Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines

*New governance mode in hospitals and its implications for organisation and
human resources*

Paul Crozet, Asma Kaaniche et Jean Lienard

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pmp/1366>

DOI : 10.4000/pmp.1366

ISSN : 2119-4831

Éditeur

Institut de Management Public (IDPM)

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2008

Pagination : 31-52

ISSN : 0758-1726

Référence électronique

Paul Crozet, Asma Kaaniche et Jean Lienard, « Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines », *Politiques et management public* [En ligne], Vol 26/2 | 2008, mis en ligne le 25 octobre 2011, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pmp/1366> ; DOI : 10.4000/pmp.1366

NOUVELLE GOUVERNANCE À L'HÔPITAL : RECOMPOSITION DE L'ORGANISATION ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Paul CROZET¹

Asma KAANICHE²

Jean LIENARD³

Résumé

La présente recherche de nature exploratoire vise à analyser le processus en cours de recomposition de la structure hospitalière et son impact sur la gestion des ressources humaines.

Elle repose sur un dispositif de recherche, original, qui associe au sein du CHU d'Amiens

- un praticien, cadre dirigeant, coordonnateur de pôle, chargé de concevoir et mettre en œuvre la politique ressources humaines,

- un observatrice participante, affectée à temps complet au sein de la Direction des Affaires Générales,

- un enseignant-chercheur, observateur non participant.

La nouvelle gouvernance, liberté imposée, prolonge et réoriente les réformes hospitalières antérieures. Elle se traduit par le découpage de l'organisation en pôles mais ne s'y réduit pas. La déconcentration de la gestion des ressources humaines, dans une logique de contractualisation interne, suppose des choix, fait courir des risques et offre des opportunités aux acteurs du management hospitalier.

Mots clés

gestion des ressources humaines, hôpital, nouvelle gouvernance, déconcentration, instruments de gestion

Abstract

This particular research of an exploratory nature, aims at analysing the current process of the reconstruction of hospital structure and its impact on the human resources management.

It is based on an original research team or thinktank which brings together, within the CHU (University Hospital Center),

– a practioner: a top executive or CEO, a center coordinator, an officer in charge of drawing up and implementing the human ressources policy.

¹ CRIISEA, IAE d'Amiens.

² CRIISEA, IAE d'Amiens.

³ Coordonnateur Pôle ressources humaines, CHU d'Amiens.

– a supervising officer in charge, appointed at full time within the Management Staff in charge of Head Office.

– a PHD : supervisor but not in charge.

The new governance, a “compulsory” choice given to hospitals, continues and reshapes the former hospital reforms. It results in the division of the organization into POLES but does not only consist of that.

The decentralization of the human resources management, under a logic of internal contracting system, involves choices and risks, and gives opportunities to the parties or agents involved in hospital management.

Key-words

human resources, hospital, new governance, decentralization, management tools

En crise, l'hôpital, au cœur et à l'image de la cité se transforme.

Pour faire face à la demande croissante de soins, au cours des deux dernières décennies, le fonctionnement de l'hôpital a connu des évolutions qui ont assez radicalement modifié les conditions de travail du personnel. Les capacités d'adaptation des agents, fortement sollicitées, ont favorisé la prise en charge efficace du patient mais le maintien d'une haute qualité des soins masque mal le malaise des personnels hospitaliers. Des critiques récurrentes formulées à l'encontre du cadre statutaire ou des politiques de gestion des ressources humaines dénoncent, la profusion des textes, la multiplication des réformes ou leur absence. Ces reproches contradictoires soulignent l'intérêt d'une clarification.

Si certains songent au grand soir statutaire, le souhaitent ou le redoutent, le statut pour l'instant a peu évolué depuis 1986. Les évolutions constatées sont d'un autre ordre. Par une habile stratégie de contournement du statut, la démarche modernisatrice espère et prône une transformation des comportements : flexibilité accrue, mode de management participatif, développement de l'autonomie des acteurs.

Dans ce contexte, le plan hôpital 2007 modifie la donne. Via des réformes structurelles, il vise, selon ses promoteurs, à adapter l'univers hospitalier à son environnement et aux besoins croissants de la population. Il prévoit, entre autre, la structuration de l'hôpital en pôles d'activité, cadre pertinent de gestion. La nouvelle gouvernance est ainsi indirectement susceptible de transformer profondément le contexte de la gestion des ressources humaines par le biais de sa déconcentration et d'une contractualisation interne des moyens et des ressources. Concrètement la nouvelle gouvernance ne sera opérationnelle que si les délégations de gestion viennent donner consistance au redécoupage de l'organigramme. La délicate réorganisation interne des établissements en pôles, phase médiatisée de la nouvelle gouvernance, a été dominée par la confrontation et la redistribution des pouvoirs à l'hôpital. Elle est aujourd'hui globalement achevée. On pourrait donc en déduire que la réforme a abouti. En la matière, théories - questionnements autour de l'instrumentation et l'appropriation des outils de gestion - et pratiques - bilan mitigé de la réforme administrative - incitent à la prudence et soulignent notamment pour la gestion des ressources humaines, l'importance de la phase qui s'ouvre.

Située au croisement du management public et de la gestion des ressources humaines, la présente recherche de nature exploratoire vise à analyser le processus en cours de recomposition de la structure hospitalière et son impact sur la gestion des ressources humaines.

L'heure, plus aux interrogations qu'au bilan, justifie que chercheurs et praticiens collaborent.

Les uns survalorisent les intentions qu'ils veulent traduire en résultats, les autres les critiques *a posteriori* qui légitiment leur posture.

À l'opposé, le dispositif de recherche, original, associé au sein du CHU d'Amiens

- un praticien, cadre dirigeant, coordonnateur de pôle, chargé de concevoir et mettre en œuvre la politique ressources humaines,
- un observatrice participante, affectée à temps complet au sein de la Direction des Affaires Générales,
- un enseignant-chercheur, observateur non participant.

Ce dispositif offre l'opportunité d'un accès privilégié au terrain (participation aux réunions des instances de préparation et de négociation des contrats de pôle, réalisation d'entretiens avec les différents acteurs hospitaliers...).

Le recueil des données s'étend sur la période 2006-2008. Les méthodes retenues sont qualitatives.

Les observations faites lors de la mise en place de la réforme (préparation de la contractualisation interne, rédaction des contrats de pôle, actualisation de la charte du projet de gestion du CHU...) sont interprétées d'abord entre les observateurs participants ou non. Leurs conclusions sont soumises aux praticiens de la fonction ressources humaines pour discussion. Les réactions des acteurs aux premières conclusions fournissent de nouvelles données qui alimentent le processus itératif d'interprétation.

La nouvelle gouvernance, liberté imposée, prolonge et réoriente les réformes antérieures. Elle se traduit par le découpage de l'organisation en pôles mais ne s'y réduit pas (I). La déconcentration de la gestion des ressources humaines, selon une logique de contractualisation interne, suppose des choix, fait courir des risques et offre des opportunités aux acteurs du management hospitalier (II).

**La nouvelle
gouvernance :
une liberté
imposée**

Nouvelle gouvernance : prolongement et réorientation des dispositifs antérieurs

Inscrite dans le plan Hôpital 2007, la réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière en constitue l'un des principaux volets, avec la relance du rythme des investissements et la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Elle apparaît à la fois comme un prolongement et une réorientation des réformes antérieures.

En effet, depuis les années 1970, avec la définition des fondements du service public hospitalier, et 1980, avec le vote des grandes lois qui ont contribué à l'évolution de l'hôpital public, l'objectif demeure le même : mieux prendre en compte les besoins croissants et évolutifs des patients dans un contexte de raréfaction des ressources. Les politiques conduites visent à promouvoir des pratiques d'amélioration continue (accréditation), à rassembler des acteurs de niveaux hiérarchiques différents et de compétences professionnelles multiples autour de projets communs (projet d'établissement), à améliorer la coordination entre acteurs et à partager les ressources et les compétences autour du client (patient) à travers les réseaux de soins. Autant de signes qui soulignent les nouvelles tendances du management hospitalier : la stratégie devient essentielle pour définir, mettre en œuvre des principes de gestion censés permettre aux hôpitaux de répondre aux besoins et aux attentes des patients (Baelen, 1997).

C'est dans cette logique, orientée vers « l'hôpital stratège » (Souteyrand & Contandriopoulos, 1996), que se situe le plan Hôpital 2007 et plus particulièrement la réforme de la nouvelle gouvernance. En effet, l'ordonnance du 2 mai 2005 vient couronner un long processus de transformation imaginé dès le milieu des années quatre-vingt et traduit dans les textes au début des années quatre-vingt-dix (Domin, 2006). La loi du 3 janvier 1984 au travers de la départementalisation et du découpage des établissements en centres de responsabilité incitait à expérimenter les principes du management par objectifs.

Dans le même esprit, la loi du 31 juillet 1991 avait prévu de permettre aux services de s'associer en départements et à chaque établissement de s'organiser comme il le souhaitait (dispositif qualifié d'amendement liberté). Dans les faits, l'opportunité a été très rarement saisie tout comme les réformes des années quatre vingt-dix ont suscité un faible engouement. Elles se heurtaient le plus souvent à un rejet et une remise en question de la part du corps médical qui contestait le diagnostic et ne se soumettait que partiellement aux prescriptions.

Les réformes précédentes étaient supposées faire des médecins et des soignants des producteurs d'informations et de données sur leurs activités que d'autres (direction générale et agence régionale d'hospitalisation) utilisaient pour contrôler et réorienter l'offre de soins. L'injonction managériale et comptable, fut alors au mieux perçue comme une perte de temps, temps non consacré au patient, souvent vécue comme une bureaucratisation du rôle du praticien hospitalier (Domin, 2006, p.28).

Face aux limites d'une approche purement comptable de la maîtrise des dépenses, vécue par beaucoup d'acteurs comme une mise sous tutelle de l'hôpital public, les promoteurs de la nouvelle gouvernance ont souhaité une réforme organisationnelle s'appuyant sur une nouvelle répartition des pouvoirs et la mise en œuvre d'une politique de contractualisation.

En cela, la réforme rompt avec les précédentes tentatives.

La nouvelle gouvernance est censée conférer aux acteurs une liberté de gestion qu'ils n'avaient pas auparavant, à tout le moins une autonomie (c'est le sens de la réforme) contrainte (par les données économiques).

Le sens de la réforme

Selon l'argumentaire officiel, la nouvelle gouvernance vise ainsi à établir un partage des responsabilités et à favoriser la responsabilisation des différents acteurs. Elle poursuit un ensemble d'objectifs à savoir :

- Adapter les organisations pour une prise en charge de qualité ;
- Garantir la continuité de la prise en charge intra et inter hospitalière ;
- Développer une même logique de gestion médico-administrative ;
- Accroître la gestion de proximité ;
- Responsabiliser les acteurs ;
- Tendre vers une déconcentration de la gestion ;
- Optimiser les compétences et les ressources.

Source document interne CHU

La nouvelle gouvernance hospitalière introduit une modification de l'organisation en créant des pôles d'activité. Elle généralise par ailleurs la contractualisation interne et développe la délégation de gestion. Enfin, elle met en place un Conseil Exécutif et redistribue les rôles des instances de l'hôpital.

Au sein du CHU d'Amiens⁴, la mise en place de l'organisation par pôle repose sur quatre éléments :

1. Une déconcentration de la gestion : des tâches assumées jusqu'alors par la direction de l'établissement sont effectuées par les pôles cliniques et médico-techniques. Elle consiste à attribuer aux coordonnateurs de pôle un pouvoir de décision dans de vastes domaines (finances, achat, organisation des unités de travail, etc), sous réserve du respect de la stratégie de l'établissement et du budget alloué.

2. Un projet de pôle : élaboré par le responsable de pôle, qui associe dans sa préparation le conseil de pôle. C'est un document pluriannuel, à contenu médical et organisationnel. Il définit l'activité actuelle du pôle et ses développements futurs, les modalités d'organisation interne...

3. Un contrat de pôle assorti de délégation : négocié entre le directeur du centre hospitalier et le président de la commission médicale d'établissement, les doyens des facultés de médecine et de pharmacie d'une part et le coordinateur du pôle d'autre part après avis du conseil exécutif, le contrat de pôle définit les objectifs d'activité de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs du suivi du pôle, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion et les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

4. Des contrats inter-pôles

Derrière les objectifs affichés, transparaît un processus de rationalisation de l'univers hospitalier dont le fonctionnement par pôles serait une étape

⁴ Source : *Projet d'établissement 2003-2007 CHU Amiens*

supplémentaire. Si la référence à l'entreprise, peut être contestable et contestée (Pierru,1999, Gaulejac, 2005), on assiste, au nom de l'efficacité et de l'efficience (Benamouzig, 2005), à une forte imprégnation des règles gestionnaires dans le domaine de la santé tant au niveau de l'idéologie (Ogien, 2000) que des pratiques (Moisdon et Tonneau, 1999) (Moisdon, 2001) qui modifient à la fois les structures de l'hôpital et les conditions de travail des agents (Sainsaulieu, 2006, Divay et Gadea, 2007). Contractualisation, responsabilisation, meilleure allocation des ressources, fixation d'objectifs, intéressement, évaluation : les thèmes classiques du *new public management* sont réaffirmés.

Défi et contrainte managériale, le fonctionnement par pôles pourrait entraîner une rupture avec le fonctionnement classique de l'hôpital.

Fonctionnement par pôles versus bureaucratie professionnelle

Le modèle de la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982) a longuement été considéré comme un cadre de référence pour l'analyse des hôpitaux par nombre de chercheurs en sciences sociales.

Traditionnellement, l'organisation du travail y repose sur une hiérarchisation des formations, des qualifications et des professions avec à son sommet la profession médicale. La hiérarchie organisationnelle découle de l'ordonnement des formations et des qualifications. Les compétences et savoirs professionnels confèrent pouvoir et autorité au corps médical et lui assurent une grande autonomie dans la structure hiérarchique puisque le seul véritable contrôle légitime est, non celui exercé par le directeur général, mais celui opéré par les pairs selon les critères de la profession. Même si la pertinence du modèle a été remise en cause (Nobre, 1999, 2004), il reste approprié pour expliquer la division professionnels / non professionnels, la séparation entre sphère médicale et soignante et sphère administrative (Talec, 2006). Deux lignes d'autorité coexistent : l'une profane administrative et non professionnelle et l'autre charismatique professionnelle et médicale (Smith, 1970). Entre les soignants dont le souci premier est d'apporter une réponse médicale à une souffrance, et les administratifs qui cherchent à gérer des ressources de manière efficace et efficiente conformément à la législation et à l'esprit des réformes, les incompréhensions et les conflits peuvent être multiples. Les rôles nécessairement différenciés pouvant dans les cas extrêmes conduire à un divorce de valeurs (Dumond, 2003), et le plus souvent, malgré une volonté commune d'être au service du patient, à un manque de dialogue et de coopération.

L'absence de transversalité entre les services rend aléatoire l'élaboration de projets fédérateurs, la mise en commun des ressources humaines ou matérielles.

De plus, de nombreux agents hospitaliers valorisent, voire survalorisent, leur appartenance à un service qui, plus que l'hôpital, constitue leur cadre de référence identitaire (Franchistiguy, 2001).

Enfin, même au sein du secteur administratif, il est peu d'exemples d'harmonieuse entente entre services fonctionnels et services opérationnels (Gauthier et alii, 1975).

Ainsi, trop souvent, concurrence et problèmes de communication empêchent parfois tout travail collaboratif.

Pour porter remède à ces dysfonctionnements, avant la réforme de la nouvelle gouvernance, la volonté de rapprocher univers médical et administratif concernait surtout des projets (par exemple, la mise en place des budgets de service en 1984) des méthodes, et non directement la structure de l'organisation hospitalière. Or, la nouvelle gouvernance, impose le rapprochement entre deux mondes parfois séparés en consacrant le pôle comme structure de base de l'hôpital et cadre de gestion de référence. Imposer une telle structuration donne à la *liberté* accordée au conseil d'administration aux termes de l'article L. 6146-8 du code de la santé publique d'« *arrêter librement l'organisation des soins et la pratique médicale de l'établissement* » un caractère paradoxal.

Cette nouvelle structuration de l'hôpital devrait « *permettre le décroisement des hôpitaux, la déconcentration de la gestion l'amélioration de la prise en charge des patients aussi bien que le travail pluridisciplinaire* »⁵.

Les pôles, dotés d'une masse critique, sont censés permettre une gestion déconcentrée en rapprochant des services, en limitant le nomadisme du patient et surtout en mutualisant les ressources. La nouvelle structure de l'hôpital suppose et impose un nouveau mode de management, comme le soulignent Marian et Leludec (2005). La gestion par pôles d'activité correspond à une évolution du management des hôpitaux, les décisions devant être prises sur un mode collaboratif : les pôles sont désormais dirigés par un trio constitué par un médecin chef de pôle, un cadre supérieur de santé et un cadre administratif.

Le projet de pôle réunit tous les services du pôle autour d'objectifs stratégiques communs, les moyens alloués appartiennent au pôle et non plus aux services, un vrai changement de structure est suggéré. Ainsi la gestion du pôle offre aux acteurs du management hospitalier l'occasion de tisser ou retisser des liens entre médecins, soignants, administratifs, forçant les uns et les autres à travailler de concert plutôt que séparément.

⁵ Extraits du compte rendu du conseil des ministres du 02/08/2005.

Figure 1 : Nouvelle structure d'un Centre Hospitalier Universitaire

Source document interne CHU

Le découpage en pôles

Derrière un changement de structure, un changement plus fondamental de l'hôpital est opéré en tout cas espéré : un changement des modalités de prise de décision, ce qui suppose une évolution des comportements, des rapports de pouvoir entre acteurs, c'est à dire un changement culturel, loin d'être acquis au regard des pesanteurs sociologiques qui affectent tout type d'organisation.

La réponse du secteur hospitalier à cette injonction de liberté est en cours. Elle comprend deux phases complémentaires : une réponse institutionnelle, une phase de mise en œuvre.

Premier élément de réponse, le découpage de l'hôpital en pôles comporte une dimension très opérationnelle et recèle un caractère fortement symbolique. Pour ce faire, d'un point de vue technique, il convient de combiner la logique de service, entité à laquelle les soignants sont fortement attachés et qui pour beaucoup reste et restera l'unité fonctionnelle de base, et le fonctionnement par pôle.

Cette approche technicienne ne peut être la seule : il faut aussi tenir compte des individualités, de la hiérarchie formelle ou informelle de l'hôpital, de la nature des relations personnelles entre les chefs de service et avec le coordonnateur de pôle, des relations de pouvoir... Cette dimension très humaine de la recomposition de l'hôpital recèle aussi une dimension symbolique et peut donner lieu à des luttes de pouvoir. Des questions banales comme celle du pouvoir de signature de l'autorisation de départ en congé du chef de service peuvent créer des crispations car elles renvoient plus fondamentalement à la nature des rapports hiérarchiques entre le chef de service et son coordonnateur de pôles, et donc à des querelles de

territoire et de pouvoir. La réponse à y apporter ne peut être que contingente.

À Amiens, et afin d'éviter confusion et conflits, une fiche de fonction des coordonnateurs de pôle et des chefs de services a été établie à la demande du conseil exécutif, après plusieurs réunions regroupant coordonnateurs de pôle et chefs de services. Cette fiche a pour but de délimiter les responsabilités et prérogatives des responsables de pôles d'une part et des chefs de service d'autre part. Elle a été validée par les instances du CHU après quelques ajustements. Pour chacun des thèmes : missions et enjeux, activités et organisation des activités, recrutement et présentisme médical, organisation et continuité de la prise en charge, personnel non médical et matériel, les engagements et responsabilités de ces deux acteurs sont précisés. Cette démarche a permis d'explicitier la différenciation entre les rôles d'un acteur occupant un poste « nouveau » qui manque de légitimité vis-à-vis de ses collègues et un acteur dont le statut est reconnu et valorisé par tous.

Ce point acquis, à Amiens, comme dans la majorité des hôpitaux, la reconfiguration organisationnelle via la structuration des pôles (en fonction de la complémentarité entre spécialités, en fonction de relations interpersonnelles entre les individus) est aujourd'hui globalement achevée. Sur le papier, les organigrammes ont subi des modifications de taille.

Ce constat ne fournit pas une indication suffisante sur la portée de la nouvelle gouvernance, le changement peut n'être que formel pour répondre aux ordres et ne pas modifier en profondeur le fonctionnement réel de l'organisation.

Loin des injonctions réformatrices des modernisateurs administratifs qui supposent que le contenu, rationnel, de la réforme s'impose de lui-même, le bilan très mitigé des réformes administratives qu'éclairent utilement les champs théoriques de l'instrumentation et de l'appropriation des outils de gestion incite à la prudence.

Instrumentation des outils de gestion et appropriation de la réforme

Un premier constat s'impose : en France, les outils de gestion peinent à transformer le fonctionnement des organisations publiques alors qu'ils sont au cœur de la démarche de modernisation. À ce titre, dans un texte n'ayant rien perdu de son actualité P. Gibert et J-C. Thoenig (1993, p.11) soulignent que « *la gestion publique souffre en France d'un réel déficit dans sa capacité d'apprentissage de la modernisation* ». Le changement s'opère non par capitalisation d'expériences mais par ruptures et discontinuités, les leçons des erreurs sont rarement tirées, les essais sont trop vite abandonnés, balayés par d'autres nouveautés, les outils des prestataires externes sont survalorisés au détriment des capacités internes autonomes de changement. Le propos, sévère mais juste, peut inciter au pessimisme : il y aurait un gène de la résistance au changement, annonciateur de l'échec futur des velléités de transformations, échec contre lequel les thérapeutes de la modernisation ne pourraient lutter. Le diagnostic, plutôt qu'invitation à la résignation, souligne qu'il faut au contraire veiller aux conditions de mise en œuvre de la réforme pour en garantir le succès et son appropriation par les acteurs. Le premier préalable consiste à comprendre la dynamique propre des outils de gestion (David, 1998). Technologie invisible selon les termes rendus célèbres par M. Berry (1983), ils sont à la fois contenu et

processus (Moisdon, 1997). Les regards portés sur les liens entre outils et pratiques évoluent et divergent (Martineau, 2008). Dans le modèle de Rogers (1995) les membres de l'organisation adoptent l'outil en raison de ses qualités intrinsèques et des normes qu'ils véhiculent. L'appropriation de l'outil au quotidien est censée aller de soi, illusion qui souvent berne les instigateurs des réformes. En effet, d'autres auteurs ont montré que conception et utilisation s'entremêlent : l'utilisateur loin d'être passif s'approprie l'outil, l'adaptant au contexte organisationnel et à ses propres besoins. Les utilisateurs co-construisent l'outil par l'usage qu'ils en font : l'appropriation est une construction sociale. Il faut donc se livrer à une analyse fine de la dynamique de l'instrumentation des outils de gestion qui tienne compte de la nature de l'outil (par exemple, la gestion par les compétences analysée par E. Oiry) et/ou le terrain d'expérimentation (le secteur hospitalier investigué par F. Engel, F. Kletz, J.C. Moisdon, D. Tonneau (2000).

S'il n'y a pas compatibilité ou proximité entre l'outil et le fonctionnement de l'organisation, si les outils sont porteurs de valeurs opposées aux normes qui fondent la communauté (managériale versus professionnelle), ils seront rejetés, leçon que nous invitent à retenir Dechamp et Romeyer (2006, p.5) : *« On oppose encore souvent la normalisation imposée par les outils de gestion à la nécessaire liberté du médecin. L'intégration de l'approche managériale et de l'activité médicale suppose un apprentissage par construction progressive dans laquelle la logique contractuelle a un rôle à jouer dans la transformation et l'intégration des pratiques de gestion à la culture médicale, dans le sens où c'est l'adaptation des pratiques de gestion à la culture médicale que l'on doit rechercher. »*

Les textes fixant les principes de la nouvelle gouvernance, le découpage des organigrammes qui s'en est suivi ne sont donc que des éléments de la réforme, les acteurs doivent s'en saisir, pour se les approprier et donner vie au changement.

Dans le domaine des ressources humaines, quelle qu'en soit l'importance, les changements à venir seront très différents de ceux portés par la vague managériale des années 1990 qui vit beaucoup de CHR s'éloigner d'un fonctionnement bureaucratique pour adopter à des degrés divers les préceptes du management participatif. Si les évolutions en cours doivent donc être analysées à partir d'une situation de référence variable d'un CHU à l'autre, la nouvelle gouvernance impose par définition une réorganisation profonde des directions des ressources humaines. Un partage de la fonction entre direction et pôles se profile puisque la gestion des ressources humaines à l'hôpital ne peut plus se limiter à la production par une direction fonctionnelle de règles transmises aux services opérationnels chargés d'en exécuter l'application. Si tant est qu'ils aient existé, le maintien de tels principes signifierait à terme l'échec de la nouvelle gouvernance, les pôles n'étant pas dotés de l'autonomie promise. En application du principe de subsidiarité (Lachèze-Pasquet, 1998), ne sont conférées à la direction des ressources humaines que les missions que les pôles ne pourraient effectuer que de manière moins efficace. Les décisions cohérentes avec la stratégie globale de l'établissement doivent être prises et exécutées au niveau le plus déconcentré possible. La responsabilité de l'action doit être allouée à l'entité la plus petite capable de résoudre, elle-même, le problème.

Les choix opérés pour segmenter la fonction, pour répartir les actes d'administration et gestion du personnel signent une nouvelle étape dans le processus de déploiement de la nouvelle gouvernance, certes moins

médiatisée, moins visible que la structuration des CHU en pôles, mais tout aussi importante.

**La
réorganisation
de la fonction
ressources
humaines : une
déconcentration
à géométrie et
effets variables**

Le principe de la contractualisation interne et les délégations de gestion

Dans le secteur public, la contractualisation « (...) constitue potentiellement un des leviers de la modernisation » (Bartoli, 2005, p. 388), ayant pour objectif et moyen la responsabilisation des acteurs.

La notion n'est pas nouvelle pour le monde hospitalier. Elle régit d'abord les rapports entre l'agence régionale d'hospitalisation et les hôpitaux aux termes de la loi de 1991. L'ordonnance n° 96-346 du 26 avril 1996 la rend obligatoire, et fait du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens un outil du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Il s'agit notamment pour l'État et la tutelle de rationaliser les dépenses, politique dénoncée par le corps médical dans la mesure où la demande de soins, elle, est croissante. Les résultats, mitigés, constatés –les rapports se multiplient sur la crise de l'hôpital (Couanau, 2003, Cour des comptes 2006, Larcher, 2008) traduisent la relative incapacité de la tutelle à régenter l'univers hospitalier et à réguler les mécanismes de production de l'offre de soins, au final à imposer une logique managériale aux acteurs médicaux dans un secteur où elle est perçue comme une intrusion externe et illégitime au regard des normes professionnelles et de l'éthique médicale. La volonté de pilotage par une instance extérieure, mode de gouvernance externe (Dechamps et Romeyer, 2006), produit plus d'insatisfactions que de résultats. De plus, prévue par cette même ordonnance, l'incitation à mettre en place un processus de contractualisation interne en établissant des centres de responsabilités, n'a pas trouvé beaucoup d'échos dans les hôpitaux.

Dès lors, changement fort d'orientation, dans le nouveau dispositif, la contractualisation interne devient obligatoire. Elle se généralise avec la négociation et la signature des contrats de pôle prévus entre les chefs de pôle, le directeur de l'hôpital et le président de la Commission médicale d'établissement (avec les doyens de la faculté de médecine et de pharmacie pour les CHU). L'objet de ces contrats est de fixer le cadre budgétaire et les objectifs en termes d'activité et de qualité de services rendus, de définir les moyens délégués au pôle par le directeur général pour les réaliser et d'arrêter le mode de fonctionnement du pôle (indicateurs de suivi, modalités d'intéressement).

Le contrat de pôle est ainsi la traduction formelle de l'engagement du chef de pôle d'une part et du directeur de l'établissement de santé d'autre part. C'est surtout une manifestation du rôle de « gestionnaire » assumé par le médecin responsable de pôle qui, aidé par un cadre supérieur de santé et un cadre administratif, gère les moyens qu'il alloue aux services, les ressources humaines et veille à la réalisation des objectifs prévus. Les contrats de pôles, en application des principes directeurs fixés par la direction générale, doivent donc énumérer plus ou moins exhaustivement la liste des délégations de compétences.

Une clause « délégation de gestion » est prévue dans le contrat. Vue comme une délégation de la pénurie des moyens par beaucoup de médecins, la délégation de gestion est encore, à Amiens, très limitée dans

les contrats de pôle mis en place jusqu'à maintenant. Elle marque le passage des intentions aux actes, puisqu'il s'agit de répondre aux questions simples « que fait-on ? qui fait quoi ? » et donc de donner corps à la nouvelle gouvernance en précisant le contenu des délégations de gestion.

*La contractualisation interne et les délégations de gestion : les choix à
opérer pour la fonction RH*

Ce découpage suppose des négociations complexes et des arbitrages fins à partir de l'inventaire des missions de la direction des ressources humaines dans son fonctionnement actuel, inventaire qui ne se réduit pas à lister les actes quotidiens de gestion pris en charge par les agents affectés au sein de la direction des ressources humaines mais qui nécessite une réflexion sur l'essence de la fonction ressources humaines, son sens dans le secteur hospitalier c'est-à-dire sa contribution à la mission de service public. La délégation en matière de gestion des ressources humaines pourra porter sur l'organisation du travail, la gestion des heures supplémentaires, l'intéressement, la formation du personnel, le recrutement, la gestion des carrières. Tout est question de choix.

Cette restructuration impose donc des arbitrages entre trois acteurs : la direction générale, la direction des ressources humaines, la direction du pôle (conseil de pôle au sein du CHU) sous le regard plus au moins attentionné et/ou suspicieux des autres parties prenantes notamment des organisations syndicales.

Les solutions se situeront sur un continuum transfert total / maintien en l'état d'un système centralisé.

Trois hypothèses principales sont envisageables :

1. La direction des ressources humaines éclatée

Sauf dans de très vastes établissements, l'éclatement de la direction des ressources humaines en de multiples pôles autonomes sans régulation par une instance centrale ne semble pas être vraiment d'actualité. La délégation totale de la fonction ressources humaines aux pôles dotés de services ressources humaines spécifiques, choix envisageable, pourrait conduire à la balkanisation de la GRH, entraînerait des surcoûts probables, et présenterait pour les pôles plus d'inconvénients que d'intérêts.

2. La direction des ressources humaines, conseil juridique

Dans les configurations organisationnelles possibles découlant de la nouvelle gouvernance, les missions de la direction des ressources humaines pourraient être circonscrites à leur dimension juridique. Les directions des ressources humaines centrales seraient alors transformées en pôles juridiques voire en centre d'appel ayant pour vocation de rappeler le droit, de délivrer une réponse standard plus que sur mesure aux questions émanant des agents, et de contrôler l'activité des pôles. Ce choix peut être envisagé comme un moyen efficace pour traiter la complexité juridique... et pour réduire les coûts. Mais le risque de bureaucratisation des procédures, le terrible appauvrissement pour la fonction qui en résulterait plaident en faveur d'un autre scénario.

3. La direction des ressources humaines, prestataire de service

Entre le transfert total des compétences de gestion au profit des pôles ou le maintien d'un système centralisé, la ligne de partage n'est pas fixée par le législateur, le choix appartient à chaque CHU. Les termes du débat sont connus : le maintien en l'état semble peu probable sauf à prévoir par

avance l'échec ou l'abandon de la nouvelle gouvernance. Dans l'ensemble des CHU, on peut donc s'attendre à des transferts partiels de compétences, la direction des ressources humaines répondant aux demandes des pôles. La délégation concernera notamment la gestion de l'organisation du travail, des recrutements, de la mobilité, de la formation, de l'évaluation, des heures supplémentaires, de l'enveloppe indemnitaire.

Les directions des ressources humaines, dégagées d'un certain nombre de missions, définiront les politiques de ressources humaines et fourniront une assistance aux pôles, dans une logique de prestation de service. Libérés de certaines tâches, les agents pourront se recentrer sur leur cœur de métier, se spécialiser et professionnaliser leur expertise managériale.

Ainsi, la nouvelle gouvernance ouvre des perspectives, est susceptible de transformer radicalement les pratiques de gestion des ressources humaines... ou peut ne se traduire que par des changements tout à fait mineurs en raison de blocages susceptibles de l'entraver.

Les risques de blocages

Les obstacles à la réforme sont d'abord identifiables sous forme de risques multiples perçus par les acteurs de la fonction ressources humaines.

Le premier est celui d'une perte d'influence et d'une dilution de la fonction. La réduction du périmètre du service, du volume d'activité, du nombre d'agents affectés, dans une conception patrimoniale du pouvoir, probablement dépassée, mais encore ancrée dans les mentalités peut être vue comme une perte d'influence, source de blocages.

De même, la nouvelle gouvernance peut être perçue par les responsables administratifs de la fonction comme une critique à peine voilée de leurs pratiques professionnelles habituelles aujourd'hui jugées non suffisantes pour déployer une politique de gestion des ressources humaines au sein des établissements. Le redéploiement peut aussi être l'occasion d'une mise sous tension des directions des ressources humaines *via* la standardisation et l'informatisation d'activités routinières en vue d'en accroître la productivité s'appuyant sur les fonctionnalités partagées du SIRH (système d'information de gestion des ressources humaines).

Ces éléments pourraient justifier une relative frilosité des directions des ressources humaines lors de la phase de redéploiement des missions et leur volonté de maintenir le *statut quo*.

Et ce d'autant plus que la transformation de la gestion des ressources humaines *via* la nouvelle gouvernance peut s'accompagner de pertes de repères juridiques et organisationnels.

Dans le domaine juridique, deux facteurs de risque se conjuguent : le manque d'expertise juridique dans les pôles et la survalorisation de l'exception.

Les juristes spécialisés affectés au sein des directions des ressources humaines en cas d'éclatement de celle-ci risquent de se retrouver isolés dans les différents pôles. Cette nouvelle répartition ne permettrait probablement pas une optimisation de leurs compétences : disséminées, elles seraient mal valorisées. On notera d'ailleurs que les responsables de pôles sont *a priori* peu intéressés par la prise en charge des questions juridiques. L'octroi de larges délégations dans le domaine, jugé aride voire

hermétique, pourvoyeur de conflits à trancher et source potentielle d'erreurs, présente pour eux plus d'inconvénients que d'intérêt pratique.

Si lois et règlements sont faits pour être appliqués, ce serait méconnaître la réalité sociologique de l'administration française que de croire que le droit est l'unique colonne vertébrale des organisations publiques. Les travaux pionniers des sociologues de l'administration ont depuis été confirmés : l'administration ne peut, paradoxalement, fonctionner que par contournement de la règle. Toutefois, si l'autorisation de s'affranchir des principes de la fonction publique était usuellement accordée au niveau des pôles, cela conduirait probablement à la survalorisation de l'exception et des cas particuliers et multiplierait les cas d'illégalité par effet de contamination. Pourraient ainsi être mis à mal, les cadres de référence de l'activité administrative, cadres juridiques mais aussi organisationnels.

Au sein des services des ressources humaines, les dossiers administratifs où sont rangés tous les actes liés à la gestion individuelle des agents symbolisent une forme de permanence parfois moquée. Cette permanence de la structure contribue pourtant à la construction d'une mémoire organisationnelle qui contribue au repérage par les agents des situations posant problème et à leur résolution rapide. Ce savoir faire dans le traitement des situations individuelles est certes transférable mais poser de nouveaux jalons au sein des pôles prendra nécessairement du temps.

Ces risques réglementaires et organisationnels sont toutefois assez peu de chose au regard de la fragilisation par la perte de lien entre les services qui découlerait d'une réduction de la fonction ressources humaine à sa dimension juridique. Régression, le mouvement se traduirait par une bureaucratisation des procédures et un abandon des démarches managériales.

Les acteurs de la fonction ressources humaines identifient de nombreux risques liés à la nouvelle gouvernance.

Il en va de même pour les bénéficiaires des délégations de gestion ... qui peuvent ne pas en être demandeurs.

Pour les services opérationnels, le risque principal est celui d'un surcroît de travail, dans un domaine qui n'est pas toujours jugé comme essentiel. Non suffisamment compensé par l'affectation de personnels supplémentaires, il peut entraîner retards et erreurs.

De plus, la délégation de gestion peut avoir pour conséquence l'impossibilité de transférer aux échelons supérieurs l'insatisfaction de décisions dont il faut assumer l'entière responsabilité.

Enfin pour le personnel médical et soignant, la prise en charge d'une partie de la fonction ressources humaines peut créer des conflits de rôles, entre le métier exercé et les contraintes managériales. Comme l'écrivent Divay S. et Gadéa C. (2007, p.3) « *La bataille est avant tout symbolique et se déroule souvent à l'intérieur du même individu, le poussant à agir « en homme ou femme – de l'organisation- » et non en « homme ou femme de la profession » et à adhérer lui-même à la logique managériale dont il est le bras séculier.* » Le véritable enjeu et le succès ou l'échec de la nouvelle gouvernance réside dans l'acceptation éventuelle par les soignants d'une modification, sur certains points, des références qui déterminent leur conduite et... donc l'adhésion pour partie à la logique managériale.

L'outil de gestion n'est pas neutre. Son caractère obligatoire ne signifie pas pour autant qu'il sera utilisé : les facteurs de blocages sont nombreux. Si leur existence est occultée, lors de la phase d'octroi des délégations, ils

constitueront autant de blocages potentiels dans le processus d'appropriation de la réforme.

Configurations envisageables	Risques perçus acteurs RH	Risques perçus services opérationnels
La drh éclatée (hypothèse peu probable)	Perte d'influence Perte de repères réglementaires et organisationnels	Surcroît de travail Relayer une contrainte sans possibilité de transférer le mécontentement à un échelon supérieur Passage de la logique de la demande à une logique d'arbitrage : gérer la pénurie de personnel ? Tension de rôles
La drh conseil juridique (hypothèse assez peu probable)	Perte d'influence Perte de liens	
La drh prestataire (hypothèse la plus probable)	Risque de statu quo Condition d'appropriation	

Les acteurs doivent trouver un intérêt dans le changement et pas seulement celui de répondre à une injonction modernisatrice. Il faut en la matière apporter des garanties aux acteurs, de la fonction ressources humaines et des pôles, non au travers d'un discours qui nierait les points de friction mais au travers d'une expérimentation réelle des avantages attendus de la réforme.

Les bénéfices attendus

Les améliorations qui pourraient découler de la réforme dépendent de la nature des contrats de délégations, des hommes et des femmes concernées, des relations nouées entre les pôles et la direction des ressources humaines. Très concrètes, elles pourraient favoriser l'émergence d'une nouvelle culture de gestion à l'hôpital, la direction des ressources humaines renforçant son rôle de soutien des directions opérationnelles.

- Le pôle instance de décision et d'arbitrage.

Les bénéfices concrets liés à la déconcentration d'une partie des activités de la direction des ressources humaine sont assez facilement perceptibles. Pour les agents hospitaliers, ce mode de fonctionnement est gage d'un accès plus rapide à l'information sociale et de décisions prenant mieux en compte le contexte particulier de leur demande puisque c'est au sein du pôle c'est à dire dans l'univers professionnel immédiat de l'agent, que la plupart des réponses peuvent être apportées à ses questionnements. Seules remontent auprès de la direction des ressources humaines les points qui doivent faire l'objet d'arbitrage ou d'un traitement particulier.

Le cadre administratif et le cadre de santé supérieur, facilitateurs, « huile dans les rouages », ont un rôle de traducteur des besoins, de sensibilisation à la règle, afin, au final, maîtrisant le statut tout en l'adaptant au contexte, de permettre aux autres acteurs du pôle de définir les stratégies adéquates. En contrepartie, ils bénéficient de plus larges possibilités d'intervention. Leurs compétences sont reconnues et valorisées.

Le coordonnateur de pôle peut espérer, bénéficiant ainsi d'un « interprète », une meilleure et plus rapide prise en compte de sa demande. Le point est essentiel car si le coordonnateur de pôle ne trouve pas intérêt dans le

nouveau mode de fonctionnement, l'échec du système est probable. Gérer le personnel ne doit pas, pour lui, être synonyme d'organiser la pénurie. Il n'acceptera d'être le relayant de la contrainte qu'impose et délègue la nouvelle gouvernance que s'il obtient des moyens concrets d'accroître son autonomie, par exemple sur les modalités de recrutement, sur la gestion des effectifs. Dans un contexte de pénurie de ressources, le système ne peut être un système gagnant-gagnant, mais plutôt donnant-donnant.

Dans ces conditions, la direction des ressources humaines doit, dans une logique de prestation de services, ajuster sa relation avec les pôles donnant ainsi naissance à des contrats de pôles à géométrie variable : un même type de contrat de délégation avec des différences notables dans sa mise en application. Les managers des ressources humaines peuvent en contrepartie espérer que leur stratégie sera diffusée de façon plus efficace dans les pôles et les services : l'échelon intermédiaire créé favorisant la proximité avec les agents.

- Le pôle, terreau d'une nouvelle culture de gestion.

La mise en relation d'acteurs aux sensibilités diverses permet un croisement des rationalités, favorise le dialogue puisqu'elle permet de voir et de mieux comprendre les contraintes de l'autre (l'urgence médicale, la contrainte administrative, la pression des agents et des patients). Il ne s'agit pas de se mettre à la place d'autrui mais de percevoir son mode de fonctionnement, d'appréhender ses marges de manœuvre et les contraintes qui pèsent sur lui. Cela ne signera pas la fin des querelles de rationalité mais favorisera probablement une expression moins exacerbée de celles-ci.

A titre d'exemple, recruter dans la fonction publique hospitalière signifie à la fois, objectifs légitimes, complémentaires et partiellement contradictoires, assurer une continuité des soins sans aucune rupture, respecter des opérations administratives complexes sous peine de nullité, repérer et attirer les compétences nécessaires à la réalisation des objectifs. Travailler (recruter) de concert dans les pôles ne peut être que source progrès.

Extrait d'un contrat de pôle (source document interne CHU) :

Le recensement des besoins en postes de personnels non médicaux est effectué par le pôle X en fonction des départs programmés, éventuellement des besoins nouveaux ou des propositions de transformations d'emplois, dans le respect des contraintes budgétaires du pôle et de la réglementation.

La demande de recrutement, après validation du profil de poste, est formulée par le pôle X et transmise au pôle COORDINATION DES SOINS ET DE LA FORMATION pour les personnels soignants et au pôle RESSOURCES HUMAINES pour les autres personnels, qui statuent sur cette demande. Les demandes validées sur poste pérenne paraissent à la bourse des emplois. Si cette dernière s'avère infructueuse, le pôle X demande un recrutement externe qui est géré par le pôle COORDINATION DES SOINS ET DE LA FORMATION et/ou le pôle RESSOURCES HUMAINES.

Le pôle RESSOURCES HUMAINES instruit les dossiers de recrutement en liaison avec les pôles de gestion concernés au regard des capacités techniques et professionnelles du poste. Ces dispositions ne concernent ni les réintégrations statutaires et obligatoires, ni les reclassements, qu'ils soient administratifs ou médicaux.

Les mobilités inter - pôles se déroulent dans le cadre de la bourse des emplois. Elles sont suivies par le pôle RESSOURCES HUMAINES en lien avec les pôles concernés.

La notification du recrutement est une prérogative du pôle RESSOURCES HUMAINES. L'accueil et l'information des nouveaux agents sont réalisés à un double niveau : central et déconcentré.

D'un compagnonnage sur la durée autour des questions de ressources humaines entre médecin, cadre de santé et cadre administratif, on peut attendre une plus grande efficacité des politiques de gestion des ressources humaines.

La politique de gestion des ressources humaines peut y trouver l'occasion de dépasser l'approche statutaire pour mieux prendre en compte les métiers qui constituent pour l'agent hospitalier un cadre de référence plus coutumier pour le grade.

Les avantages liés à la déconcentration de la fonction ressources humaines sont donc multiples : rapidité de décision et proximité pour les agents, marges de manœuvres accrues pour les cadres opérationnels, désengorgement de la direction des ressources humaines débarrassée de missions à faible valeur ajoutée. Ces éléments de diagnostic constituent autant d'éléments qu'il faut renforcer pour assurer le succès du dispositif. Ils seront assurément mis en balance avec l'éventuelle tentation de faire de la masse salariale une variable d'ajustement budgétaire par le biais de réduction des effectifs alors que les besoins croissent.

Conclusion

Sur le plan théorique, l'apport de la recherche collaborative sur les liens gestion des ressources humaines – nouvelle gouvernance réside d'une part dans l'illustration du processus d'appropriation de la réforme dans le contexte de restructuration de l'univers hospitalier et d'autre part dans l'approfondissement des travaux portant sur la dynamique des outils de gestion.

Des observations découlant du protocole de recherche mis en place, plusieurs conclusions ressortent.

La phase médiatisée de la nouvelle gouvernance *via* le découpage en pôles n'est probablement pas celle où se joue le succès ou l'échec de la réforme. L'élaboration des contrats de pôles, travail plus souterrain permettra de juger de la réalité des transformations structurelles de l'organisation.

La nouvelle gouvernance offre l'opportunité de transformations réelles de la fonction ressources humaines au travers d'une déconcentration partielle de celle-ci.

Cependant, il existe un fort risque d'abandon progressif de la réforme, détrônée par d'autres velléités de changement alors même que l'entrée en vigueur de la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » et le plan hôpital 2012 sont annoncés. Pour la gestion des ressources humaines, l'enlèvement se traduirait par le *statu quo*... après avoir doté la structure d'un échelon supplémentaire (le pôle) alors que l'objectif était au contraire de fluidifier le fonctionnement de l'organisation.

Mais le pire n'est pas sûr. Des effets positifs peuvent être attendus. Il ne suffit pas d'en dresser la liste, il convient de créer les conditions de leur émergence.

Ces conclusions n'ont pas vocation à être généralisées à l'ensemble des CHU. Une étude comparative portant sur l'appropriation de la réforme dans d'autres établissements de même type constituerait un utile complément. De même les conclusions, conformément à la posture de recherche, prennent la forme d'hypothèses. Une recherche confirmatoire au moyen d'analyses diachroniques permettrait d'en évaluer la pertinence. Enfin au sein même du CHU, il est opportun, travail en cours, d'approfondir le travail itératif d'interprétation, en englobant dans l'analyse, les perceptions des cadres supérieurs et cadres intermédiaires des pôles.

Malgré ces limites, l'intérêt de la recherche pour les milieux professionnels et académiques résulte du parti pris qui consiste à ne pas figer l'analyse dans le temps mais, à partir des observations actuelles, à envisager des hypothèses. Le contenu prédictif de la recherche se veut aussi prescriptif : une grille d'analyse est proposée, les points de friction ou de blocage sont identifiés tout comme les leviers pour l'action. Les conditions d'appropriation des outils soulignent qu'en matière d'innovation de gestion les intentions ne suffisent pas, que les stratégies restent mortes si elles ne sont pas mises en œuvre, vérité tautologique qu'il convient pourtant de toujours rappeler. L'avenir n'est pas écrit dans le marbre, décrit sous forme d'hypothèses, il est entre les mains des acteurs du management hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

- BAELEN M. (1997), « Les évolutions du management stratégique dans le secteur hospitalier », *Gestion* 2000, mars-avril, p. 67-84.
- BARTOLI A. (2005), *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, collection Management public, 2^{ème} Édition, Paris.
- BENAMOUZIG D. (2005), *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF, 479 p.
- BERRY M. (1983), *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, Centre de Recherche en Gestion de l'école polytechnique, p 1-96.
- COUANAU R. (2003), L'organisation interne de l'hôpital, rapport d'information à l'assemblée nationale. <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i0714.asp>
- COUR DES COMPTES, *Les personnels des établissements publics de santé*, Cour des comptes, rapport public thématique, mai 2006, 165 p. <http://www.ccomptes.fr/CC/documents/RPT/RapportPersonnelsSante.pdf>
- CONTANDRIOPOULOS A. P., SOUTEYRAND Y. (1996), « L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre », in *L'hôpital stratège. Dynamique locale et offre de soins*, coordonné par CONTANDRIOPOULOS A. P., SOUTEYRAND, Y., Montrouge, John Libbey Eurotext, pp. 3-18
- DAVID A. (1998), "Outils de gestion et dynamique de changement", *Revue Française de Gestion*, n° 120, sept-oct, p 44-59.
- D. DEBROSSE, A. PERRIN et G. VALLANCIEN (2003), *Rapport sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, ministère de la Santé, 2003.
- DECHAMPS G., ROMEYER C (2006), « Trajectoires d'appropriation des principes de la nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins », 15^{ème} conférence internationale du management stratégique, Annecy-Genève, 13-16 juin. 22 p.
- DIVAY S., GADEA C. (2007), « Les cadres de santé face à la logique managériale », communication à la XIV^{ème} Journée d'études du GDR CADRES « Encadrer sous contrainte : les encadrants des organisations publiques » IMUS, institut du management de l'Université de Savoie, Annecy, 7 décembre 2007. http://gdr-cadres.cnrs.fr/c_journ.htm
- Article à paraître dans la revue française d'administration publique, dossier spécial consacré à l'encadrement public.
- DOMIN J.P. (2006), « La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise », *Gestions hospitalières*, n° 452, janvier, pp. 24-28.
- DUMOND J.P (2003), « Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Sève*, n°1, pp 71-81.
- ENGEL F., KLETZ F., MOISDON J. C., TONNEAU D. (2000), *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, tome 2, LE PMSI, Seli Arslan, 304 p.
- FRANCHISTIGUY I. (2001), « Gérer le changement organisationnel à l'hôpital, des diagnostics vers un modèle intégrateur », Thèse de doctorat, Université de Jean Moulin Lyon 3.
- GAULEJAC DE V. (2005), *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Le Seuil.
- GAUTHIER P. H., GRENON A., OMNES L., PERCHET J. Y. (1975), *L'analyse de gestion à l'hôpital*, Heral Éditions.

- GIBERT P. et THOENIG J. C. (1993), « La gestion publique : entre l'apprentissage et l'amnésie », *Revue Politique et Management Public*, vol 11, n°1, mars, p 3-21.
- LACHEZE-PASQUET P. (1998), *Management hospitalier pour le praticien, les objectifs de la réforme, les nouveaux outils*, Édition Masson.
- LARCHER G. (2008), *rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, 102 pages*, <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf>
- MARIAN L., LE LUDEC T. (2005), « Pôle d'activité médicale : Cadre de gestion médicalisée ou communauté réduite aux «aguets»? », *Gestions hospitalières*, n°449, pp. 640-644.
- MARTINEAU R. (2008) « Les outils de gestion, lieu de rencontre entre théorie et pratique : une revue de la littérature », Congrès du réseau des IAE, A paraître dans l'ouvrage collectif.
- MINTZBERG. H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Éditions Organisations, Paris.
- MOISDON J. C. (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Éditions Seli Arslan, 286 p.
- MOISDON J. C. (2001), « Quel est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français. », *Sociologie du travail*, n°42.
- MOISDON J. C., TONNEAU D. (1999), *La démarche gestionnaire à l'hôpital, tome 1 recherche sur la gestion interne*, Seli Arslan, 254 p.
- NOBRE, T. (1999), « Performance et pouvoirs dans l'hôpital », *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 17, n° 3, pp. 71 - 91.
- NOBRE T. (2004), « Pour une lecture hyper-texte des organisations par la recherche-action : le cas du changement à l'hôpital », *Première conférence internationale co-sponsorisée par la division recherche de l'Academy of Management et par l'ISEOR*, Université Lyon III, 18-20 mars.
- Ogien A. (2000), « Médecine, santé et gestion », in G. Cresson et F. -X. Schweyer (sous la direction de), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Éditions de l'ENSP, Rennes, 2000, p.133-148.
- OIRY E. (2006), « *La dynamique des instrumentations de gestion par les compétences. Proposition d'un cadre d'analyse.* », in *Nouveaux regards sur la gestion des compétences* coordonné par DEFELIX C., KLARSFELD A., OIRY E., Vuibert, Paris, p 13-31
- PIERRU F. (1999), « 'l'hôpital entreprise', Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, n°46, 1999, pp. 7-47
- ROGERS E. M. (1995), *Diffusion of innovation*, 4th Ed, The free press.
- SAINSAULIEU I. (2006), *La communauté de soins en question. Le travail hospitalier face aux enjeux de la société*, Paris, Éditions Lamarre,
- SMITH H. L., (1970), Un double système d'autorité, le dilemme de l'hôpital, in HERZLICH C. *Médecine, maladie et société*, École pratique des Hautes études-Mouton, Paris, pp. 259-262.
- TALEC T. (2006), « Qui décide à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, octobre 2006, pp. 537-541.