reprise par la loi Rist d'avril 2021³, est justement de « réhabiliter

¹ L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé a instauré dans son titre Ier ce qu'il fut convenu ensuite d'appeler la « nouvelle gouvernance hospitalière ».

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

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

le rôle et le place du service au sein de l'hôpital pour mettre fin aux excès de la loi HPST », en permettant à chaque établissement de santé de proposer et adapter son organisation interne au contexte local.

Nous pouvons constater que les pôles n'ont pas atteint leur objectif de renforcement de leur rôle de pilotage et d'intégration, et il est alors envisagé de repositionner les services comme structure de base de l'organisation en leur donnant davantage d'autonomie. Néanmoins, l'hôpital continue à être un environnement de fort cloisonnement entre les services eux-mêmes, chacun concentré sur ses propres logiques de fonctionnement, ce qui représente une barrière à la transversalité, le tout dans un contexte de perte d'attractivité.

Or, si le législateur ne rompt pas avec les principes de rationalisation, contractualisation et responsabilisation de l'exercice à l'hôpital public qui ont orienté les réformes des dernières décennies, il recentre le service au cœur du dialogue de gestion. Se pose alors la question de comment adapter ce cadre de gouvernance. Face à cette dialectique, il importe notamment de comprendre : 1. Quelles sont les raisons qui se cachent derrière les difficultés des pôles d'activité à s'ériger comme des espaces de gestion à l'hôpital ? 2. Quels sont les enjeux de la mise en place d'un pilotage par les résultats dans une organisation caractérisée par la grande autonomie des professionnels dans l'exercice de leur activité ? 3. Quelle est la place des organisations supra/inter-services de type pôles à l'hôpital ?

2. Positionnement théorique :

Dans la typologie de Mintzberg des configurations structurelles, l'hôpital est traditionnellement décrit comme une bureaucratie professionnelle (Mintzberg, [1978] 1982), caractérisée par la prégnance de son centre opérationnel. Le mécanisme principal de standardisation de cette organisation concerne la qualification des opérateurs, car la complexité des procédés de travail et la difficulté d'en mesurer les produits et les résultats rendent tout système de pilotage des performances ou de standardisation des procédures inopérant. Ceci donne au professionnel une capacité d'autonomie considérable.

L'absence de système de mesure propre à rendre compte adéquatement de l'activité des professionnels limite ainsi la possibilité pour qu'une analyse de planification et de contrôle y trouve une place. Or c'est précisément ce facteur de contingence qui semble avoir été modifié par la T2A. Avec la création des pôles d'activité, on se trouve face à la possibilité de promouvoir une divisionnalisation de l'hôpital.

Dans la structure divisionnalisée, des unités autonomes, appelées « divisions », sont reliées entre elles par une administration centrale, appelée « siège ». Le mécanisme de coordination prévalant dans ce cas est la standardisation par les résultats, qui consiste à déterminer à l'avance les résultats du travail en fixant les objectifs de performance que les unités opérationnelles doivent atteindre. Cela nécessite le développement d'une technostructure puissante - comme la fonction contrôle de gestion, capable de mettre en place un système de pilotage - mais aussi de managers opérationnels, qui possèdent la maîtrise et la légitimité pour gérer de manière autonome leur périmètre sur la base d'un principe de responsabilité. Tel est le cadre théorique du fonctionnement et de la fonction de chefferie de pôle.

Il convient de se demander ce qu'il existe derrière l'idée de « piloter par les résultats », avant de comprendre les enjeux du transfert d'un tel mode de coordination, pourtant bien établi dans certains secteurs industriels et de consommation, à une organisation de type professionnelle. En fait, l'idée trouve ses racines dans la notion de *management by objectives*

(MBO), introduite par Peter Drucker en 1954. Ce mode de management permet de faire face au modèle fordiste de bureaucratie qui avait marqué la première moitié du XX^{ème} siècle, qui se heurtaient à un problème des coûts et une difficulté de coordonner le travail au sein des organisations dont le facteur de contingence principal était la taille.

Le MBO se compose de quatre parties complémentaires : la détermination centralisée des objectifs de l'entreprise ; la définition décentralisée des objectifs opérationnels et de l'organisation des tâches ; la mesure de la performance par rapport aux objectifs ; et un système d'incitations basé sur les résultats. Le principe fondateur repose sur l'idée que, pour atteindre un impératif de performance globale de l'organisation, le travail de chacun, en particulier celui de chaque manager, doit être orienté vers les objectifs de l'ensemble, afin d'éviter qu'en poursuivant sa propre notion de « travail bien fait », le professionnel ralentisse ou empêche l'atteinte des buts généraux.

A l'époque, Drucker prévoyait que la « nouvelle technologie » (la capacité à produire des informations de mesure toujours plus précises), permettrait une maîtrise de soi plus efficace qui renforcerait la volonté d'excellence « naturelle » de chaque travailleur. Si bien utilisée, cette technologie conduirait à une avancée considérable dans l'efficacité et la performance de la gestion, par un mécanisme d'*autocontrôle*. La maîtrise de soi signifie une motivation plus forte, et remplace la gestion par la domination. Ce mécanisme est stabilisé par ce que Drucker appelle la « *manager's letter* », précurseur du contrat entre mandataire et agent, permettant à ce dernier de contrôler lui-même ce qu'il fait pour atteindre les résultats qui sont attendus de lui (et qui ont été fixés, en toute franchise et à bon escient mutuel), pour en être tenu responsable.

Le problème d'écart entre attentes individuelles et attentes de l'organisation est d'ailleurs couramment présent dans les bureaucraties professionnelles, avec une multiplicité de stratégies individuelles portées par des individus détenant une forte légitimité reconnue. On voit ainsi comment la T2A a pu susciter un espoir d'alignement entre les attendus de chacun à une notion partagée de performance, ce qui amena à l'adoption dans la loi d'une configuration organisationnelle de l'hôpital compatible avec cette hypothèse : les pôles d'activité.

3. Les raisons d'un échec

Comment expliquer alors le constat d'échec, posé en introduction, de cette modalité de gouvernance et structuration de l'hôpital ? La première raison, peut-être la plus instinctive, consisterait à dire que le travail de soins est tout simplement incompatible avec l'idée de performance dans sa dimension purement médico-économique et comptable. En effet, la stratégie prise au sens de « structure unique et intégrée de décisions commune à toute l'organisation » perd une bonne partie de son sens dans une bureaucratie professionnelle.

D'abord parce que cette « production » est difficile à mesurer, et il est maintenant clair que la T2A n'a pas joué un rôle de clarification nette de ce qu'est la performance. Plusieurs auteurs ont étudié les pôles en cherchant à analyser les rôles des nouveaux acteurs, notamment celui de chef de pôle (Valette & Burellier, 2014)(Kletz, 2014)(Grenier & Berardini-Perinciolo, 2015). Ces études mettent l'accent sur la gestion des paradoxes par le corps soignant, et sur une tentative de l'État de déléguer la réflexion médico-économique aux médecins, les deux compris comme des enjeux clés de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière (Valette et al., 2018).

L'hôpital est marqué par une logique professionnelle progressivement « diffractée » en un grand nombre d'éléments, qui fait éclater les dispositifs de délégation en de multiples activités fortement différenciées. Les professionnels de soins se situent ainsi dans une perspective de prescription réciproque intense, ce qui induit un enchevêtrement des processus. Ce qui relie des acteurs d'univers de référence différents est une solidarité organique difficilement formalisable. Or, les professionnels ne sont en rien accoutumés à prendre en

charge la gestion des trajectoires de patients ni surtout leurs interactions de toutes sortes, même si ce sont eux qui les configurent, prérequis essentiel d'une volonté optimisatrice à l'hôpital. Moisdon (2012) appelle symétrie de non-information, par opposition à la notion classique d'asymétrie d'information, cette incapacité du dispositif technique de régulation d'établir un consensus entre gestionnaires et professionnels en ce qui concerne la performance de l'activité.

Une autre raison peut être liée à la difficulté de se mettre d'accord sur des objectifs comptables à l'hôpital. En effet, cette idée se heurte à un paradoxe : celui de vouloir procéder au transfert d'une contrainte de nature économique appliquée à la gestion médicale, sans l'accompagner d'un processus de réinterprétation de la part des acteurs concernés, formés et socialisés dans un univers où l'on tient, par-dessus tout, à la qualité des soins prodigués aux patients (Moisdon, 2017). Le pôle se retrouve, dans cette perspective, dans une position de simple courroie de transmission, à la fois *top-down* sur les contraintes budgétaires, et *bottom-up* pour faire remonter les demandes des unités et services, tout en étant incapable de favoriser une réflexion effective autour de la révision des processus, dans un esprit de coordination et de mutualisation de ressources (Vallejo et al., 2020).

Enfin, en tant que structure à vocation principalement administrative, le pôle n'arrive que très rarement à trouver une légitimité sur le terrain. La logique de son périmètre et ses fonctions sont très peu lisibles par les personnels les plus éloignés des sphères de gestion, qui trouvent dans le service un collectif d'action fondamental, nullement égalé par le pôle, ainsi qu'un identifiant majeur de leur discipline d'exercice et de leur métier. Il s'agit du niveau de référence où l'on fixe les repères institutionnels nécessaires pour avoir un espace de socialisation et bâtir un esprit d'équipe. Il apparaît ainsi que les enjeux du pôle se cantonnent à des thématiques purement administratives, périphériques par rapport à ce qui constitue le cœur des métiers, associée à un manque de pérennité de la structure (renouvelée et remodelée tous les quatre ans), ce qui constitue autant de barrières à la construction d'une identité organisationnelle de pôle. On se trouve dans une situation où les limites de ce que constitue même « la division » sont difficilement identifiables, ce qui s'impose comme un défi de plus à leur constitution comme des espaces légitimes de gestion.

Globalement, le pôle se trouve face à une double difficulté : celle de la divisionnalisation de la structure hospitalière d'une part, et du mécanisme de coordination associé à ce type structurel d'autre part - la standardisation des résultats. Si les pôles ont échoué dans leur rôle de pilotage et d'intégration, et il est alors envisagé de repositionner les services comme structure de base de l'organisation en leur donnant davantage d'autonomie. L'hôpital continue ainsi à être un environnement de fort cloisonnement entre les services eux-mêmes, chacun centré sur ses propres logiques de fonctionnement, ce qui représente une barrière à la transversalité.

Qu'est-ce qui reste dans ces structures de gestion quand leurs prémisses de base semblent s'effondrer ? Autrement dit, quelle est la place, si elle existe, des organisations supra/inter-services à l'hôpital ? C'est ce que nous essayerons de comprendre à travers notre étude de cas.

4. Méthodologie

Nos sources empiriques viennent d'un travail de recherche-intervention (Moisdon, 2015), ce qui nous a permis de réaliser un étude de cas encastrés (Yin, 2018) au sein d'un grand groupe hospitalier. En juillet 2019, ce groupe, qui jusqu'alors était piloté par un siège, a décidé de créer des regroupements de ses sites. Cette réforme de gouvernance et de structure visait à établir un régime moins centralisateur et à déterminer une réduction des fonctions de la direction centrale vers les directions de ces ensembles ainsi constitués, en transférant une partie des fonctions de la direction centrale vers ces directions déconcentrées. L'évolution de ces

périmètres a été également perçue comme une opportunité pour repenser les modalités de création, gouvernance et fonctionnement du mode d'organisation supra-service, avec un changement des périmètres et de la dénomination des pôles vers des Pôles Universitaires (PU).

Ces derniers devaient permettre de faciliter les interactions entre groupes de services des différents sites d'un même ensemble, par un gain de masse critique permettant de décloisonner leur fonctionnement et renforcer leurs missions universitaires sur le périmètre de groupe. Cela impliquait dans nombre de cas le regroupement de plusieurs services, souvent de spécialités différentes, situés dans des établissements distincts.

Ces services sont alors rassemblés au sein d'un même collectif qui, au-delà d'avoir une responsabilité sur un budget et de devoir faciliter le dialogue de gestion, se doit de retrouver des synergies nouvelles permettant la création de projets collectifs transversaux et innovants sur les plans médicaux, de recherche et d'enseignement. Il s'agit bien d'un changement de la raison d'être de cette organisation inter-services, impliquant d'un côté une plus forte interaction sur les périmètres du groupe hospitalier, et de l'autre une remise en question de leur identification, le plus souvent fortement attachée à un seul site d'exercice.

A l'occasion de cette réforme majeure, le groupe hospitalier a fait appel à notre équipe de recherche, afin de conduire un travail de recherche de trois ans, démarré en janvier 2021. Le projet a comme objet l'accompagnement des transformations en train de se mettre en œuvre et l'analyse de leur impact sur l'offre de services et sur les dynamiques individuelles, collectives et institutionnelles. Il vise à comprendre plus largement, comment la mise en place de nouvelles modalités d'organisation hospitalière peut contribuer à la transformation du système de santé.

Au-delà de la lecture des textes sur la réforme, nous avons participé à de multiples réunions administratives et médicales, et effectué des visites sur différents sites et services pour comprendre leur fonctionnement. Cela a été accompagné de la réalisation d'entretiens non directifs, avec prise de note et reconstitution systématiques, avec un large panel d'acteurs clefs : chefs de service, cadres de proximité et cadres supérieurs de santé, médecins, directeurs, directeurs référents de Pôle médico-universitaire, et différents professionnels paramédicaux (infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie, techniciens de laboratoire).

Notre intervention est toujours en cours, et il s'agit d'une approche assumée de la part de notre équipe de se laisser porter par l'évolution des demandes de ses partenaires, ainsi que par la richesse des interactions au sein de l'organisation. Nous justifions cela par notre positionnement épistémologique de type constructiviste et compréhensive (Dumez, 2016), ancrée sur le terrain, et axée par un double objectif opérationnel et de recherche, caractérisant la recherche-intervention (Kletz, 2018).

5. Résultats : un cadre souple donnant naissance à une hétérogénéité des formes et des pratiques managériales

La lecture des textes fondateurs censés orienter la création des Pôles médico-universitaires (dont le règlement intérieur de l'institution de 2019) et leur exploration empirique plus individuelle révèlent deux phénomènes essentiels. Le premier, c'est une re-signification d'un objet de gestion dans un cadre souple d'existence ; la deuxième c'est l'apparition consécutive d'une hétérogénéité des formes et des pratiques managériales de chaque pôle médico-universitaire.

Dans les textes, on voit d'emblée une quasi-disparition des dimensions de contrôle médico-économique et pilotage par les résultats tel que prévus aux pôles au moment de leur création, au profit d'un nouveau vocabulaire privilégiant des notions différentes. Celles-ci recouvrent maintenant : la nécessité d'interaction entre groupes de services avec une plus-value

évidente; la conjugaison d'une logique transversale intellectuelle et universitaire concernant la recherche et l'enseignement avec une logique de gestion ; le renforcement des filières de soins et des parcours patients ; la création des parcours professionnels et le renforcement de leur attractivité ; un renforcement de la transversalité entre les sites hospitaliers. On remarquera au passage l'absence absolue de tout dispositif contractuel fixant les objectifs de ces pôles médico-universitaires.

On voit parallèlement la logique « centres de coûts » être frontalement infirmé lors de l'idéalisation de ces nouveaux espaces de gestion, puisque l'on affirme dans un des documents que « les pôles médico-universitaires ne sont pas un outil de restructuration et de rééquilibrage financier de l'AP- HP ; les enjeux économiques existent et se feront avec ou sans pôle médico-universitaire ». Nous y observons aussi une reconnaissance presque prémonitoire à ce qui viendrait à la suite du rapport Claris (cf. introduction), car le document souligne que « l'unité d'organisation et d'exercice de la pratique hospitalière reste le service, quelle que soit la nature de cette pratique (médicale, chirurgicale, biologique, ...). »

D'un autre côté, les textes orientent, sans imposer, la manière dont les périmètres de ces pôles médico-universitaires doivent être définis, de telle sorte qu'il n'y ait pas dans deux pôles médico-universitaires différents deux services de la même discipline. Plusieurs dérogations sont cependant possibles, et l'architecture réelle dans un des groupements (comportant 7 sites hospitaliers) révèle une grande souplesse et le caractère très peu normatif du dispositif. En effet, les 16 pôles médico-universitaires créés au sein du GHU ont des tailles, spécialités médicales, logiques de rassemblement, et implantation (sur un site ou quelques sites hospitaliers, jusqu'à une transversalité totale sur l'ensemble des établissements du groupe) extrêmement hétérogènes.

Ces divergences s'expliquent notamment par des aspects historiques et politiques. La communauté médicale et paramédicale des certains sites étaient plus inclinée que d'autres à participer du mouvement d'intégration prévu par le regroupement et les pôles médico-universitaires ont donc dû assumer des conformations diverses pour s'adapter à cette diversité. Certains établissements situés aux extrêmes du territoire du GHU ont favorisé un scénario avec des pôles médico-universitaire mono ou pauci-site. Enfin, la crise Covid, en 2020, a poussé la direction du GHU à promouvoir une organisation centrée sur une forte autonomie de chaque site hospitalier, à l'époque perçue comme nécessaire pour faire face à la tension sanitaire, ce qui n'a pas favorisé le développement des pôles médico-universitaires, davantage concentrés sur des approches transversales et des projets dits « à froid ».

Mais quand nous nous rapprochons des directions de ces pôles médico-universitaires, nous nous rendons compte que non seulement leur forme sont très différentes, mais le sont aussi, et peut-être de façon encore plus importante, leurs pratiques managériales. Chacune à sa manière, ces directions ont pris des configurations multiples, avec la définition *ad hoc* d'une comitologie spécifique et des fonctions diverses (e.g. responsable référent recherche ; cadre paramédical transversal bi-site ; vice-directeur de Pôle médico-universitaire...), nullement déterminés par les textes, mais qui ont permis à chaque pôle médico-universitaire de s'adapter en fonction de ses besoins de manière progressive. Cette diversité de formes et modalités de management rend difficile tout essai de comparaison entre ces collectifs, mais nous pouvons dresser le constat d'une évolution tâtonnante et en recherche continue de sens.

6. Discussion

6.1. Des nouveaux usages d'un dispositif de gestion

Le contact rapproché avec les différentes directions de pôle médico-universitaire et les services qui les composent nous a permis de mieux comprendre les logiques de fonctionnement qui soutenaient les pôles médico-universitaires, et surtout la manière dont le modèle d'action effectif de ces collectifs s'éloignait assez fondamentalement de la logique contractualiste et d'un pilotage par le résultat médico-économique. Déjà par la constatation de l'absence de contrat de pôle médico-universitaire, ensuite par l'observation du développement des projets sur différents plans (médical, d'enseignement, de recherche, managérial) dont les objectifs étaient quant à eux en perpétuelle construction.

Dans un de ces pôles médico-universitaires, rassemblant des spécialités médico-techniques, on cherche à construire une identité organisationnelle au travers d'un outil de formation en ligne visant à mutualiser les offres d'enseignement des différents services. Ici, l'équipe de direction du Pôle médico-universitaire a réussi à mettre en œuvre et fédérer le travail d'une équipe projet avec une représentation des différentes catégories professionnelles et sites concernés. Le projet se révèle une formidable manœuvre managériale, car il sert comme outil identitaire permettant d'affirmer l'existence du Pôle médico-universitaire : dans la mesure où il promeut l'image auprès de la communauté hospitalière d'un département qui fonctionne bien. Ce prestige lui permet d'obtenir progressivement l'attention de la direction du GHU.

Ce même Pôle médico-universitaire constitue d'ailleurs le socle d'un autre projet, à plus large échelle, entre quatre services d'une même spécialité médicale diagnostique. Dans ce cas, on utilise cet espace de gestion pour négocier avec la direction de l'acquisition d'une technologie coûteuse et à forte valeur ajoutée, tout en envisageant un nouveau circuit de prise en charge. Ce nouveau circuit implique un changement de paradigme du fonctionnement entre les quatre services, remettant en perspective leurs possibilités de collaboration et intégration, et appelant à un accompagnement de la transformation des métiers. Leur dynamique permet non seulement d'arriver à une conformation satisfaisante en interne, en effectuant des délibérations intermédiaires quant aux lieux prioritaires de demande d'allocation des ressources, mais aussi de plateforme de diffusion vis-à-vis de la communauté hospitalière, nécessaire pour obtenir le soutien des autres spécialités comme pour convaincre les différentes directions fonctionnelles impliquées dans l'évaluation du projet. Ces aspects pointent vers un rôle de pilotage de la transformation et de soutien des projets transverses assumé par le Pôle médico-universitaire.

Dans un autre Pôle médico-universitaire au sein d'un autre groupement de sites, rassemblant cette fois des spécialités chirurgicales, nous observons la naissance d'un consortium entre trois spécialités, situés sur deux sites hospitaliers différents, autour d'un organe frontière. Le projet avait pour but de conforter et d'élargir une activité chirurgicale autour de cet organe qui était déjà très forte au sein de deux de ces services, par le renforcement des synergies techniques et scientifiques entre les trois. Pourtant, par une observation plus fine, ce qui se présente sur le papier comme un projet de collaboration entre spécialités, fait appel à une justification scientifique, managériale et médico-économique continuellement transformée. Le consortium devient à la fois outil de visibilité pour un service face à un environnement concurrentiel, force de négociation avec la direction pour l'achat d'équipements, et levier pour le recrutement de nouveaux professionnels dans un contexte de crise d'attractivité et de forte concurrence.

Ces cas nous permettent d'illustrer la manière avec laquelle les acteurs font usage de ce dispositif dans lequel les services sont invités à évoluer. Le modèle d'action proposé par la loi HPST et qui encadre légalement le mode de fonctionnement des pôles d'activité, comme nous l'avons vu plus haut, prévoit la signature d'un contrat déléguant un certain nombre de responsabilités aux professionnels, qui en contrepartie doivent rendre compte des résultats de leur activité à travers des indicateurs de performances fixés *ex ante*. Or, ce modèle planificateur et calculatoire rappelant celui de la grande entreprise divisionnalisée (Mintzberg, 1986), n'a

strictement rien à avoir avec la manière dont nous venons de décrire le mode de fonctionnement des pôles médico-universitaires.

Ce que nous observons s'éloigne en effet frontalement d'une gestion consistant à planifier, minimiser les risques, et avancer en essayant de s'écarter le moins possible de l'idée initiale prévu dans un contrat (qui d'ailleurs n'existe pas). En fait, les résultats de ces expériences sont souvent très différents de ce qu'on pourrait prévoir au départ, car la conséquence d'un réseau dynamique d'acteurs face à une réalité incertaine et à une ambiguïté d'objectifs.

6.2. Analyse des cas

Les deux pôles médico-universitaires étudiés illustrent un mouvement de transformation d'un dispositif juridiquement déterminé, le pôle d'activité, visant à lui attribuer des fonctions nouvelles : transversalité, identification de filières de soins, mutualisation de l'offre d'enseignement et formation... Cette transformation, d'un espace initialement conçu pour décliner des objectifs d'activité à un espace de conduite de projets partagés, est en soi une évolution nouvelle, dépassant la seule prémisse de pilotage par les résultats.

Le cadre souple dans lequel ces pôles médico-universitaires évoluent est compatible avec ce que Cazin (2017) décrit comme un régime de gouvernementaliste dans les politiques hospitalières appelé « la stimulation de l'exploration collective ». Ce cadre constitue à faire émerger et encadrer des partenariats d'exploration, caractérisé par un hybride entre une timide prescription et mise en retrait des tutelles. Ce régime profite des vertus de l'ambiguïté, dans la mesure où il permet de regrouper pour explorer, tout en navigant dans une articulation instable entre plusieurs registres d'action publique qui se superposent. Cela permet d'expliquer la grande diversité de formes, contenus et manière de manager présentes à l'intérieur de chacun de ces collectifs, tel comme nous avons observé.

Encore dans cette lignée, les travaux d'Aubert et al (2021) illustrent la manière dont l'imposition de la logique parcours dans le discours d'action publique marque la transition progressive entre deux régimes de gouvernabilité sanitaire. Dans le premier, dit de rationnement, la santé est conceptualisée comme un coût et la rationalité dominante est l'équilibre des comptes. Ce régime a profondément marqué le début du siècle et s'illustre bien par l'avènement de la T2A et sa métaphore structurelle – les pôles d'activité. Dans le second, dit de décloisonnement, c'est le parcours qui devient central, et on y observe un glissement sémantique vers des notions comme coopération et transversalité. Ce régime, toujours en construction, est aussi caractérisé par l'émergence des plusieurs situations d'expérimentation (comme l'article 51⁴), avec une co-construction de dispositifs. Nous faisons le constat que les pôles médico-universitaires se retrouvent justement au carrefour de ces deux régimes, et que la difficulté de saisir cet objet de gestion s'explique justement par l'empiètement d'un régime sur l'autre, caractérisant un chevauchement sans rupture explicite.

Les pôles médico-universitaires se retrouvent ainsi tiraillés au moins entre deux régimes d'action différents : l'un les poussant encore à s'imposer comme des lieux de gestion comptable et de pilotage par les résultats à l'hôpital ; l'autre comme espaces universitaires, de recherche et enseignement, favorisant l'émergence de partenariats transverses et la fluidification des parcours (professionnels et des prises en charge).

⁴ La loi de financement de la sécurité sociale de 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits.

7. Conclusion

Nos premiers résultats permettent d'identifier quelques unes des conditions à prendre en compte pour que le dialogue de gestion puisse conduire à une convergence des buts entre administration et professionnels de santé. Ces résultats sont utiles sur le plan pratique pour la conception des structures de gouvernance à l'hôpital et sur le plan théorique, car ils apportent des connaissances sur la recherche de nouveaux modes de coordination à l'hôpital.

D'un côté, ils montrent qu'il n'y a pas de réelle standardisation par les résultats à l'hôpital, dans la mesure où le dialogue de gestion se réduit à une pratique cérémonielle ; en revanche, ces divisions ont créé des espaces propices à la coordination opérationnelle entre les services, c'est-à-dire qu'ils ont facilité l'ajustement mutuel entre les spécialités ou les fonctions, davantage que la collaboration institutionnelle (Glouberman & Mintzberg, 1996). Cet ajustement est possible car le cadre divisionnel est suffisamment ambigu pour que les professionnels puissent l'adapter à leur besoin.

Nos cas nous montrent aussi que les initiatives qui naissent sur le terrain doivent trouver un écho au sein des processus de décision, et que les mécanismes pour les évaluer doivent stimuler la créativité des professionnels et des responsables de structure. Cela ne paraît pas être le cas des indicateurs médico-économiques qui serait associés à une performance globale de pôle. Ce qui est en jeu c'est la création des conditions pour un canal de communication approprié capable de favoriser un équilibre entre liens administratifs et intérêts intellectuels/médicaux communs. Plusieurs possibilités pour travailler en réseau sont actuellement à la disposition des acteurs de terrain et il n'existe pas de formule magique permettant d'identifier « la bonne structure » pour l'ensemble de situation. Le contexte actuel impose le besoin de transversalité, l'important étant que les professionnels puissent se rapprocher et briser les barrières à la construction des liens de confiance nécessaires pour les partenariats de longue durée.

La divisionnalisation ne semble cependant pas sans intérêt pour les structures hospitalières, à la condition de la conduire dans un cadre suffisamment souple pour permettre l'ajustement mutuel. Sur le plan théorique, ceci questionne le lien établi entre la structure divisionnalisée et la standardisation des résultats, car l'application de cette structure dans une organisation professionnelle vient à renforcer non pas ce mécanisme mais celui de l'ajustement mutuel.

Notre étude nous incite ainsi à proposer un renversement de la logique de gestion à l'hôpital. Il s'agit ici de revoir une organisation reposant sur la fixation *ex-ante* de plans rigides, avec la détermination d'objectifs précis (que ce soit d'activité, d'enseignement ou de recherche), de délais et d'indicateurs prédéfinis. Il s'agit également de revoir l'application de la pure logique incitative et d'autocontrôle (au sens de Drucker) à l'hôpital public.

La décentralisation consiste dans ce cadre non seulement à donner plus d'autonomie aux opérationnels, mais aussi à permettre aux responsables des services de se rencontrer dans des lieux privilégiés de discussion et tissage des liens de confiance, favorisant l'alignement de leurs stratégies individuelles. Les pôles peuvent ainsi devenir l'espace même de construction des objectifs de l'hôpital, d'émergence des projets partagés à partir des besoins des services.

Bibliographie

Aubert, I. (2021). Mutations du système de santé et logique de parcours : Enjeux de complexité, de coordination et d'action publique. 388.

- Burnel, P. (2017). L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(2), 67.
<https://doi.org/10.3917/jgem.172.0067>
- Cazin, L. (2017). Régrouper pour mieux gouverner ? Le cas des hôpitaux publics français. PSL.
- Dumez, H. (2016). Méthodologie de la recherche qualitative : Les 10 questions clés de la démarche compréhensive.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (1996). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70-84.
<https://doi.org/10.1097/00004010-200101000-00007>
- Grenier, C., & Berardini-Perinciolo, J. (2015). Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles. Analyse d'un médecin-chef de pôle hospitalier. *Revue française de gestion*, 41(250), 125-138.
<https://doi.org/10.3166/rfg.250.125-138>
- Kletz, F. (2014). La tectonique des pôles. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 116(2), 14. <https://doi.org/10.3917/geco.116.0014>
- Kletz, F. (2018). La recherche-intervention est un sport de combat. *EDUCATION PERMANENTE*, n° 214, 12.
- Michot, F., Launois, B., Bertrand, D., Bringer, J., Degos, L., Olie, J.-P., & Thuillez, C. (2019). Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : Origines et propositions. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(3-4), 109-121.
<https://doi.org/10.1016/j.banm.2019.02.011>
- Mintzberg, H. (1986). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'organisation.

- Moisdon, J.-C. (2010). L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 213. <https://doi.org/10.3917/rfas.101.0213>
- Moisdon, J.-C. (2015). Recherche en gestion et intervention. *Revue Française de Gestion*, 41(253), 21-39. <https://doi.org/10.3166/RFG.253.21-39>
- Moisdon, J.-C. (2017). PMSI, T2A et gestion interne. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(2), 51. <https://doi.org/10.3917/jgem.172.0051>
- Valette, A., & Burellier, F. (2014). Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : Devenir des hydrides « malgré tout » ? *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 116(2), 4. <https://doi.org/10.3917/geco.116.0004>
- Valette, A., Diochon, P. F., & Burellier, F. (2018). « À chacun son paradoxe » : Étude de la délégation des paradoxes organisationnels aux individus. *Revue Française de Gestion*, 44(270), 115-126. <https://doi.org/10.3166/rfg.2017.00169>
- Vallejo, J., Sampieri-Teissier, N., & Baret, C. (2020). A quelles conditions les poles d'activites medicales peuvent-ils reduire l'anarchie organisee a l'hopital public ? 38, 17.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : Design and methods (Sixth edition)*. SAGE.

