Le déploiement d'outils financiers dans le cadre de la réforme du système de soins : quand les acteurs les utilisent parce que c'est ce qu'il convient de faire

The implementation of financial tools in the context of healthcare reform: when organisational members use tools because that is the proper thing to do

Carole Bonnier, Isabelle Flachère et Olivier Saulpic

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pmp/7339>

ISBN : 0758-1726

ISSN : 2119-4831

Éditeur

Institut de Management Public (IDPM)

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2014

Pagination : 443-463

ISBN : 978-2-7430-2056-9

ISSN : 0758-1726

Référence électronique

Carole Bonnier, Isabelle Flachère et Olivier Saulpic, « Le déploiement d'outils financiers dans le cadre de la réforme du système de soins : quand les acteurs les utilisent parce que c'est ce qu'il convient de faire », *Politiques et management public* [En ligne], Vol 31/4 | 2014, mis en ligne le 29 janvier 2018, consulté le 10 décembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/pmp/7339>

Le déploiement d'outils financiers dans le cadre de la réforme du système de soins : quand les acteurs les utilisent parce que c'est ce qu'il convient de faire

04

► **Carole Bonnier, Isabelle Flachère* et Olivier Saulpic**

ESCP Europe

79 Avenue de la République, 75011 Paris

Résumé

Les hôpitaux publics en France ont récemment été le théâtre de nombreuses réformes conduisant à conférer, dans le pilotage des établissements, une place plus importante à la dimension économique et financière de la performance et aux outils et indicateurs qui leur sont associés. Plusieurs recherches menées dans d'autres contextes nationaux sur le déploiement de systèmes financiers de mesure de la performance ont mis en évidence des comportements de rejet ou d'appropriation des nouveaux outils et indicateurs par les acteurs dans les établissements, dans un souci délibéré de protection de leurs activités ou de leurs intérêts. Les études empiriques dans le contexte français montrent une grande variété dans la mise en œuvre locale de systèmes de mesure conçus de façon centralisée au niveau national. À partir d'une étude de cas, nous proposons d'apporter une contribution à la documentation des pratiques dans le contexte français et à la compréhension de la façon dont les professionnels médicaux réagissent à l'introduction de nouveaux outils de mesure des performances. Nous proposons que les acteurs utilisent ces outils non parce qu'ils seraient utiles et efficaces, ou qu'ils seraient susceptibles de servir leurs intérêts, mais parce que les mettre en œuvre est ce qu'il convient de faire, suivant en cela une logique de conformité (March et Olsen, 1976, 2004). Nos analyses peuvent conduire à adapter la façon dont les outils de gestion sont déployés dans les hôpitaux.

© 2014 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Mots clés : outils de gestion, indicateurs, performance, hôpitaux, conformité, conséquentialité.

*Auteur correspondant : isabelle.flachere@escpeurope.edu

Abstract

The implementation of financial tools in the context of healthcare reform: when organisational members use tools because that is the proper thing to do. Numerous reforms have recently been implemented in French public hospitals. They notably have placed more emphasis on hospitals' economic and financial performance dimensions and the associated performance measurement tools and metrics. Research conducted in various national contexts on the implementation of financial performance systems in healthcare organizations have emphasized how actors have either rejected the new systems, or appropriated the new metrics and tools to deliberately protect their interests and activities. In the French context, empirical studies have indicated that performance measurement systems designed centrally at the national level have actually been implemented in a variety of ways in the adopting hospitals. Based on a case study, we aim at further documenting practices in the French context and at developing our understanding of the ways by which medical professionals react to the introduction of new performance measurement tools. We argue that actors do not use these devices because they are useful and efficient, or because implementing them would meet their interests. Actors would rather seem to use the new performance measurement tools and metrics out of a logic of appropriateness (March and Olsen, 1976, 2004). We also argue that our analyses can conduct to the development of propositions about the implementation modes of new performance management tools in hospitals.

© 2014 IDMP/Lavoisier SAS. Tous droits réservés

Keywords : management tools, metrics, performance, hospitals, appropriateness, consequentiality.

Introduction

En France, les réformes récentes du système de soins ont cherché à responsabiliser les acteurs des établissements publics sur des objectifs d'amélioration de la performance médico-économique de ces entités. Les réformes ont en particulier abouti au déploiement d'un système prospectif de paiement au cas traité (Pouvoirville, 2009) pour l'allocation des ressources financières aux établissements (la tarification à l'activité - T2A), à la création de nouveaux centres de responsabilité (les pôles cliniques et médico-techniques, échelon plus large que le service et dirigés par un médecin chef de pôle, Nobre et Lambert, 2012), à un renforcement concomitant du rôle du directeur d'établissement dans la gouvernance interne de l'hôpital¹, et au déploiement d'outils et d'indicateurs financiers proposant une représentation monétaire du résultat des pôles comme de l'établissement dans son ensemble.

En particulier, les comptes d'exploitation de pôles, appelés CREA (comptes de résultats analytiques), qui mettent en regard les revenus et les ressources consommées d'un pôle au cours de la période considérée, ont été conçus au niveau national puis déployés dans l'ensemble des établissements publics, afin de proposer une instrumentation susceptible de favoriser l'adoption de

¹ Les modalités de mise en œuvre de la « Nouvelle gouvernance » hospitalière, correspondant à l'un des volets du Plan hôpital 2007, ont été définies par l'ordonnance du 2 mai 2005. Ces évolutions ont été prolongées par la loi Hôpital Patients Santé Territoires dite « loi Bachelot » du 21 juillet 2009.

la nouvelle logique médico-économique sous-jacente à la T2A (voir par exemple MeaH, 2009). La mise en œuvre de ces réformes a fait l'objet de quelques études sur le terrain cherchant à évaluer et comprendre les impacts de la T2A et des outils associés sur les représentations et les pratiques des acteurs dans les hôpitaux. Notamment, quelques rapports ont montré que les réformes ont effectivement conduit à la mise en œuvre de nouveaux outils tels que les CREA. Ces nouveaux outils auraient permis de favoriser la coopération entre gestionnaires et équipes médicales à travers la création d'un langage commun, mais leur effet sur les activités médicales seraient restés modestes (Moisdon et Pépin, 2010; Bruant-Bisson, Castel et Panel, 2012). Moisdon (2010) complète ces conclusions en arguant que la T2A aurait « plus de répercussions sur les représentations des acteurs que sur les modes concrets par lesquels ils s'organisent » (Moisdon, 2010, p. 224).

Des travaux académiques consacrés spécifiquement au déploiement des nouveaux outils et indicateurs financiers tendent à confirmer le faible impact direct de ces outils sur les pratiques des acteurs censés les utiliser. Ils soulignent aussi l'influence que ces systèmes de mesure financiers exercent sur les représentations que forment ces acteurs de leurs activités et de la performance de l'hôpital dans son ensemble (Bérard, 2011; Bérard et Steyer, 2013; Crémieux *et al.*, 2014). D'autres travaux, moins centrés sur le rôle des outils que sur l'impact de la T2A, des réformes managériales et de la pression budgétaire, ont souligné certains de leurs effets négatifs sur le fonctionnement des établissements (Belorgey, 2010; Georgescu et Naro, 2012).

L'ensemble de ces travaux tend en outre à montrer que les instruments sont utilisés de manières très différentes selon les contextes. Ainsi, les CREA peuvent être utilisés comme support à des incitations monétaires ou non, les modalités de ces incitations peuvent être très variées, les CREA peuvent être produits trimestriellement, semestriellement ou annuellement, analysés dans des réunions impliquant tous les pôles ou un seul pôle, etc. (Bérard, 2011; Bérard et Steyer, 2013; Crémieux *et al.*, 2014). Par ailleurs, la façon dont les charges indirectes sont allouées aux pôles et les prix de transfert sont calculés est différente selon les contextes et plus ou moins transparente. Ces modes d'utilisation peuvent être analysés comme hétérodoxes, mais néanmoins intéressants, comme dans l'analyse de la contractualisation faite par Bérard et Steyer (2013).

Face à cette diversité, pour mieux comprendre les modes d'utilisation des CREA et des autres dispositifs de mesure de la performance dans le quotidien des établissements de soins et la manière dont elles impactent les représentations et les pratiques des acteurs administratifs, médicaux et soignants, il reste intéressant de poursuivre l'étude de pratiques locales. Notre premier objectif dans cet article est donc de contribuer à documenter ces pratiques dans le contexte français.

Cependant, le déploiement de systèmes de mesure financiers dans les établissements hospitaliers est plus ancien dans certains pays, notamment anglo-saxons. La littérature académique y est donc plus riche qu'en France. Celle-ci ne permet pas pourtant de conclure sur l'effet de systèmes financiers sur les pratiques. En effet, si une partie de la littérature d'inspiration néo-institutionnaliste met en évidence leur absence d'effet sur les pratiques médicales et décrit les exemples de mise en œuvre observés en termes de découplage (Covaleski et Dirsmith, 1983; Lapsley, 1994; Pettersen, 1995), d'autres travaux soulignent l'impact des indicateurs et outils financiers sur les valeurs et les représentations des acteurs (Chua, 1995; Chua et Preston, 1994). Quelques articles plus récents mettent effectivement en évidence les effets des réformes sur les pratiques des acteurs mais sans s'attacher à étudier les caractéristiques des outils accompagnant ces réformes ni leur rôle sur l'évolution des pratiques (Lowe, 2000; Kurunmäki *et al.*, 2003; Lehtonen, 2007).

Au-delà des effets des instruments, la littérature s'intéresse aussi au comportement des acteurs vis-à-vis de ces outils. De ce point de vue, elle met notamment en évidence que les acteurs appartenant aux professions médicales et paramédicales sont actifs, soit pour minimiser l'impact des instruments sur les opérations en faisant une utilisation rhétorique (Nyland et Pettersen, 2004), soit pour obtenir différents avantages matériels associés, ou encore pour ménager leurs intérêts (Pettersen, 2004). Intérêts d'acteurs et enjeux politiques entre groupes professionnels seraient donc clés pour comprendre le faible couplage entre systèmes de gestion et activité (Covalseki *et al.*, 1993 ; Lapsley, 1994 ; Pettersen, 1995).

Toutefois, quelques études récentes dans le contexte français, bien que ne portant pas directement sur cette question, montrent une attitude des professionnels moins guidée par leur intérêt (voir par exemple Bonnier *et al.*, 2013). Notre deuxième objectif est donc de contribuer à la compréhension de la façon dont les acteurs se comportent vis-à-vis des instruments de gestion dans le contexte hospitalier français.

Pour répondre à ces deux objectifs, nous avons conduit une étude de cas au sein d'un établissement hospitalier public et suivi la manière dont les membres de l'équipe de direction et des pôles s'approprient en pratique les nouveaux outils financiers déployés à l'hôpital.

Notre perspective est interprétative. Notre objectif est donc de faire sens de nos observations en mobilisant les cadres théoriques adaptés. Nos données font ressortir un fort engagement des acteurs dans l'utilisation des nouveaux outils alors que ceux-ci ne semblent pas avoir d'impact significatif sur leurs pratiques opérationnelles. Dans notre analyse, nous proposons que les acteurs utilisent ces dispositifs non parce qu'ils seraient utiles et efficaces mais parce que c'est ce qu'il convient de faire, ce que March et Olsen (1976, 2004) appellent la « logique de conformité ». Selon eux, cette logique est censée régir l'activité des personnels soignants à l'hôpital, et s'oppose à la logique conséquentialiste sous-tendant la sphère gestionnaire. La logique de conformité a été mobilisée pour l'étude des changements dans les organisations publiques (Brunsson et Olsen, 1993 ; MacDonald et Richardson, 2004). Dans le cas étudié, nous montrons que cette logique peut s'étendre au comportement des médecins vis-à-vis des dispositifs de gestion eux-mêmes, dans le cadre de leur activité de pilotage du pôle.

L'article est organisé comme suit. La section suivante est consacrée à la présentation de la logique de conformité, cadre retenu pour l'interprétation du cas étudié. Dans la deuxième section, nous décrivons le contexte des réformes du système de soins français et de l'établissement étudié, ainsi que l'approche méthodologique adoptée, présentée sous forme d'encadré. Nous présentons ensuite nos observations sur les instruments et la façon dont les dispositifs sont mobilisés au sein de l'établissement étudié, puis nous discutons ces observations au regard de la littérature empirique sur le déploiement de dispositifs gestionnaires à l'hôpital et développons notre interprétation. La conclusion met en avant les contributions de notre analyse pour la pratique.

1. Cadre théorique : la logique de conformité

Dans notre cas, nous proposons d'interpréter les comportements observés non pas en termes d'intérêt, donc dans une logique conséquentialiste, mais comme relevant d'une logique de conformité (*appropriateness*, March and Olsen, 1976, 2004). Bien que ce cadre

interprétatif découle de nos observations, nous le présentons dès maintenant pour faciliter la lecture de l'article.

Selon March et Olsen, dans certaines organisations telles que les hôpitaux, les comportements des acteurs seraient guidés par deux logiques antagonistes portées par des groupes d'acteurs différents. D'une part, les représentations et comportements du personnel administratif sont régis par une logique de conséquentialité, dans laquelle les actions à entreprendre sont évaluées par rapport aux finalités poursuivies. En d'autres termes, dans cette logique, ce sont les conséquences attendues qui guident l'action des participants à l'organisation. À cette logique s'oppose la logique de conformité qui, elle, régirait la culture professionnelle du personnel soignant, médecins et infirmiers. Dans cette logique, les acteurs font ce qu'ils font parce qu'ils le doivent, en raisonnant non par rapport à des conséquences attendues, mais en cherchant à se conformer aux principes, valeurs et normes qu'ils partagent.

Ces notions ont été abondamment mobilisées pour l'étude des changements dans les organisations publiques notamment pour montrer que les procédures générées par les réformes sont autant le reflet de ce qui est considéré comme légitime que le résultat de calculs rationnels (Brunsson et Olsen, 1993). Ainsi, plus récemment, MacDonald et Richardson (2004) ont mobilisé la logique de conformité à la compréhension des processus de régulation des pratiques de comptabilité publique au Canada.

Dans cet article, nous proposons que la logique de conformité régissant les comportements des professionnels médicaux et paramédicaux s'applique certes dans le cadre de leurs activités de soin, mais peut également s'étendre dans notre cas vis-à-vis des dispositifs de pilotage eux-mêmes. Ainsi, contrairement aux propositions de March et Olsen selon lesquelles les professionnels médicaux rejetteraient les dispositifs de gestion de fait de leur incompatibilité avec leur culture professionnelle, nous montrons dans notre cas que les dispositifs de gestion sont mis en œuvre par les personnels médicaux et soignants car ils sont perçus comme naturels, attendus, légitimes et conformes à ce que leurs valeurs et leurs normes professionnelles leur indiqueraient de faire, et relèvent donc d'une logique de conformité.

2. Éléments de contexte

Nous présentons successivement ci-dessous les réformes du système de soins français dont nous étudions la mise en œuvre, puis le cas de l'hôpital sur lequel nous avons fondé nos analyses.

2.1. La réforme du système de soins français : tarification à l'activité et nouvelle gouvernance

L'organisation actuelle du système hospitalier et des établissements de santé est la conséquence d'un ensemble de réformes touchant de nombreux domaines, dont le financement et la gouvernance, qui visent à transformer les modalités du fonctionnement interne de l'hôpital, en insistant sur une meilleure performance économique et la responsabilisation des médecins.

Depuis 2005², l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés est financée par la tarification à l'activité (T2A). L'instauration de ce nouveau mode de financement, avec un basculement complet en 2008 pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique,

² Le cadre de la tarification à l'activité a été défini par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

constitue une réforme majeure du financement des établissements de santé publics³. Cette nouvelle tarification a pour but de fonder le financement des établissements en fonction de leur activité et d'instaurer l'équité de traitement entre les établissements (Bruant-Bisson, Castel et Panel, 2012). L'activité réalisée est définie par des épisodes de soins : l'activité hospitalière (actes et séjours) est décrite à travers des groupes homogènes de malades (GHM) qui identifient les différentes prestations de soins offertes à un même profil de patients et auxquels sont associés des tarifs fixés annuellement au niveau national.

Quant à la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé en vigueur depuis 2005, elle repose notamment sur deux principes : la priorité donnée au pilotage médico-économique dans le contexte de mise en place de tarification à l'activité et un principe de subsidiarité selon lequel les décisions doivent être prises au plus près de la production des soins⁴. Concrètement, la nouvelle gouvernance se traduit dans les hôpitaux publics par la création de pôles cliniques et médico-techniques, échelon plus large que des traditionnels services. Cette nouvelle organisation est associée à une démarche contractuelle qui aboutit à la signature de contrats établis entre les pôles et la direction de l'établissement. Le chef d'établissement a la possibilité d'associer le respect du contrat à des mesures d'intéressement collectif, qui est la seule modalité d'intéressement permise par la loi. Ces pôles sont pilotés par des médecins. Ils sont généralement assistés par un cadre soignant et un administratif, ces trois personnes constituant ce qui est couramment appelé le trio de pôle.

Les réformes actuelles, qu'elles touchent la gouvernance ou le système de financement, ont des implications fortes en termes de pilotage et donc de contrôle de gestion (Moisdon et Pépin, 2010 ; Bruant-Bisson, Castel et Panel, 2012). Comme nous l'avons présenté plus haut, elles ont notamment conduit à la mise en œuvre de systèmes financiers de mesure de la performance, les CREA, au niveau des pôles.

2.2. Le centre hospitalier étudié (CHM)

Un hôpital bénéficiaire et en mouvement

Cette recherche est basée sur l'étude d'un important centre hospitalier général en région (environ 1000 lits, dont plus de 300 en Médecine/Chirurgie/Obstétrique ainsi qu'en psychiatrie), que nous appellerons CHM pour des raisons de confidentialité. En tant qu'hôpital public, l'établissement est soumis au système de financement et au schéma de gouvernance en vigueur. Le CHM fait partie des quelques centres hospitaliers français en bonne santé financière. À l'équilibre depuis 2011, l'établissement a même clôturé l'année 2013 avec un léger bénéfice.

En 2010, l'arrivée du nouveau directeur s'est accompagnée d'une nouvelle dynamique avec de nombreux projets dont celui d'une reconstruction de l'hôpital, visant à transformer

³ Si 100 % des activités de médecine, chirurgie et obstétrique sont financés dans le cadre du système de la T2A, d'autres activités restent financées par fonction de leur coût d'achat par les hôpitaux (médicaments onéreux ou prothèses) ou par versement de forfaits. C'est le cas par exemple pour l'activité psychiatrie, ou pour encore d'autres activités ou missions exercées ou prises en charge par les hôpitaux publics à côté des activités de soins proprement dites (par exemple les activités de recherche, d'enseignement, de prévention...). En 2012, les financements octroyés par la T2A représentaient donc en moyenne 45 % seulement du total des revenus des hôpitaux (DREES, 2012).

⁴ Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, 2010

l'établissement en un hôpital évolutif et flexible. Les financements nécessaires à ce projet ont été obtenus. Le dynamisme et l'implication du nouveau directeur est reconnu par les personnes que nous avons interrogées, notamment sa capacité à débloquent des situations problématiques au niveau opérationnel.

Collecte des données

Notre recherche s'échelonne sur 12 mois (mai 2012 – mai 2013) et adopte une approche que l'on peut qualifier d'interprétative. L'étude sur le terrain a combiné des entretiens semi-directifs, des observations de réunions et une analyse de documents internes.

Entretiens semi-directifs

22 entretiens semi-directifs ont été menés avec les différents acteurs utilisant les tableaux de bord financiers : des membres des pôles cliniques (4 médecins chefs de pôle, 6 cadres supérieurs de santé, 3 assistants de gestion), des membres de la direction (directeur général, directeur des affaires générales, contrôleur de gestion, directeur de la qualité), le médecin directeur de l'information médicale (DIM) ainsi que le président de la CME (également ancien chef de pôle). Certaines personnes ont été interrogées à deux reprises, comme la responsable du contrôle de gestion et le directeur de l'hôpital, afin de bénéficier d'informations additionnelles sur des questions spécifiques. Environ la moitié des entretiens a été conduite par deux chercheurs. La thématique abordée dans les entretiens traitait notamment des outils de gestion des pôles et de la façon dont ils étaient utilisés et perçus. Nous avons essayé à chaque fois que cela était possible de montrer les outils dont il était question (par exemple les CREA) aux personnes interrogées afin qu'elles puissent les commenter et y réagir (par exemple, afin d'inciter nos interlocuteurs à verbaliser le raisonnement mené suite à l'augmentation d'un indicateur de dépenses).

Observations de réunions

Deux types de réunions ont été observés (cf. 2.2) :

- les « conseils des managers de pôles »
- les « revues de contrat de pôles »

Analyse de documents

Enfin, nous avons mené une analyse des documents internes à l'établissement, fournis lors des divers entretiens, des réunions observées ou en dehors de ces rencontres. Il s'agit essentiellement des outils de gestion des pôles, de diapositives ayant servi de supports présentations à des réunions, de rapports d'activité et de comptes rendus de réunions.

Les pôles et les instruments associés

Le CHM est organisé en neuf pôles : sept pôles cliniques et deux pôles de gestion. Les pôles ont été créés trois ans avant l'arrivée du nouveau directeur en 2010 mais selon nos interlocuteurs, ils n'avaient pas réellement de substance jusqu'alors. Ce dernier a notamment doté les pôles de contrats de pôles et d'outils de pilotage, créé un poste de contrôleur de gestion à plein-temps lui étant directement attaché et trois postes d'assistantes de gestion dépendants du contrôleur de gestion, et affecté aux pôles certains de ses directeurs en tant que « directeurs référents », ce qui conduit à ce qui est appelé localement un quatuor de pôle.

Au sein des pôles, plusieurs outils, touchant l'aspect financier, l'activité, la qualité ou les ressources humaines, ont commencé à être diffusés. Néanmoins, les outils prédominants sont financiers, en particulier un document appelé « tableau de bord financier » produit trimestriellement pour chaque pôle et comportant ses recettes et ses dépenses directes, et un CREA de pôle annuel (tenant compte des dépenses indirectes).

Au moment de l'étude, l'utilisation des outils de pilotage des pôles semble relativement mise en routine dans l'établissement et les managers de pôles y sont accoutumés, bien qu'ils n'aient pas été formés. En effet, le directeur n'a pas jugé nécessaire de former les chefs de pôle : « *Les chefs de pôles ils sont médecins, ils savent compter... donc on a pas eu besoin de les former à la comptabilité hospitalière, enfin quand je vois les formations référencées par l'ANAP, formations à la gestion, ce n'est pas ça dont ils ont besoin.* »

Ces outils de pilotage sont spécifiquement mobilisés lors de réunions biannuelles entre trio de pôle et direction dites « revues de contrat de pôles ». Une de ces réunions a pour objectif de revenir sur la gestion de l'année précédente, sur le plan financier, l'activité et la qualité. La réunion est présidée par le directeur des affaires générales, auquel le directeur de l'hôpital a délégué l'aspect opérationnel de la gestion polaire. Sont également présents la directrice en charge de l'administration et des finances (DAF), la contrôleur de gestion, le directeur de la qualité et le médecin DIM.

Les tableaux de bord mobilisés sont les suivants :

- le CREA du pôle de l'année écoulée, qui reprend les dépenses et les recettes du pôle et de chaque unité, ventilées par postes (dépenses de personnel, dépenses de médicaments, recettes de l'assurance maladie, autres produits, etc.) accompagné d'un document d'« analyse des dépenses et des recettes au 31 décembre N, comparées au 31 décembre N-1 » préparé par l'assistante de gestion et reprenant quasiment tous les postes de dépenses et de recettes, leur évolution ainsi que des éléments apportant un éclairage sur ces évolutions constatées
- un tableau de bord d'activité de l'année précédente, préalablement envoyé par le médecin DIM et résumant pour le pôle et pour chaque unité des indicateurs d'activité tels que le nombre d'admission, la durée moyenne de séjour, le taux d'exhaustivité du codage, etc.
- un tableau de bord évaluant la qualité du dossier patient dans la perspective des campagnes de recueil d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins, menées au niveau national par l'HAS et soumis à diffusion publique
- un tableau de bord de consommation de solutions hydro-alcooliques, dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales.

Les réunions observées durent de 1 h 30 à 2 h 45 et sont consacrées à trois aspects de la gestion des pôles : financier, activité et qualité, et entièrement organisées autour du passage en revue de chacun des tableaux de bord. Le suivi de la gestion financière est mené par le directeur des affaires générales qui reprend chacun des items du document d'analyse des dépenses et des recettes, pour le pôle et pour chaque unité, et demande au trio de pôle d'expliquer les évolutions constatées. Pour le suivi de l'activité, c'est le médecin DIM qui prend la main et qui s'arrête sur les indicateurs clefs ou sur ceux dont l'évolution doit être relevée, par exemple le nombre de passages ou le taux d'exhaustivité du codage. Il apporte également des informations orales sur les parts de marché de chaque spécialité du pôle dans la région et des éléments de comparaison avec les principaux établissements concurrents.

Sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins, la directrice de la qualité commente le tableau de bord de tenue du dossier patient et souligne les indicateurs n'ayant pas atteint le seuil recommandé et prodigue quelques conseils. La réunion s'achève par l'analyse du tableau de bord de consommation de solutions hydro-alcooliques. Généralement, la DAF, la contrôleur de gestion et le médecin DIM apportent des éléments d'explication relatifs à certains items, sur leur signification ou la manière dont ils sont calculés. La DAF intervient spécifiquement sur l'évolution des tarifs des GHS et des autres composantes du chiffre d'affaires (recettes d'assurance maladie, fonds de financement régionaux, missions d'intérêt général, etc.).

Les chefs de pôles et les cadres supérieurs de santé des pôles participent également à un autre type de réunions, les « conseils des managers de pôles ». Ces réunions ont lieu environ une fois tous les 45 jours et réunissent tous les chefs de pôles et les cadres supérieurs de santé de pôle avec les membres de la direction. Elles portent sur des sujets généralement plus transversaux et très divers, de la question de l'informatisation des dossiers patients au déroulement du projet de reconstruction de l'hôpital. Parmi tous ces sujets, des CREA ou des chiffres d'activité sont régulièrement présentés à l'assemblée.

Le contexte de la recherche étant maintenant posé, la partie suivante s'attache à décrire le comportement des acteurs des pôles (en particulier les médecins chefs de pôles, les cadres supérieurs de santé et les assistantes de gestion) face à ces nouveaux dispositifs.

3. La situation observée : un engagement fort mais un impact limité sur les pratiques médicales

Dans cette partie, nous présentons nos observations du cas étudié : d'une part un engagement fort des acteurs dans le suivi des procédures et des tableaux de bord des pôles et, d'autre part un faible impact de ces dispositifs sur les pratiques médicales.

3.1. Un engagement fort dans les nouveaux dispositifs de pilotage

L'engagement de la plupart des acteurs de pôles interrogés face aux nouveaux outils et indicateurs semble globalement fort. En effet, nombre de chefs de pôles, cadres supérieurs de santé et assistantes de gestion leur consacrent du temps, en semblent familiers, voire se disent intéressés par ces systèmes de mesure de la performance.

Les assistantes de gestion sont les acteurs les plus impliqués dans la mise en œuvre de ces outils. En effet, outre des demandes ponctuelles et spécifiques, leur travail quotidien consiste à examiner et justifier l'évolution des postes détaillés des tableaux de bord financiers des CREA, à suivre les dépenses de personnel des pôles et, depuis peu, à suivre certains indicateurs de qualité. Elles rencontrent fréquemment les cadres supérieurs de santé, notamment pour tenter d'expliquer en détail l'évolution des effectifs et des dépenses de personnel. Elles sont donc très impliquées dans le processus et semblent être intéressées par leurs nouvelles attributions qu'elles apparentent à des travaux d'investigation, comme l'indiquent les propos de l'assistante de gestion 2 :

« C'est vrai que c'est intéressant dans le sens où un tableau avec des grandes lignes n'est pas forcément parlant, mais quand on va à l'intérieur des comptes, qu'on découvre des

points particuliers, on se dit que ça a un intérêt parce qu'on peut au moins, en grattant, aller chercher des infos qui sautent pas aux yeux quand on regarde le tableau ou l'outil dans sa globalité »

De même, les cadres supérieurs de santé confirment consacrer du temps à l'analyse des tableaux de bord des pôles. Ainsi, la cadre supérieure de santé de pôle B déclare utiliser tous les tableaux de bord mis à disposition, que ce soit « *l'activité, avec les taux d'occupation, les DMS [durées moyennes de séjours], les nombres de journées* », les « *tableaux avec les dépenses et les recettes* » par pôles et par unités ou encore les indicateurs en soins infirmiers. Pour la cadre supérieur de santé de pôle D, plus critique sur ces dispositifs, c'est la nécessité permanente de rendre compte qui justifie que l'analyse de ces nouveaux outils soit devenue incontournable :

« ça change mon travail quotidien. Parce que, quoi qu'on fasse, on a à rendre compte. Je ne dis pas qu'avant on ne rendait pas compte, mais pas de façon aussi pointue. C'est sûr des éléments... par exemple, là, les tableaux d'activité qu'on a mensuellement, sur les CREA, les recettes, les dépenses, les choses comme ça, je veux dire il faut qu'on en fasse l'analyse au fur et à mesure qu'on en a eu connaissance, on peut pas les laisser pour compte, c'est pas possible, mais dans la mesure où on ne les avait pas, on ne les analysait pas »

Certains prennent même du temps à d'autres acteurs du pôle, comme le cadre de santé de pôle F qui précise : « *que ce soit sur les recettes ou sur les dépenses, moi régulièrement, une fois par mois, je fais un point avec les cadres et l'assistante de gestion, sur le suivi des recettes et des dépenses.* »

Quant aux chefs de pôles, leur engagement semble également fort, même s'il est plus variable selon les individus. Ainsi, tous nos interlocuteurs trouvent facilement les documents correspondant aux tableaux de bord dont nous parlons. Certains ont même ces documents dans leur cartable, ce qui indique qu'ils envisagent de les regarder à leur domicile. D'autres encouragent leurs collègues responsables d'unité à les consulter, ce qui semble porter ses fruits : « *Les responsables d'unité, je peux vous dire que je n'ai pas besoin de leur dire d'aller voir leurs [tableaux de bord]* » (chef de pôle E). L'impact en pratique sur l'ensemble de la population médicale de l'établissement reste néanmoins controversé : « *Les [médecins] sensibilisés aux tableaux de bord, c'est au maximum quelques chefs de pôles... La plupart de nos praticiens non chefs de pôle [...] ne s'y intéressent pas du tout* » (Président de CME)

L'intérêt des chefs de pôle pour les chiffres des CREA et pour en comprendre la formation, y compris sur le plan technique, est confirmé par les membres de la direction. La contrôlease de gestion souligne ainsi que certains médecins de pôles lui posent des questions relatives au CREA du type « *comment sera calculé mon amortissement ?* », « *qu'est-ce que ça va faire sur mon résultat ?* », ce qui, selon elle, était inimaginable il y a quelques années. De plus, toujours selon la contrôlease de gestion, les médecins comprennent très rapidement les outils tels que les CREA : « *Ils posent des questions et je peux vous dire que la fois d'après ils ont compris, il n'y a pas de problème* ». Quant à la directrice des affaires médicales, elle témoigne d'un intérêt croissant des médecins pour les indicateurs financiers : « *ce dont je me suis aperçue au niveau médical c'est que de plus en plus les médecins analysaient leurs recettes et leurs dépenses* ».

L'intérêt des chefs de pôles pour ces informations chiffrées est aussi souligné par les assistantes de gestion. Ainsi, l'une d'elle souligne qu'« *ils sont contents d'avoir ces documents-là, de suivre plus régulièrement et puis de façon vraiment... leur activité.* » (Assistante de gestion 2)

Notons tout de même que, même si cela semble l'exception, un chef de pôle (avec lequel nous n'avons pas pu avoir d'entretien individuel) a paru tout à fait désintéressé, voire résistant, face à ces changements dans les modalités d'organisation et dans le système de pilotage lors d'une réunion de contrat de pôle que nous avons observée. En effet, ce chef de pôle n'a participé que 40 minutes à cette réunion (alors que la durée prévue était de 2 h 30) tout en répondant à deux appels à caractère personnel pendant cette dernière.

Au-delà des déclarations de chacun et en dehors de l'exception mentionnée ci-dessus, les revues de contrat de pôle observées illustrent l'implication des acteurs dans le suivi des tableaux de bord du pôle. De façon générale, les médecins chef de pôle s'attachent à justifier eux-mêmes les évolutions des dépenses ou de l'activité en apportant des éléments d'explication relatifs au domaine médical. Quant aux cadres supérieurs de santé, ils apportent plutôt leur expertise du milieu soignant pour discuter les évolutions constatées. Par exemple, le chef de pôle A explique l'augmentation de l'activité d'une unité de cardiologie en 2012 par la collaboration avec des médecins d'un autre établissement. Dans la perspective soignante, la cadre de santé du même pôle justifie une hausse des dépenses de personnel soignant par des remplacements de congés maternité ou des dépenses de formation. Certains chefs de pôles posent également des questions de compréhension sur certains indicateurs à l'occasion de ces réunions.

Il est également intéressant de noter que cet engagement collectif pour le suivi des tableaux de bord des pôles ne se limite pas aux réunions en présence de la direction, puisque le chef de pôle, le cadre supérieur de santé et l'assistant de gestion de chaque pôle se réunissent régulièrement au sein de leur pôle (réunions hebdomadaires, bimensuelles ou mensuelles selon les pôles) et déclarent analyser à cette occasion les tableaux de bord et notamment les tableaux de bord financier. Par exemple, pour les pôles médecine A et F :

« On en fait tous les lundis après-midi à 14 h 30, des réunions qu'on appelle trio de pôle, et donc oui, on regarde les chiffres d'activité, les chiffres d'absentéisme, les chiffres de recettes, les chiffres de dépenses. » (Chef de pôle B)

« Au niveau du management du pôle, on se réunit en quatuor de pôle tous les 15 jours. Dans ces réunions il y a toujours un premier temps d'analyse des différents tableaux, des différents indicateurs, quand on en a des nouveaux... Mais attention, on n'a pas toujours des nouveaux tableaux à chaque réunion! » (Cadre supérieur de santé F)

Face à ces nouveaux dispositifs, il apparaît donc que la majorité des acteurs que nous avons rencontrés, que ce soit les assistantes de gestion, les cadres supérieurs de santé ou les chefs de pôle, sont devenus familiers des tableaux de bord et consacrent un temps non négligeable à les suivre et à les comprendre. Cependant, malgré cet engagement fort, l'impact sur les pratiques apparaît très limité.

3.2. Un impact limité sur les pratiques médicales

Bien que les acteurs des pôles accordent de l'importance au suivi et à l'analyse des indicateurs, cela ne semble pas déboucher sur des prises de décision, la mise en place d'actions correctrices ou encore à des réflexions sur une meilleure organisation des activités.

Cette absence de conséquences pratiques associées au suivi des indicateurs de performance est d'abord manifeste lors des réunions, ainsi que l'illustre la revue de contrat du pôle B que nous avons observée en mars 2013. Lors de cette réunion, les participants

reviennent sur la forte baisse de l'activité et donc des recettes d'une unité spécifique (baisse du nombre de passages de 30 % et baisse des recettes GHS de 36 %), qui impacte négativement tout le pôle (baisse du nombre de passages de 8 % et baisse des recettes GHS de 10 %). Cette évolution est perçue comme très problématique. Le chef de pôle, la cadre de soins et l'assistante de gestion sont parfaitement capables d'expliquer cette forte baisse, due à la fermeture de l'unité pendant l'été. Bien que tous soient conscients de la forte perte de recettes engendrée, aucune décision ni embryon de projet ne sont discutés pour faire en sorte que de tels problèmes ne se reproduisent pas l'année prochaine. Plus généralement, les principales demandes faites par la direction aux pôles lors des réunions observées portent sur la recherche de justifications pour les évolutions qui n'ont pu être expliquées pendant la réunion et, dans une moindre mesure, sur le codage, lorsque le taux d'activité codées apparaît insuffisant⁵.

L'impact très limité des nouveaux systèmes de mesure des performances sur les pratiques des responsables de pôles est également manifeste dans les discours des acteurs rencontrés. Par exemple, les assistantes de gestion semblent conscientes du faible impact en pratique de ces systèmes, mais imputent cette situation au manque de temps des médecins :

« C'est vrai que pour les chefs de pôle, leur activité chef de pôle ce n'est pas une contrainte mais ils n'ont pas beaucoup de temps pour cette activité-là, voilà. (...) ils aimeraient bien le faire mais voilà, ils n'ont pas le temps (...) puis bon, leur métier c'est plutôt d'être médecin que d'être gestionnaire. » (Assistante de gestion 2)

Les cadres supérieurs de santé éprouvent des difficultés à indiquer ce que cette analyse peut leur apporter concrètement. Ainsi, à une question sur ce qui est fait après avoir analysé les tableaux de bord, la cadre supérieure de santé de pôle B répond « *pas grand-chose* ». De même, son homologue du pôle D suggère dans un premier temps que l'analyse des outils conduit à mettre en place des actions pour améliorer les pratiques : « *on constate mais après on se dit "qu'est-ce qu'on fait pour améliorer ça ?"* ». Puis elle déclare quelques instants après, dans le même entretien, que « *ces mêmes outils n'ont rien changé en termes de qualité et d'activité* ».

Quant aux discours des chefs de pôle, ils ne permettent pas de faire ressortir des situations dans lesquelles les nouveaux dispositifs ont changé les pratiques médicales. Au contraire, ils mettent l'accent sur leur rôle d'information mais sans lien avec d'éventuelles conséquences. Ainsi, pour le président de CME « [les tableaux de bord] *servent à savoir où je me situe* ». Pour le chef de pôle E, les tableaux de bord servent à « *repérer là où il y a des variations inattendues, inopinées (...) alors après, on essaye de comprendre* ». Et selon lui lors des réunions de pôle : « *on regarde les chiffres [...] euh...et on pleure, voilà* ». Pour le chef de pôle C : « *on décortique les choses (...) quand on aura les chiffres [plus détaillés]... Après, on les a les chiffres, on a les chiffres...* ». Il semble penser que l'utilité va venir d'améliorations, mais sans être très convaincu. Pour le président de CME, il est clair qu'« *il n'y a pas de répercussions sur la gestion* », ni sur les pratiques : « *Je n'ai pas l'impression qu'on soigne beaucoup mieux les patients* ». Le président de CME résume finalement bien

⁵ Coder les activités réalisées et les coder de manière appropriée est important puisque ce codage déterminera ensuite les recettes versées à l'hôpital par l'assurance maladie. Le taux de codage, rapportant les activités ayant fait l'objet d'un codage aux activités effectivement réalisées au cours de la période, est donc un indicateur de performance opérationnelle important dans les hôpitaux.

l'impuissance des médecins face à ces nouveaux outils, car pour lui le tableau de bord est « *un diagnostic sans traitement* ». La réaction des responsables d'unités semble identique selon les dires des chefs de pôle : « *[s'il y] a un poste de dépense qui a augmenté, ils s'empressent de l'expliquer* » (Chef de pôle E). Selon le chef de pôle D, lorsque le pôle est en déficit, « *ça les [les responsables d'unité] déprime* ». Le seul impact direct mentionné est l'amélioration du codage ou la correction des erreurs d'imputation (Chef de pôle C).

Certains chefs de pôles tentent de trouver des illustrations de l'utilité des nouveaux dispositifs. Cependant, l'ensemble des exemples évoqués porte sur des analyses ou des décisions qui ont, certes, mobilisé des données, mais qui ne reposaient pas directement sur les nouveaux dispositifs. Ainsi le chef de pôle E explique l'importance d'avoir pu constater une baisse de 10 % des effectifs médicaux pour pouvoir prendre des mesures correctives « *c'est le type même de réactivité* ». Mais ce constat ne repose pas sur les données des tableaux de bord spécifiques au pôle. De même, le président de CME indique que grâce à des données détaillées sur l'activité, il a pu monter un dossier de demande de recrutement pour l'Agence régionale de santé et que cette demande a été acceptée. Cependant, là encore, les informations chiffrées correspondantes proviennent de requêtes spécifiques faites au DIM et non d'outils alimentés en routine dans les pôles.

4. Analyse : des comportements relevant d'une logique de conformité

Nous proposons ici d'interpréter les comportements des acteurs que nous venons de décrire. Ces comportements peuvent paraître surprenants, notamment en raison de la contradiction apparente entre le fait de consacrer du temps à des outils de mesure de la performance et de ne pas réellement les utiliser.

Nos observations sont dans la lignée des données empiriques sur l'introduction de la T2A en France. Ainsi, les résultats de l'enquête nationale de 2011 sur la gouvernance hospitalière⁶ montrent que le temps consacré à la gestion des pôles et le nombre de réunions de travail pour le suivi des contrats de pôles est important. Ils montrent aussi que ces réunions portent essentiellement sur des données comptables, notamment les CREA.

Dans un premier temps, nous montrons que nos observations diffèrent de la littérature que nous avons présentée en introduction et qui explique les comportements de rejet ou de réappropriation des outils par les acteurs en fonction de leurs intérêts. Dans la section suivante, nous proposons que les comportements observés peuvent être interprétés comme relevant d'une logique de conformité (March et Olsen, 1976, 2004).

Soulignons que nous ne revenons pas ici sur l'interprétation des attitudes, discours et comportements des assistantes de gestion. En effet, leur poste a été créé à l'occasion de la mise en place de la nouvelle gouvernance des pôles et elles ont donc vécu leur affectation à ce poste comme une promotion professionnelle et sociale, en raison des relations de travail régulières qu'elles entretiennent désormais avec les membres de l'équipe de direction de l'hôpital ou des pôles. En outre, activité et rôle des assistantes de gestion sont totalement reliés aux instruments de contrôle de gestion. L'interprétation de leurs discours et de leurs pratiques ne présente donc qu'un intérêt empirique ou théorique marginal pour cette étude.

⁶ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_v5.pdf

4.1. Des observations peu conformes aux résultats de la littérature

Les travaux sur la mise en œuvre de nouveaux systèmes de mesure des performances, en particulier financiers, dans les hôpitaux que nous avons analysés plus haut dans cet article ne nous semblent pas pouvoir rendre compte du cas étudié. Nous présentons les éléments à l'appui de notre analyse que nous rapportons ensuite à quelques éléments de contexte spécifique au cas étudié.

Ni rejet ni ré-appropriation des indicateurs et des outils

Sauf pour quelques acteurs minoritaires, nous n'observons ni rejet des outils et indicateurs de performance déployés, ni utilisation stratégique et détournement de ces derniers par les professionnels de santé au mieux de leurs intérêts. En effet, comme nous l'avons vu, ces derniers consacrent du temps à ces outils, en connaissent les principes voire les règles de calcul, sans qu'il soit pour autant possible d'identifier un usage concret de ces outils pour le pilotage des activités médicales et des pôles.

Le comportement d'un seul acteur, le chef de pôle B, nous semble pouvoir être interprété comme visant à préserver à la fois l'activité médicale et sa propre légitimité au sein de l'établissement. En effet, dans l'entretien que nous avons eu, il se déclarait peu convaincu de l'intérêt des dispositifs de gestion. Pourtant, en réunion, nous avons pu observer l'attention qu'il manifestait pour essayer d'interpréter un indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique. Cet indicateur était perçu par la très grande majorité des médecins et soignants comme inutile, mais se trouvait être l'un des premiers indicateurs déployés à la demande du nouveau directeur.

Par ailleurs, seuls quelques cas nous semblent relever d'un détournement à leur profit des systèmes de mesure par les acteurs médicaux. Ainsi, un chef de pôle, que nous avons mentionné plus tôt pour son désintérêt flagrant lors d'une revue de contrat de pôle, profite de cette dernière pour négocier des moyens humains auprès de la direction. Il rebondit sur le mauvais taux d'exhaustivité du codage dans les deux services de cardiologie du pôle (71 % et 77 %, alors que dans l'établissement, il est admis qu'un taux de codage satisfaisant doit être au-dessus de 90 %) pour réclamer que soit affectée aux services en question une personne supplémentaire qui pourrait coder à la place des médecins.

Deux cadres supérieurs de santé soulignent aussi que l'analyse de l'information issue des tableaux de bord peut permettre d'argumenter pour obtenir des moyens auprès de la direction, ceci en objectivant des besoins, comme par exemple pour des demandes de remplacement ou de création de postes :

« Vous allez dire : « Eh bien oui, j'ai eu beaucoup d'absentéisme et je n'ai pas eu beaucoup de remplacements ». Mais tant que vous n'arrivez pas à l'objectiver... Voilà, avec ces tableaux-là, voyez, au 30 juin on voulait extraire notre nombre d'absentéisme, maladie, maternité, etc. Et combien en face j'ai été remplacée, parce qu'à un moment donné ça me sert aussi à argumenter » (Cadre supérieur de santé B)

Soulignons que plusieurs médecins cherchaient à mettre en évidence en quoi les nouveaux dispositifs leur ont permis d'obtenir des décisions en leur faveur. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, la plupart des exemples qu'ils nous ont cités n'ont pas de lien avec les nouveaux outils, notamment les tableaux de bord, puisqu'ils reposent sur des informations indépendantes de ceux-ci. Ces exemples ne peuvent donc pas être

considérés comme un détournement de ces outils au profit des intérêts des acteurs médicaux. En revanche, ils indiquent que nos interlocuteurs ne cherchaient en aucune manière à dissimuler un comportement stratégique de leur part.

In fine, ces quelques cas de comportement conduisant à une protection du centre opérationnel (Meyer et Rowan, 1977), restent très marginaux dans nos observations.

Quelques éléments de contexte pouvant rendre compte de cette situation

Deux éléments de contexte, pourraient, selon nous, contribuer à expliquer l'absence de découplage dans l'utilisation des dispositifs de gestion. L'un a trait au faible investissement du directeur dans le déploiement et la mise en œuvre de ces dispositifs, l'autre aux faibles enjeux associés aux objectifs budgétaires.

Dans certaines études empiriques antérieures, les processus de découplage ou de résistance ont été observés lorsque les dispositifs de gestion sont tenus pour importants par la direction ou imposés par une tutelle (Covaleski *et al.*, 1993 ; Pettersen, 1995). Dans le cas que nous étudions, le directeur, bien qu'ayant impulsé la mise en place des outils de pilotage au sein des pôles, ne semble accorder que peu d'intérêt à leur utilité et à l'usage qui en est fait par les pôles. En effet, lors des deux entretiens que nous avons menés avec lui, le directeur a systématiquement adressé nos questions relatives aux tableaux de bord des pôles à sa contrôleur de gestion, qui par ailleurs l'assistait toujours lors de nos entretiens. De plus, les réunions qu'il préside, en particulier les réunions mensuelles des managers de pôles, portent très peu sur l'analyse des données issues des différents outils de pilotage des pôles. Il ne préside jamais les réunions de suivi des contrats de pôles biannuelles, centrées sur l'explication des tableaux de bord financiers, et préfère déléguer cette tâche au directeur des affaires générales.

Par ailleurs, les outils de gestion ne sont pas utilisés pour véhiculer et imposer une pression à la réduction des coûts ou à l'atteinte d'objectifs économiques, ce qui peut notamment être expliqué par la bonne situation financière de l'hôpital (voir ci-dessous). Comme nous l'avons vu, peu d'enjeux sont associés aux objectifs budgétaires et il en est de même pour les objectifs qui figurent dans les contrats de pôle. Ainsi, bien que le trio de pôle doive justifier auprès de la direction l'évolution des indicateurs de gestion du pôle, ces réunions ne sont pas perçues comme porteuses d'enjeux importants ni par les pôles, ni par la direction.

Ce constat est confirmé par l'attitude des managers de pôles qui ne semblent ressentir aucune pression de la part de la direction lors de ces réunions, comme en atteste le comportement parfois nonchalant des cadres de santé ou des assistants de gestion qui « *ne se souviennent plus* » de ce qui s'est passé il y a 6 mois et qui pourtant serait utile pour essayer d'expliquer l'évolution de tel indicateur.

À ce stade, nous avons constaté que les comportements observés n'étaient que marginalement conformes à ceux décrits dans la littérature empirique et identifié certains facteurs susceptibles d'expliquer cette différence. Il reste à expliquer pourquoi les responsables responsables, médecins et cadres supérieurs de santé, s'engage autant dans leur mise en œuvre.

4.2. Des comportements relevant d'une logique de conformité

Selon nous, le comportement de la majorité des responsables des pôles et des cadres supérieurs de santé est motivé par leur perception des nouveaux dispositifs comme étant naturels, attendus et légitimes. Cette logique de conformité ne s'appliquerait donc pas uni-

quement aux activités médicales (Pettersen 1995). Après avoir développé ce point, nous proposons quelques éléments de contexte qui peuvent contribuer à l'expliquer.

Des discours qui reflètent une logique de conformité

Nous avons vu que plusieurs médecins essayaient de donner des exemples dans lesquels les nouveaux dispositifs étaient mobilisés. Or, ces exemples portaient précisément sur des situations dans lesquelles les nouveaux dispositifs ne l'étaient pas. Comme nos questions concernaient les tableaux de bord et autres outils de gestion, nous pouvons supposer qu'ils cherchaient ainsi à démontrer leur volonté d'utiliser ces outils, de convaincre et de se convaincre que ces nouveaux dispositifs sont pertinents et bien adaptés.

On note aussi une volonté d'améliorer la forme des outils de gestion, pour faire les choses correctement, même chez les médecins par ailleurs dubitatifs sur l'impact de ces outils pour leurs pratiques et sans que cette volonté d'amélioration ne réponde à une demande de la direction.

« On est dans une phase qui m'amuse, parce que souvent je les trouve mal... enfin pas encore bien présentés, donc d'année en année ou de trimestre en trimestre... on va demander des petites améliorations (...) Il faudrait plus de temps pour le concevoir bien. C'est-à-dire qu'on est encore dans une phase de construction en fait » (Chef de pôle E)

Nous avons trouvé des discours similaires chez les médecins convaincus de l'utilité des tableaux de bord. Ils jugent par exemple que des améliorations sont nécessaires, notamment pour éviter les erreurs d'imputations. Cependant, lorsqu'on leur demande pourquoi, ils répondent simplement que grâce à ces améliorations « ça ira » (Chef de pôle C) sans que l'on ne sache ni ce qui ira, ni ce que cela changera si ce n'est le fait de « savoir où on se situe ».

De nombreux entretiens montrent aussi plus directement que l'idée de faire ce qui est demandé ou attendu est importante et très présente. Ainsi revient parfois l'idée qu'il faut faire des « études médico-économiques » parce que « on répond à ce qu'on nous demande » (Président de CME) ou qu'il faut suivre des indicateurs parce que cela s'impose :

« Alors, il y a des indicateurs qui s'imposent pratiquement un petit peu à nous, par exemple les consommations de solutions hydro-alcooliques, mais je veux dire, ils s'imposent à nous dans un pôle, pourquoi ? Parce qu'ils s'imposent à un établissement, donc j'ai quand même un peu du mal à voir comment un pôle pourrait se désinvestir de ça... » (Cadre supérieur de santé B)

Il en est de même pour ce qui est de rendre des comptes :

« Parce que, peu importe ce qu'on fasse, on a à rendre compte » (Cadre supérieur de santé D)

Dans le même esprit, puisqu'on a les données, on doit les analyser, autrement dit, c'est ce qu'il convient de faire :

« Par exemple, là, les tableaux d'activité qu'on a mensuellement, les CREA, les recettes, les dépenses, les choses comme ça, je veux dire il faut qu'on en fasse l'analyse au fur et à mesure qu'on en a eu connaissance, on peut pas les laisser pour compte, c'est pas possible. Avant, dans la mesure où on ne les avait pas, on ne les analysait pas » (Cadre supérieur de santé D)

La formulation est parfois encore plus claire puisqu'il s'agit non seulement de répondre à une demande, mais de faire plaisir : « les réformes, on fait plaisir, on remplit les cases » (Président de CME). Ce terme semble bien montrer qu'on est loin du registre de l'intérêt ou plus généralement de la conséquentialité. Les acteurs accordent du temps et de l'attention aux outils, les font vivre, mais n'en attendent rien en retour, ni pour la gestion de leur

activité, ni en termes de reconnaissance et ne s'en saisissent pas non plus pour les détourner ou se les accaparer au détriment du personnel administratif.

De façon intéressante, certains acteurs expriment l'idée que cette logique de faire les choses parce que c'est ce qui est attendu existait par le passé, mais que ce serait désormais différent :

« Le contrat de pôle pour moi, ça a été un exercice de style jusqu'à l'année dernière. Un exercice de style dont on devait, comment dirais-je, s'acquitter, parce qu'il fallait des contrats de pôle » (Chef de pôle E)

Pourtant aucune observation ne vient conforter l'idée d'un changement.

Finalement, ces observations semblent conforter l'interprétation en termes de logique de conformité que nous proposons pour rendre compte des comportements et discours des personnels soignants. Soulignons que cette interprétation conduit à étendre la notion de logique de conformité à la sphère managériale à laquelle, selon March et Olsen (1976), elle serait étrangère.

Quelques éléments d'explication

Deux éléments peuvent contribuer à expliquer la prégnance d'un tel comportement régit par une logique de conformité. D'une part, le fait que le directeur semble apprécié, ce qui rend légitime les réformes qu'il a lancées autour des nouveaux outils de gestion. D'autre part, la conviction partagée qu'il est important de participer aux efforts d'amélioration de la performance économique des hôpitaux.

Un directeur apprécié des personnels soignants

Le nouveau directeur semble bénéficier d'une image de dynamisme en rupture avec celle de son prédécesseur, ce qui peut contribuer à crédibiliser la proposition que les dispositifs qu'il a encouragés à un moment ou à un autre sont utiles et efficaces.

« Avant [le nouveau directeur], même au niveau de la direction, il y avait surtout la volonté d'être conforme aux textes » (Chef de pôle E)

Il est par ailleurs perçu comme étant à l'origine de la mise en place effective des pôles, laquelle semble jugée positive. Enfin, la plupart de nos interlocuteurs mentionnent spontanément les sujets sur lesquels le directeur a débloqué des situations ou leur a accordé les moyens qu'ils demandaient.

La confiance envers le directeur semble d'ailleurs étendue aux autres responsables de l'équipe de direction de l'hôpital :

« Quand vous commencez à parler avec la DRH, vous voyez tout le travail que ça a nécessité pour eux de tirer au clair qui était sur qui sur quoi... Il faut qu'on leur laisse un peu de temps, qu'on leur fasse confiance (...) Je trouve très confortable qu'on ait différentes directions qui fassent bien leur travail. C'est vrai, je n'ai pas à me plaindre (...) c'est à chaque direction de continuer à faire son travail comme elle le fait bien. » (Cadre supérieur de santé F)

Cette confiance vis-à-vis du directeur et de l'équipe qui l'entoure peut contribuer à légitimer les outils et indicateurs que les acteurs perçoivent comme émanant de sa volonté et contribuerait donc à expliquer l'engagement des acteurs médicaux dans leur mise en œuvre. Soulignons qu'il ne s'agit pas pour ces acteurs de jouer le jeu pour paraître légitime aux yeux du directeur. Comme nous l'avons indiqué, le directeur ne semble lui-même pas être directement présent dans ce jeu. Il s'agirait donc plutôt de mettre en œuvre des dispositifs que le

directeur a légitimés, et conduirait au résultat paradoxal d'un surinvestissement des personnels soignants dans les dispositifs de gestion, y compris par rapport aux attentes du directeur.

Conviction partagée qu'il est important de participer aux efforts d'amélioration de la performance économique des hôpitaux

La plupart des acteurs semblent partager la conviction qu'il est légitime de s'intéresser à la dimension économique de la performance des hôpitaux afin de contribuer à une meilleure utilisation de ressources rares. Or, comme cela a déjà été observé par ailleurs (Crémieux et al. 2012), les nouveaux outils et indicateurs sont associés à une meilleure gestion de la performance économique ou médico-économique, sans que cette association ne repose sur une réelle analyse de leur efficacité.

Ainsi, en parlant des nouveaux dispositifs sur lesquels elle a pourtant une opinion mitigée, un cadre supérieur de santé indique :

« Voilà. Mais c'est peut-être ça l'avenir, je n'en sais rien. C'est peut-être comme ça qu'on arrivera à faire des économies de santé. C'est possible, c'est possible. » (Cadre supérieur de santé D)

C'est donc bien la contribution potentielle à des économies de santé qui justifierait à ses yeux ces nouveaux systèmes de mesure : ils sont considérés comme appropriés car susceptibles de contribuer à l'amélioration de la performance économique de l'hôpital.

Quelle influence de la situation bénéficiaire ?

L'établissement se trouve pour l'instant en situation bénéficiaire. Ce contexte est important pour comprendre la faible pression associée à l'amélioration de la performance financière et aux systèmes de pilotage centrés sur cette dernière.

Les chefs de pôles sont d'ailleurs conscients que la relative aisance financière de l'hôpital est un élément déterminant du contexte :

« Si l'hôpital était en déficit, ce serait différent » (Chef de pôle D).

L'impact de cette situation sur le comportement des acteurs n'est pas évident. D'un côté, elle devrait conduire à un désintérêt pour des outils qui fondamentalement viseraient principalement à améliorer la performance financière. De l'autre, on peut considérer qu'elle facilite au contraire l'implication des acteurs médicaux dans leur utilisation. En effet, en pratique, utiliser ces outils n'a pas d'autre conséquence que le temps que les acteurs ont consacré à les faire vivre : comme nous l'avons vu, l'impact des nouveaux systèmes de mesure de la performance financière sur les activités médicales était, jusqu'à alors, resté très faible. Il n'y a donc pour les personnels soignants ni risque ni enjeu à s'impliquer dans leur mise en œuvre ; ils peuvent à moindre coût contribuer à une activité relevant de la sphère gestionnaire et qui leur semble légitime au niveau local comme au niveau global du système de santé.

Conclusion et implications managériales

Le cas que nous avons étudié nous semble constituer un exemple original de déploiement d'outils de gestion à l'hôpital. Loin des comportements de résistance, de détournement ou de récupération de la part des personnels soignants documentés dans la littérature, médecins et cadres supérieurs de pôles se sont ici emparés des outils et indicateurs de mesure de la

performance, cherchent à les comprendre, voire à les améliorer, leur consacrent du temps et de l'attention mais semblent ne rien en attendre en retour : ni pour l'amélioration de la gestion de leur activité, ni en termes de récompense, gratitude ou bénéfices directs ou indirects qu'ils pourraient obtenir de la part de la direction en échange de cette utilisation.

L'interprétation que nous proposons est que ces comportements et attitudes pourraient relever de la logique de conformité qui, selon March et Olsen (1976), régit la manière de faire et de penser des personnels soignants dans leur sphère d'activité : les dispositifs de gestion sont mis en œuvre parce qu'ils sont perçus par les personnels soignants comme naturels, attendus, légitimes, conformes à ce que leurs valeurs et normes personnelles et professionnelles leur indiqueraient de faire. Dans le cas que nous avons étudié, cette logique semble donc s'appliquer pour les personnels soignant à des activités qui relèvent directement de la sphère gestionnaire alors que, selon March et Olsen, cette dernière relève d'une logique antagoniste à la précédente, qui conduit à rapporter systématiquement les actions à entreprendre aux effets qui en sont attendus.

Intéressant sur le plan empirique, nous pensons que le cas que nous avons étudié est riche d'implications managériales. D'une part, il enrichit les exemples d'utilisations variées des instruments et de leurs conséquences pratiques. Ce constat de diversité des pratiques associées aux outils devrait conduire à des modifications dans la façon d'envisager la diffusion d'instruments du point de vue du management des politiques publiques. En particulier, il nous semble que les nouveaux outils gagneraient à être déployés dans une démarche d'expérimentation, comprenant une véritable boucle d'apprentissage fondée sur une analyse approfondie de la manière dont ils sont mis en œuvre et de leurs effets dans des contextes locaux (Moisdon, 2010).

Par ailleurs, le cas étudié invite à mettre au cœur du débat la réflexion sur l'efficacité des outils et la responsabilité des gestionnaires d'hôpitaux dans le pilotage de cette efficacité. En effet, le temps passé par les personnels soignants (médecins chefs de pôle et cadres supérieurs de santé) et administratifs (assistantes de gestion, contrôleur de gestion) à animer des dispositifs constitue, d'un point de vue technique, une déperdition de moyens alors même que la mise en œuvre de ces dispositifs semble n'avoir qu'un impact très limité sur les pratiques de gestion de la performance médico-économique de l'hôpital. Ce constat est d'autant plus problématique dans un contexte de pénurie de ressources. En effet, dans un tel contexte, une forme de découplage, par lequel les acteurs feraient semblant de mettre en œuvre les outils qui leur sont proposés ou imposés, et qui a été observée dans nombreux contextes notamment hospitaliers, pourrait paradoxalement relever d'une saine gestion des ressources en protégeant le « cœur opérationnel » de l'organisation de certaines demandes ambiguës ou contradictoires émanant de leur environnement. Il semblerait toutefois plus pertinent que cette question de l'utilisation efficace des outils et des ressources qui leur sont consacrées soit traitée en tant que telle par les gestionnaires, notamment les directeurs d'établissement. Pour ce faire, il convient probablement que la représentation qu'ils peuvent avoir de leur rôle vis-à-vis des instruments de pilotage s'enrichisse. En effet, leur rôle ne peut se réduire à mettre en œuvre sans les adapter des outils, indicateurs, systèmes de mesure conçus par ailleurs. Le processus de transformation des nouveaux outils lors de leur mise en œuvre équivaut en pratique à une « re-conception » des outils et de leur rôle pour les adapter au contexte local. Pour que les systèmes de mesure et de gestion des performances puissent être véritablement habilitants pour les responsables opérationnels au sein des hôpitaux, une implication accrue des directeurs d'établissement dans leur conception comme dans leurs modalités de déploiement semble indispensable.

Bibliographie

- Bérard E. 2011. L'appropriation du dispositif de contractualisation. *Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, Montpellier, 10-11 Mai.
- Bérard E., Steyer V., 2013. La responsabilité contractuelle à l'hôpital : un modèle fonctionnel malgré tout ? *Revue française de gestion* 237, 147-167.
- Belorgey N., 2010. *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte, Paris.
- Bonnier C., Saulpic O. et Zarlowski P., 2013. Un tableau de bord objet-frontière entre deux communautés : étude de cas d'une clinique. *34^e Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, Montréal, 31 mai-1^{er} juin.
- Bruant-Bisson A., Castel P. et Panel M.P., 2012. Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. *Rapport IGAS*, RM2012-011P, mars.
- Brunsson N. and Olsen J., 1993. *The Reforming Organisation*. Routledge, London.
- Chua W.F., 1995. Experts, Networks, and Inscriptions in the Fabrication of Accounting Images: A Story of the Representation of three Public Hospitals. *Accounting, Organizations and Society* 202 (3), 111-145.
- Chua W.F. and Preston A., 1994. Worrying About Accounting in Health Care. *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 7 (3), 4-17.
- Crémieux F., Saulpic O. et Zarlowski P., 2012. L'introduction de comptes de résultats de pôles dans un hôpital public : analyses et propositions à partir d'une étude de cas. *Journal de Gestion et d'Économie Médicales* 30 (7-8), 419-434.
- Covaleski M. A., Dirsmit M. W., 1983. Budgeting as a Means for Control and Loose Coupling. *Accounting, Organizations and Society* 8 (4), 323-340.
- Covaleski M. A., Dirsmit M. W. and Michelman J. E., 1993. An Institutional Theory Perspective on the DRG Framework, Case-Mix Accounting Systems and Health-Care Organizations. *Accounting, Organizations and Society* 181, 65-80.
- DREES, 2012. Le panorama des établissements de santé 2012. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf>
- Georgescu I. et Naro G. 2012. Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de RAPM auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité, Contrôle, Audit* 18 (3), 67-96.
- Kurunmäki L., Lapsley I. and Melia K., 2003. Accountingization V. Legitimation: a Comparative Study of the Use of Accounting Information in Intensive Care. *Management Accounting Research* 14 (2), 112-139.
- Lapsley I., 1994, Responsibility Accounting Revived? Market Reforms and Budgetary Control in Health Care. *Management Accounting Research* 5, 337-352.
- Lehtonen T., 2007. DRG-based Prospective Pricing and Case-mix accounting — Exploring the Mechanisms of Successful Implementation. *Management Accounting Research* 18 (3), 367-395.
- Lowe A., 2000. Accounting in the Health Care: Some Evidence on the Impact of Casemix Systems. *The British Accounting Review* 32 (2), 189-211.
- MacDonald L.D. and Richardson A.J., 2004. Identity, Appropriateness and the Construction of Regulatory Space: the Formation of the Public Accountant's Council of Ontario. *Accounting, Organizations and Society* 29, 489-524.
- March J. G. and Olsen J. D., 1976. *Ambiguity and Choice in Organizations*. Universitetsforlaget, Bergen.
- March J. G. and Olsen J. D., 2004. The logic of appropriateness, ARENA – Center for European Studies, University of Oslo, *Working Paper* WP 04/09.
- MeaH, 2009. Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles, <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/nouvelle-gouvernance-et-comptabilite-analytique-par-poles/>
- Meyer J. W. and Rowan B., 1977. Institutional Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology* 83, 340-63.
- Moison 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* 1-2.

- Moisdon J.C. et Pepin M., 2010. Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé - Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements. *Document de travail DREES* 97.
- Nobre T. et Lambert P., 2012. Le management de pôles à l'hôpital : regards croisés, enjeux et défis. Dunod, Paris.
- Nyland K. and Pettersen I.J., 2004. The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and Non-Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability & Management* 20 (1), 77-102.
- Pettersen I. J., 1995, Budgetary Control of Hospitals- Ritual Rhetorics and Rationalized Myths? *Financial Accountability and Management* 11 (3), 207-221.
- Pettersen I. J., 2004. From Bookkeeping to Strategic Tools? A Discussion of the Reforms in the Nordic Hospital Sector. *Management Accounting Research* 15, 319-335.
- Pouvourville G., 2009. Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas : la mise en œuvre de la Tarification à l'Activité. *Revue économique* 60 (2).

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées

Chefs de pôle

Chef du pôle B

Chef du pôle C

Chef du pôle D

Chef du pôle E

Cadres supérieurs de santé de pôle

Cadre supérieur de santé du pôle A

Cadre supérieur de santé du pôle B

Cadre supérieur de santé du pôle C

Cadre supérieur de santé du pôle D

Cadre supérieur de santé du pôle E

Cadre supérieur de santé du pôle F

Assistants de gestion des pôles

Assistante de gestion 1

Assistante de gestion 2

Assistante de gestion 3

Direction

Directeur

Directeur des affaires générales

Directeur des affaires médicales

Directrice de la qualité

Directeur des services techniques

Contrôleuse de gestion

Autre

Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) (également ancien chef de pôle)

Médecin du département d'information médicale (DIM)