

QUAND L'HABIT FAIT LE MOINE LES CHEFS DES PÔLES HOSPITALIERS : DEVENIR DES HYDRIDES « MALGRÉ TOUT » ?

La réforme de 2007 a créé un nouveau rôle, à l'hôpital, celui de chef de pôle. Ce médecin gestionnaire au rôle « hybride » est supposé pouvoir concilier les tensions entre la clinique et la gestion. Encore faut-il que les médecins endossent ce nouveau rôle. Notre travail s'appuie sur une recherche conduite pendant trois ans au sein de trois hôpitaux de province. Si la réforme prescrit un rôle hybride, les chefs de pôles se déclarent « médecins, avant tout », signe d'une identité qui reste profondément médicale. Une étude plus précise des prises de position lors des réunions montre toutefois que ces mêmes médecins se réapproprient des logiques économiques. Le passage du rôle déclaré au rôle joué est largement expliqué par le contexte de pression budgétaire, ainsi que par les instruments de gestion et les interventions de tiers. L'identité des chefs de pôle reste ainsi médicale, mais ces médecins sont « enrôlés » dans la gestion par le contexte d'action. L'hybridation est alors une affaire de « bricolage individuel » marquée par les parcours individuels et les contextes locaux de l'action, davantage qu'elle n'est affaire d'organisation.

Par Annick VALETTE* et Franck BURELLIER**

* Maître de conférences en sciences de gestion, Université de Grenoble.

** Maître de conférences en sciences de gestion, IGR-IAE de Rennes.



L'habit fait-il le moine ? Pas sûr... Le goupillon, alors ? Peut-être...

Telle est, en quelques mots, la proposition de ce texte, qui s'intéresse à la manière dont les médecins hospitaliers, « nommés chefs de pôle » se réapproprient la ges-

tion. S'ils peinent à se reconnaître médecins gestionnaires, ils font néanmoins de la gestion, lorsqu'ils sont aux prises avec des mécanismes de contractualisation et de gestion budgétaire, surtout dans un contexte de fortes pressions incitant à la recherche d'efficacité. Ces propositions sont le résultat d'une recherche

ANNICK VALETTE ET FRANCK BURELLIER



Photo © AKG IMAGES- MONDADORI PORFOLIO/CAMERA PHOTO ARTE

« *L'habit fait-il le moine ? Pas sûr... Le goupillon, alors ? Peut-être...* Telle est, en quelques mots, la proposition de ce texte, qui s'intéresse à la manière dont les médecins hospitaliers, "nommés chefs de pôle" se réapproprient la gestion. », « *Trois chirurgiens* », peinture d'Ubaldo Oppi (1889-1940), Palazzo Chiericati, Vicenza (Italie).



conduite pendant trois ans dans trois hôpitaux de province, entre 2009 et 2011 (1). Elles ne prétendent pas décrire l'ensemble des situations des chefs de pôle en France, mais elles nous semblent toutefois significatives des transformations en cours.

L'hôpital public français est engagé depuis 2007 dans un vaste projet de réorganisation. À l'instar de ce qui se passe dans de nombreux pays occidentaux, ces changements visent, entre autres choses, à recomposer l'articulation entre les logiques médicales et les logiques de gestion en impliquant plus fortement les médecins. La création de « pôles » obtenus par le regroupement de services avec la désignation de médecins chefs de pôle auxquels sont déléguées des activités de gestion en sus de leurs traditionnelles activités cliniques, en est un levier. Ce médecin-gestionnaire aux compétences et à la légitimité hybrides (KIPPIST et FITZGERALD, 2009) est supposé pouvoir concilier, d'une manière plus satisfaisante que ne le faisait l'organisation antérieure, les tensions entre la clinique et la gestion.

L'hybridation des professionnels est une dimension classique de ce qu'il est convenu d'appeler « la Nouvelle Gestion Publique » (FERLIE, 1996). L'évolution effective de la gouvernance exige toutefois, *a minima*, que les médecins s'approprient ce nouveau rôle. C'est cette exigence que nous souhaitons analyser ici. Nous nous demanderons en particulier dans quelle mesure les médecins parviennent à se réapproprier le rôle de gestion et à l'articuler à leur rôle clinique. Le terme « rôle » est défini ici comme « une position sociale plus ou moins institutionnalisée dont le sens et la manière dont elle est mise en acte/scène sont négociés au sein des contraintes de structure » (ASHFORTH, 2001).

La métaphore du jeu que sous-entend le terme de « rôle » nous semble particulièrement bien adaptée pour rendre compte du travail du chef de pôle. Son activité est principalement faite de discours et de prises de position, dans un système d'action comprenant de nombreux acteurs, aux relations hiérarchiques et fonctionnelles ambiguës.

Les résultats que nous avons obtenus reposent sur des entretiens réalisés avec des promoteurs de la réforme, avec des membres des directions, des médecins-chefs de pôles et leurs collaborateurs, ainsi que sur l'observation de réunions. Nous distinguerons le rôle prescrit, le rôle déclaré par les médecins en entretien et celui qu'ils jouent en réunion. Si la réforme prescrit un rôle hybride, les chefs de pôle se déclarent, quant à eux, « médecins, avant tout ». Le rôle joué en réunion, qui est, lui, sous l'influence des instruments de gestion relaie la logique de gestion. L'hybridation reste dès lors davantage une affaire de « bricolage indivi-

duel » (LEVI-STRAUSS, 1962 ; DUYMEDJAN et RULLING, 2010) marqué par les parcours et les situations des personnes, qu'une affaire d'organisation.

CHEF DE PÔLE : UN RÔLE PRESCRIT HYBRIDE

Les quelques 630 hôpitaux français sont organisés (depuis 2007 – ordonnance du 2 mai 2005, réforme dite de la Nouvelle gouvernance) en pôles d'activités formés par des regroupements de services, jusqu'alors les unités fondamentales de l'organisation hospitalière. Ces pôles doivent faciliter les synergies dans la prise en charge médicale et dans l'utilisation des ressources. À la tête de chaque pôle ont été nommés des médecins, institués chefs de pôle. Le mouvement est double : délégation de la gestion du central vers les pôles, d'un côté, et plus grande implication des médecins dans la gestion, de l'autre.

Cette réforme s'inscrit bien entendu dans un temps long d'évolution de la gouvernance, de modification de l'organisation interne et d'évolution budgétaire (DE POUVOURVILLE, 2010). Elle représente toutefois une rupture, parce qu'elle est couplée à une réforme majeure de la logique budgétaire et parce qu'elle formalise, pour la première fois, dans une nouvelle définition de leur rôle, la responsabilité économique des médecins.

Ces changements en matière d'organisation sont étroitement couplés à la réforme de la tarification des établissements (LENAY et MOISDON, 2003 ; DE POUVOURVILLE, 2009). En simplifiant, les hôpitaux sont passés d'un système dans lequel le budget était fixé globalement par négociation avec la tutelle en fonction de critères multiples (système dit du « budget global ») à un système qui lie étroitement les recettes à l'activité (système dit de la « tarification à l'activité »). Dans ce dernier système, les différents types de prise en charge des malades sont affectés d'un tarif. L'établissement reçoit alors un budget dépendant de son volume et de sa gamme d'activités. Le lien établi entre recette et activité peut permettre au pôle de devenir une unité de gestion. On voit ainsi se mettre en place des comptes de résultats analytiques (CREA) par pôle. Si le pôle devient une unité de gestion, alors les médecins, mieux outillés, peuvent être plus impliqués dans l'activité économique.

« En nommant des médecins chef de pôle, on parie sur la maîtrise médicalisée des dépenses contre la maîtrise comptable » (permanent Fédération Hospitalière de France actif dans la réforme)

Ce professionnel hybride, parce qu'il est doté d'une double compétence, légitimité et identité, doit atténuer les tensions entre logiques cliniques et logiques économiques, trouver des solutions professionnelles aux problèmes économiques posés ou encore intégrer dans les projets cliniques les contraintes de gestion.

(1) 1 CH et 2 CHU. Ce travail a bénéficié du financement de l'INSERM via l'Institut de Recherche en Santé Publique.



« On peut dire qu'il y avait deux mondes, inconciliables. Les directeurs d'hôpitaux, avec leur culture budgétaire, juridique et de santé publique, [et] les médecins porteurs de leurs connaissances médicales ancrées dans la relation soignant-malade. Quand l'hôpital a été mis sous contraintes, tout le monde s'est dit qu'il fallait arrêter la schizophrénie : nous avons [alors] créé les pôles et les chefs de pôle. » (permanent FHF actif dans la réforme)

UN RÔLE A PRIORI DIFFICILE À TENIR

Le fait de donner une place plus importante aux professionnels dans l'activité de gestion caractérise de nombreuses réformes classées sous l'étiquette de la Nouvelle Gestion Publique (NGP).

Si les travaux vantent les mérites de l'hybridation en tant que ressort d'une gestion professionnalisée, ils en soulignent aussi les problèmes. Ces professionnels sont en particulier aux prises avec des conflits de rôles (KAHN et al., 1964), avec des perceptions d'incompatibilité entre les différents objectifs et les activités du rôle, celui-ci étant source de contradictions à leurs yeux.

La grille de Lusher et Lewis (2008) permet de spécifier les différentes dimensions du conflit. Le conflit peut porter sur la définition de la performance, par exemple, lorsqu'il s'agit de garantir la qualité optimale de la prise en charge, tout en maîtrisant les ressources : « On vous demande de faire un 100 mètres, [mais] on vous attache les pieds et on vous met la tête dans le sac... » (chef de pôle).

Ces conflits peuvent concerner les systèmes de reconnaissance, en particulier ceux touchant la direction et les confrères médecins du pôle : « Je suis pris en sandwich. Mes collègues médecins me disent : "On veut ci, on veut ça... ; tu ne l'as pas eu : t'es nul !..." Mais mes adjoints administratifs et infirmières me disent : "Il faut que tu penses autrement : t'es plus [un vrai] médecin !" » (chef de pôle).

Ces conflits peuvent relever de l'organisation du travail, notamment de la gestion du temps : « Je refuse de laisser la clinique. Vous imaginez : vous êtes hospitalisé, et vous ne voyez pas la tête du chef ! Non, il n'a pas le temps... : il fait de la gestion. C'est un métier de schizophrène !... » (chef de pôle).

Enfin, le dernier type de conflit porte sur les valeurs : « J'ai des valeurs politiques : [pour moi], le service public, c'est fondamental : la santé n'est pas une marchandise ! Mais je sais qu'il y a des contraintes budgétaires fortes, en cours, et à venir » (chef de pôle).

Le rôle hybride de chef de pôle met les individus face à des tensions particulièrement importantes. Les dépasser pour innover exige des dispositions individuelles spécifiques et de lourds dispositifs organisationnels d'accompagnement.

UNE HYBRIDATION PEU SOUTENUE

Ni les profils individuels sélectionnés ni les procédures organisationnelles d'accompagnement ne nous semblent favoriser une hybridation du rôle qui soit rapide et de grande ampleur.

Tout d'abord, il n'existe pas de mécanisme systématique de détection et de sélection des dispositions individuelles permettant de faire face aux tensions inhérentes à ce nouveau rôle.

Le recrutement de médecins-chefs de pôle ne cible pas les profils hybrides. Le vivier interne est limité. Le recrutement externe qui se pratique dans certains pays est exclu en France. Dans les faits, la plupart des chefs de pôle sont d'anciens chefs de service, plutôt dans la seconde partie de leur carrière, qui ont été nommés sur la base d'une légitimité clinique. La procédure privilégie les individus consensuels. Il s'agit de faire « tenir le pôle » en écartant au besoin des profils qui pourraient apparaître adaptés du point de vue des compétences, mais risqués du point de vue de la gestion du collectif. Certains médecins se disent aidés dans leur pratique par leurs mandats d'élus politiques ou par leurs spécialités aux marges de la clinique pure. Ces compétences sont toutefois détenues « de surcroît », et ne font pas partie des critères explicites de désignation et de sélection.

Ces médecins ne disposent d'aucun modèle de rôle (IBARRA, 1999). Le rôle de chef de pôle n'a pas d'équivalent en France. Or, les expériences étrangères se font dans un contexte institutionnel fort différent. Les médecins rencontrés se réfèrent dès lors, pour certains, au modèle du chef d'entreprise et, pour beaucoup, à celui du chef de service.

Le chef de pôle serait un « super-chef de service » doté d'une plus grande maîtrise des ressources et des dépenses, mais il serait nettement moins autonome qu'un chef d'entreprise.

Le rôle prescrit s'écarte pourtant de celui de chef de service sur au moins deux dimensions.

Tout d'abord, la légitimité du chef de pôle aux yeux des autres médecins ne peut pas être retirée de sa seule activité clinique, puisque le chef de pôle s'adresse à des confrères de spécialités différentes.

Ensuite, l'engagement attendu de sa part dans l'activité de gestion est plus important, et ce sur un périmètre élargi par rapport à celui d'un service (réflexion sur la stratégie d'offre de soin, sur le budget et l'organisation des ressources).

Le chef de pôle doit donc pouvoir gérer « à distance l'activité clinique d'origine ». Les efforts d'accompagnement consentis par certains hôpitaux, qui ont été rendus obligatoires par le ministère de la Santé à partir de 2010, bien qu'existants, sont modestes au regard du nombre des médecins concernés et de l'ampleur de la transition à accomplir. Ces efforts sont par ailleurs



peu suivis (2). Les cas de formations lourdes (de type master) restent exceptionnels (2 sur les 30 cas rencontrés) et ne sont pas toujours reconnus (le premier médecin n'a pas été nommé, l'autre s'est vu retirer son rôle de chef de pôle hospitalier au bout d'un an). Les formes organisées de partage d'expériences (lors de réunions inter-pôles) sont rares, peu fréquentées et peu encouragées.

L'organisation nous semble ainsi peu armée pour désigner et accompagner les médecins dans leur nouveau rôle hybride, dans lequel ils sont censés trouver des solutions nouvelles aux tensions entre clinique et économie.

Nous avons alors cherché à comprendre comment les médecins se débrouillaient dans leurs nouveaux rôles de chefs de pôle.

LES RÔLES DÉCLARÉS : UNE IDENTITÉ QUI RESTE MÉDICALE

Les données présentées sont issues d'une première vague d'entretiens (d'une heure et demie environ, pour chaque personne) au cours desquels nous avons demandé très simplement à nos interlocuteurs : « Qu'est-ce que pour vous, être chef de pôle ? ».

Nous nous intéresserons ici spécifiquement à trois médecins travaillant au sein de l'un des deux hôpitaux universitaires retenus. Ces trois cas peuvent être considérés comme trois cas types qui nous permettront non seulement de mettre en lumière ce qui nous apparaît être largement partagé par les médecins rencontrés, mais aussi de montrer les principaux facteurs de différenciation. Tous trois se définissent comme médecins et ne s'identifient pas (pas totalement, voire même pas du tout) au rôle de médecin-gestionnaire : le premier refuse l'idée même de ce rôle de gestionnaire, la seconde l'intègre (mais sur un mode conflictuel et problématique) et le troisième l'accepte en partie et le trouve même légitime.

Monsieur A est un généticien en poste depuis plus de 30 ans au CHU considéré. Bien que professeur, il n'a jamais eu de chefferie de service. Il a d'abord refusé le poste pendant un an. Il est à la tête d'un pôle de 700 personnes regroupant la pédiatrie et la maternité – un pôle largement déficitaire, représentant, à lui seul, plus de 50 % du déficit du CHU. Ce pôle est associé à l'ouverture d'un bâtiment tout neuf, entièrement dédié au pôle, qui mobilise fortement l'ensemble du personnel. Ce projet explique en partie que le méde-

cin ait fini par accepter la responsabilité du pôle. Lorsqu'il parle de lui, il insiste sur sa fonction de « *responsable médical de pôle* », et met la gestion à distance. Il est représentatif de beaucoup de médecins rencontrés. Évacuer la gestion est une manière, pour lui, de résoudre les tensions du rôle en choisissant l'autre branche de l'alternative. Certains mettent en avant l'absence de compétences : « *On me demande d'être gestionnaire d'un mini-établissement, mais, moi, je suis médecin !* » (un autre chef de pôle), ou le manque d'« *appétence* » : « *Il y en a qui ont la fibre, qui sont comme des poissons dans l'eau... Mais, moi, ce n'est pas mon cas...* » (un autre chef de pôle).

Monsieur A parle, quant à lui, de déontologie. Il prône une séparation entre les objectifs médicaux et les objectifs de gestion, leur assimilation pouvant conduire, selon lui, à des dérives. Il met au centre de son rôle les préoccupations d'éthique, de sécurité et de qualité : « *Je suis un responsable médical. Et j'insiste sur le "médical", garant du fait que les soins dispensés répondent aux exigences de bonnes pratiques. Mon rôle est guidé par le respect, celui des patients, celui du personnel, de la déontologie.* »

Madame B est anesthésiste-réanimatrice, maître de conférences des universités, elle est à la tête d'un pôle regroupant l'anesthésie et la réanimation, qui comprend 400 personnes et est également en déficit. Elle était la seule candidate dans un environnement hostile à la réforme. Cette prise de fonction s'inscrit (comme pour beaucoup de chefs de pôle) dans la lignée de la chefferie de service : « *On était deux chefs de service... L'autre était sur le départ... Alors, j'ai candidaté...* ». Madame B, comme Monsieur A, se définit comme médecin avant tout : « *Non, moi je suis restée... [Je suis] encore médecin. Mais le cadre administratif et le cadre coordonnateur me disent : "Il faut que tu penses autrement, t'es plus médecin !". Non. Il y a le terme "responsable médical" ! Donc, moi, je suis médecin...* ».

Madame B est représentative des médecins qui, sans s'opposer au rôle prescrit, vivent les tensions si violemment qu'ils ne peuvent se reconnaître comme hybrides. « *La directrice, elle a que le mot management à la bouche. Moi, ça me fait hurler... Quand vous cherchez une définition, c'est quoi ? C'est qui, le management ? Moi ? T'as le manager qui vend des bagnoles, t'as le manager ingénieur...* ».

Le terme « *schizophrène* » est très présent dans l'ensemble de nos entretiens, c'est une conséquence directe des tensions du rôle : « *Moi, là, la responsabilité du pôle, je la laisse... Je suis coupé en deux ; je deviens schizo...* » (un autre chef de pôle).

Même si son expérience de chef de service dans une activité très coûteuse l'a socialisée aux enjeux économiques, elle met en avant la difficulté à tenir le rôle. Les mots « *difficile* » et « *problèmes* » sont prononcés 88 fois au cours du premier entretien. De plus, elle assimile la gestion aux attentes de la direction. Elle

(2) Sur les 3 hôpitaux étudiés, le CH a organisé (jusqu'en 2011) 2 soirées d'information, le CHU A a proposé 2 jours de formation par chef de pôle, et le CHU B, rien. Depuis 2010, les hôpitaux doivent proposer 60 heures de formation par chef de pôle. Dans les établissements étudiés, très peu de chefs de pôle suivent effectivement ces formations, certains les ayant même clairement refusées.



doit ainsi réaffirmer régulièrement son identité médicale à la fois pour lever les tensions qui semblent insurmontables et pour lutter contre son sentiment de dépendre de la direction générale.

Monsieur C est chirurgien, il est en poste depuis plus de 30 ans. Professeur des universités, il est à la tête d'un pôle regroupant la chirurgie orthopédique et la rhumatologie qui comprend 300 personnes. Ce pôle est dans une situation bénéficiaire. Sollicité par la direction, d'abord hésitant, il a fini par accepter en disant qu'il trouvait là « *un moyen de défendre son service menacé depuis 30 ans de rélocalisation dans les bâtiments principaux* » et qu'il était donc « *rompu aux négociations* ».

Il dit, surtout, à plusieurs reprises : « *Il vaut mieux diriger qu'être dirigé... : On ne sait jamais sur qui on tombe...* ».

Le budget de son pôle, excédentaire au début de l'étude, se dégrade ensuite. Parmi l'ensemble des médecins rencontrés, il est le seul à présenter de manière aussi claire et aussi acceptée la dimension économique de son rôle. Sa représentation spontanée du « bon travail » articule de manière étroite sa pratique, le pôle et l'hôpital : « *J'ai envie d'avoir un pôle qui marche bien, parce que j'ai envie d'avoir un service qui rayonne, j'ai envie que l'on dise que l'on travaille bien, à l'Hôpital X, que l'on a une grosse activité, que c'est géré comme il faut... Voilà, c'est ça, qui me motive. Je dis (aux autres médecins) : Faites en sorte que l'on soit plus efficient, que l'on utilise les moyens à bon escient et que l'on puisse éventuellement produire plus* ».

Au cours de nos deux premiers entretiens, il emploie l'expression « chef d'entreprise » à 15 reprises : « *J'estime que je suis un chef d'entreprise. Eh bien, un chef d'entreprise, il sait ce qu'il produit, il sait ce qu'il coûte (...)* ».

Toutefois, il dira, pour nuancer ses propos : « *Ok, je fais le gestionnaire. Mais je suis un chirurgien, et la notoriété de l'hôpital dépend aussi de moi. Alors, je fais la gestion à la manière d'un chirurgien : sur le terrain. Je me débrouille, parce que j'ai de l'intuition, du flair...* ». Il oppose ainsi « faire de la gestion » et « être médecin », mais il souligne en passant une manière de faire face aux tensions du rôle de chef de pôle : « faire de la gestion à la manière d'un chirurgien... »

Ces trois cas nous semblent exemplaires de ce que nous avons rencontré dans les hôpitaux étudiés. Ils représentent trois manières de se situer par rapport aux tensions de rôle : un rejet (dans son for intérieur) de la dimension gestionnaire du rôle, mais sans en contester la légitimité (intrinsèque) ; une acceptation conflictuelle conduisant à appréhender les situations « de manière alternative, tout en regrettant que ce ne soit pas sous le mode de la conjonction » (LEWIS, 2000), et une acceptation assumée avec la recherche de solutions d'accommodation (LEWIS, 2000).

Bien entendu, certains chefs de pôle ont des conceptions plus floues du rôle ou combinent au fil de l'entretien des positions différentes. Le premier résultat que nous voulons toutefois souligner est que quelle que soit leur manière d'appréhender leur rôle, ces chefs de pôle se définissent comme des médecins.

L'identité des chefs de pôle reste profondément médicale. L'identification au rôle est communément envisagée dans la littérature comme le phénomène par lequel un individu se définit par l'intermédiaire du rôle qu'il occupe (SAINSAULIEU, 1996 ; ASHFORTH, 2001). Dans notre cas, l'identification des médecins au rôle de chef de pôle (dans sa double dimension médicale et économique) n'est pas acquise. C'est peut être une évidence. L'identité médicale s'est construite sur un temps long de socialisation, d'interaction et d'expérimentation des savoirs (PRATT et al., 2006). Le rôle économique ne peut de ce point de vue rivaliser ni avec le degré d'institutionnalisation de la profession médicale ni avec la longueur du processus de formation des médecins hospitaliers et encore moins avec l'expérience accumulée grâce à la pratique. Il n'empêche que les processus organisationnels soutiennent peu le processus de transition identitaire vers un rôle plus hybride.

LE RÔLE JOUÉ : ASSURER LA GESTION, MALGRÉ TOUT...

L'identification au rôle est souvent considérée comme un facteur déterminant de la qualité de la tenue du rôle et de la réussite du passage d'un rôle à un autre (voir, par exemple, MEYER et HERSCOVITCH, 2001). La moindre (voire la non-) identification des médecins au rôle de médecin-gestionnaire peut donc être considérée comme un obstacle à l'évolution des pratiques. Il importe alors de regarder comment les chefs de pôle s'accommodent de leur rôle économique en situation.

Les 3 chefs de pôle présentés précédemment ont été suivis en réunion (20 réunions, de durées allant de 1h à 3h).

Ces réunions regroupent les plus proches collaborateurs du chef de pôle : cadre administratif, cadre supérieur de santé et, parfois, directeur délégué au suivi de ce pôle. Certaines incluent des représentants des médecins du pôle et les soignants. Le résultat de nos observations est qu'au cours de ces réunions, les chefs de pôle sont conduits à adopter des positions de gestion.

Nous donnons ci-dessous des exemples significatifs concernant les trois chefs de pôle sélectionnés. Ce qui nous intéresse, ici, ce n'est pas de souligner les différences entre chefs de pôle, qui, bien entendu, existent, mais plutôt de montrer que quelle que soit la manière dont les médecins parlent de leur rôle en entretiens, ils



adoptent, en réunion, des logiques de gestion. Ils discutent et recherchent des solutions pour agir sur les dépenses et les recettes, pour augmenter l'activité, trouver des recettes annexes à l'activité clinique, identifier des sources d'économies en agissant sur les pratiques médicales, le matériel et/ou l'organisation du travail.

Ils sont amenés à réfléchir aux projets médicaux en tenant compte des ressources limitées et à inciter les autres médecins et soignants à accepter ces contraintes, qu'ils présentent comme légitimes. Ils montrent aussi un intérêt pour le système d'information de gestion. Ils sont conduits à regretter que les autres médecins hospitaliers ne se sentent pas plus concernés par la logique « pôle ». Nous illustrons ce constat par un exemple pris auprès de chacun des trois chefs de pôle suivis.

Le pôle de Monsieur A est confronté à la suractivité d'une unité kangourou mère-enfant en regard du personnel disponible. Pour faire face à cette situation, les cadres de santé réclament depuis longtemps davantage de personnel. Le chef de pôle conclut, quant à lui, à un mésusage de l'unité. Il demande de « *revenir à un fonctionnement plus adapté aux moyens et de limiter la durée d'hospitalisation des mères* ». Quelques mois plus tard, il constate que les comportements n'ont pas changé. Il insiste : « *Certaines mères restent trop longtemps et [cela] empêche la prise en charge d'autres patients, entraînant pour le pôle une perte d'activité valorisable financièrement. Je connais bien les professionnels qui ont l'impression qu'ils font très bien. Mais on se tire une balle dans le pied... Il faut parfois faire sortir les mères, et qu'elles reviennent, à la journée, dans une unité néonatale classique* ».

Plus tard, devant les soignants et les médecins du pôle, ce chef de pôle qui disait rejeter la dimension économique de son rôle déclare : « *Nous avons une responsabilité dans l'usage raisonné des moyens qui nous sont donnés. Nous ne sommes pas face à une manne inépuisable* ». Il dit aussi, en aparté : « *Les médecins prescrivent trop... Ils ont décidé d'être hospitaliers, et de ne pas s'en soucier... Mais, quand même... Alors, on essaye de dire que l'on a des CREA [comptes de résultat analytiques], qu'il faut que l'on améliore notre équilibre financier... (On en est loin...)* ».

Madame B témoigne d'une recherche de compréhension fine de l'information économique et dénonce, elle aussi, en réunion, les pratiques médicales dont le rapport coût/utilité pour le patient n'est pas satisfaisant : « *Les indications d'ECMO sur des gens qui sont en arrêt cardiaque, c'est écrit partout, que ça sert à rien... Et on continue à en faire. Il faut dire aux chirurgiens et aux cardiologues qu'ils font mal. Le résultat des courses : c'est les réanimations chirurgicales qui payent tout ça...* ».

Enfin, Monsieur C se montre le plus proactif dans cette réflexion gestionnaire. Il propose, par exemple, au directeur général des actions sur les recettes et les

dépenses : « *L'hôpital est en déséquilibre. Je peux demander à mes collaborateurs de réduire nos frais de transport de 30 %. On peut augmenter les nuitées facturées en chambres individuelles. On peut faire des efforts sur la prescription médicale. On pourrait affecter les recettes libérales à notre pôle. Alors là, on dépasse les 1,3 % d'économie* ». Il défendra ces mêmes propositions devant le personnel : « *On doit faire en sorte de ne pas creuser le budget de la Sécurité Sociale et le budget du CHU. À la limite, la Sécu, je m'en fous ! Ce qui m'intéresse, c'est d'avoir un budget de l'hôpital équilibré* ». Il chiffre, par exemple, la facturation de chambres individuelles : « *Disons, 300 000 euros. C'est bon pour l'hôpital, c'est bon pour le pôle. Le pôle conserve 10 % des recettes. Avec 300 000 euros, on a de quoi acheter du matériel...* ». De même, il chiffre, en prenant son propre exemple, le coût de non-utilisation de certains outils : « *Par exemple, un shaver pour enlever la [membrane] synoviale (que, moi, j'enlève à la curette et à la pince Basket), ça coûte 53 euros !* ».

Les prises de position présentées n'épuisent pas, bien entendu, ce qui se joue en réunion. Les chefs de pôle s'opposent aussi aux injonctions de la direction, ils refusent des décisions qu'ils jugent préjudiciables pour le patient ou pour le travail des soignants... Elles illustrent toutefois l'écart entre le discours en face-à-face et les positions prises en réunion, que nous analysons ici comme un écart entre, d'une part, le rôle déclaré (l'identité à l'égard du rôle) et, d'autre part, la pratique effective du rôle. Le rôle déclaré parle de la manière dont les chefs de pôle acceptent de définir celui-ci, et de se définir eux-mêmes à travers lui. Il se forme par rapport à un référentiel prescrit par le ministère et l'établissement, et par rapport à des tensions de rôles macrosociaux.

Le rôle joué montre comment les individus se comportent en situation, en interaction avec des tiers, face à des demandes spécifiques. Il échappe partiellement aux forces macrosociales du fait qu'il est structuré par la situation. Ces exemples montrent aussi que les prises de position portées par la logique de gestion se diffusent y compris auprès des médecins dont l'identité reste fortement médicale. Il existe ainsi des forces d'enrôlement aux postures gestionnaires, indépendamment des caractéristiques identitaires des médecins, pourtant elles aussi puissantes.

LES INSTRUMENTS DE GESTION ET LES TIERS : DES VECTEURS D'« ENRÔLEMENT »

Les instruments de gestion mis en œuvre dans les hôpitaux nous semblent être de puissants vecteurs d'enrôlement à la gestion. Nous nous inscrivons là dans la lignée des recherches qui concluent au rôle structurant des instruments de gestion sur les comportements (BERRY, 1983) et nous corroborons des



analyses soulignant l'impact du contrôle de gestion sur les médecins (BONNIER et al., 2012 ; CRÉMIEUX et al., 2012). C'est en particulier le cas du contrat de pôle, un document signé tous les quatre ans qui fixe les objectifs et les moyens attribués au pôle considéré. Ce document contraint le chef de pôle à monter un projet médical de pôle. Il se doit de penser la transversalité, de manipuler des études coûts/bénéfices pour négocier, s'intéresser aux modes de constitution des recettes et à leurs tarifs. S'il veut gagner en capacité de négociation auprès de la direction, il devra montrer qu'il s'inscrit dans une logique de maximisation de l'activité et de minimisation des dépenses. S'il veut préserver sa légitimité, il devra aussi présenter, justifier et défendre auprès du personnel de son pôle le contrat signé, quitte à endosser parfois le discours de la direction. Le contrat de pôle, cette colonne vertébrale de la gouvernance des pôles, est complété de tableaux de bord des dépenses, des activités, des mensualités de remplacement du personnel soignant, voire des comptes de résultat par pôle.

Bien entendu, la mobilisation des instruments de gestion est dépendante du pouvoir qu'on leur prête et du gain attendu de cette mobilisation. Ainsi, il faut que les médecins « croient » ou constatent qu'ils jouent un rôle dans la négociation avec la direction et les tutelles.

Dans l'établissement présenté (comme dans les deux autres étudiés), les directions suivent attentivement ces indicateurs et alertent les pôles en cas d'écart. Les chefs de pôle sont alors dans l'obligation de rendre des comptes, de justifier les dérives.

La direction parle ainsi de la fabrication de son jugement : « *C'est quand même le versant positif de la réforme de la tarification : il y a récompense au plus dynamique. Les médecins, vous n'avez pas besoin de leur expliquer 107 ans : ils ont tout de suite compris que c'est je demande des moyens parce que ça apporte "tel ou tel bénéfice, que je peux prouver"... C'est moins le statique que le dynamique qui compte : est-ce que l'activité augmente, est-ce que le déficit diminue ? Le pôle couple-enfant plombe le déficit de l'hôpital. Mais tant que l'activité augmente, je laisse les moyens [pour celui-ci], car les choses s'améliorent, petit à petit. Il y a une part de productivité et de solidarité dans l'effort, mais il y a aussi une part de récompense du dynamisme et de la négociation, et les responsables de pôles actuels l'ont bien compris* » (directeur général).

L'enjeu de la réappropriation des instruments de gestion est d'autant plus fort pour les chefs de pôle que la situation budgétaire est tendue. De ce point de vue, dans un contexte de déficit budgétaire touchant la moitié des établissements et de tension croissante sur les ressources, rares sont les pôles qui ne sont pas pris dans des enjeux de négociation avec la direction, ne serait-ce que pour sauvegarder l'acquis.

C'est le cas du CHU retenu. Le pôle couple-enfant, qui représente à lui seul la moitié du déficit de l'éta-

blissement, doit développer son activité pour conserver en l'état les ressources qui lui ont été jusqu'alors octroyées. L'anesthésie-réanimation (exemple typique d'un pôle prestataire de service) n'a pas la maîtrise de son activité et apparaît comme un centre de coûts fortement contraint dans la négociation de ses projets. Même Monsieur C., le responsable d'un pôle long-temps excédentaire, explique : « *Quand, moi, chef de pôle, rapportant de l'argent avec mon pôle, je vais voir le directeur général, il me regarde pas tout à fait de la même façon que celui qui fait un déficit de 5 millions d'euros... C'est ce que je dis, à chaque fois, aux gens qui travaillent dans mon pôle... : je les stimule. Alors, oui, je suis mon [propre] CREA... et, quand la médecine du sport a demandé le remplacement d'un poste, je leur ai dit : "Écoutez : c'est pas difficile ; je vais le demander à la DG... Mais à condition que, l'année prochaine, vous diminuez votre déficit de 25 %"* ».

Le jeu avec les instruments de gestion (et autour d'eux) précède ici les compétences et l'identification au rôle. Toutefois, le fait de « jouer le rôle » exige un minimum d'apprentissage qui s'opère au fil du temps. Cet apprentissage ne se fait pas seul. Les représentants de la direction générale qui accompagnent le pôle sont des « tuteurs » extrêmement importants dans cette transition. Ils tiennent notamment un rôle de pédagogue vis-à-vis des médecins du pôle afin de leur expliquer les mécanismes de contractualisation (comme le proposent également GEORGESCU et COMMEIRAS, 2011).

Ainsi, l'interaction suivante, entre Monsieur A. et le directeur délégué, dans le cadre de la préparation d'une rencontre avec la direction générale, montre comment se diffusent les connaissances techniques (mais aussi les normes et les méthodes de négociation) :

Le chef de pôle : « Mais nous avons un taux de remplacement [des absences] de 3,9 %, alors que notre activité augmente de 9 %. On peut demander plus de remplacements !... »

Le directeur délégué : Sur les Dashboards (tableaux de bord), on peut voir les effectifs, les tableaux des emplois, les objectifs de tout le monde. On est sur des taux de remplacement entre 0 % et 6 ou 7 %. Alors, 3,9...

Le chef de pôle [l'interrompt] : C'est moyen...

Le directeur délégué : « C'est ça... : c'est moyen. » On ne peut pas demander grand-chose...

La cadre supérieure, au cours d'une réunion ultérieure, dira d'ailleurs : « Non, je ne peux pas te laisser dire ça ! On dirait le directeur ! »

Les cadres supérieures de santé qui « codirigent » le pôle sont aussi d'autres vecteurs importants d'apprentissage. Déjà « hybridées », elles sont depuis longtemps aux prises avec la gestion (DETCHESSAHAR et GREVIN, 2009). C'est un tandem traditionnel au sein des hôpitaux, qui facilite la confiance et les échanges. La cadre supérieure de santé de Monsieur C. dit ainsi : « *Je vois le responsable de pôle tous les mardis et*



on discute de l'évolution, parce que j'ai une vision totale du pôle. Je lui donne les éléments nécessaires à un arbitrage. Ce qui n'est pas facile, c'est le budget. C'est là où on s'engueule. Je lui dis : "Vous avez des mensualités supplémentaires au budget, vous les expliquez comment ?" J'explique à mon chef de pôle qu'il faut bien les payer avec quelque chose. C'est un peu comme quand vous allez à la banque, que vous avez vos enfants qui disent : "Je veux que tu m'achètes ça !", et que vous n'avez pas de sous, mais que votre mari dit : "Oui, on achète !..." . À un moment donné, ça pose un problème... ».

CONCLUSION

« L'identité des médecins vole en éclats sous le coup d'injonctions paradoxales », constatait Gérard de Pourville en 2010. Le diagnostic est un peu rapide.

La réforme engagée dans les hôpitaux français en 2007 crée un rôle hybride et l'on attend des chefs de pôle qu'ils trouvent des solutions pour « transcender » les tensions entre l'économique et le médical.

Le constat que nous faisons à partir de nos observations (qui ne sont peut-être pas représentatives de l'ensemble de ce qui se passe en France, mais en tout cas d'une partie au moins), c'est qu'il existe une difficulté à s'identifier au rôle, que cette difficulté incite les chefs de pôle à affirmer leur identité médicale sans que cela empêche les médecins de « faire de la gestion » en situation.

Du point de vue organisationnel, les établissements n'ont pas les moyens d'accompagner les transitions identitaires (recrutement, apport en compétence, socialisation) à grande échelle. Mais, aidé par les tiers, le contrôle de gestion déployé dans les établissements soumis à de fortes tensions budgétaires enrôle les médecins-chefs de pôle dans des postures de gestion.

« Je suis un médecin qui fait aussi de la gestion », est la phrase qui pourrait résumer la position de ces chefs de pôle. Cela fabrique-t-il de l'hybridation de décision ? Pour le moment, l'hybridation nous semble être affaire de « bricolage » individuel (LEVI-STRAUSS, 1962 ; DUYMEDJAN et RULLING, 2010). L'hybridation se fait « en pratique ». Elle relève d'assemblages d'éléments divers – identités, représentations, compétences, contraintes – très liés aux parcours individuels et au contexte local d'action. Elle prend donc différentes formes.

L'écart entre identité et pratique est-il irrémédiable ? Gageons qu'un travail identitaire pour re-fabriquer de la cohérence est en marche, tant au niveau individuel qu'au niveau collectif... Mais ce travail se fait sur un temps long.

ÉPILOGUE

La vie des chefs de pôle continue...

Fin 2012, l'installation du pôle couple-enfant dans ses nouveaux locaux est achevée. Les tensions budgétaires sont toujours présentes. Monsieur A. dit maintenant de lui-même : « Je suis resté médecin avant tout, mais je suis un médecin engagé dans le dialogue avec l'administration, et on a besoin d'une administration forte, au sein de nos établissements... »

Madame B est partie à la retraite. De nombreux projets sont toujours en attente. Elle dit de son successeur : « Il n'était pas favorable au pôle, mais l'autre candidat l'était encore moins ! Il n'a jamais été chef de service, ça remplace... Il était contre les CREA, la gouvernance, les pôles, et tout le bazar ! Mais, maintenant, il faut bien qu'il négocie, comme moi... ».

Le pôle de Monsieur C. est maintenant déficitaire. Monsieur C. regrette plus que jamais le manque de pouvoir de gestion : « Un collègue nous a accueilli en réunion en disant : "Salut, les petits chefs !", ça veut tout dire... Nous ne sommes pas des chefs d'entreprise ! Alors, maintenant, pour les opérations bilatérales, je fais un choix mé-di-cal. C'est le patient qui passe avant tout : je m'en fous (des économies !) ». Mais il dit aussi dans le même temps : « Les discours qui disent : "Je suis médecin, alors je ne suis pas concerné par les économies", je ne veux plus les entendre ! Ce n'est plus comme ça !.. ».

Ces médecins dessinent là, chacun à leur manière, des effets possibles du temps sur les écarts entre identité et pratiques. Monsieur A. travaille, à la marge, sur son identité et fabrique de la cohérence entre ce qu'il est et ce qu'il fait. Toujours médecin, il se définit aussi comme une interface. Madame B. prête à son successeur les mêmes caractéristiques qu'à elle-même : tous deux sont enrôlés dans des pratiques de gestion dans lesquelles ils ne se reconnaissent pas et qui les font souffrir. Monsieur C. est un déçu de l'hybridation. Il réaffirme son identité médicale et modifie ses pratiques en faisant de l'intérêt du patient une frontière infranchissable. Il continue toutefois à légitimer la recherche d'efficience.

Si l'apprentissage de la gestion se poursuit pour tous, la manière de la concilier avec l'identité médicale reste une affaire individuelle... ■

BIBLIOGRAPHIE

- ASHFORTH (B.E.), *Role transitions in organizational life: an identity-based perspective*, Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associate, 2001.
 BERRY (M.), *Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains*, CRG, 1983.

- BONNIER (C.), SAULPIC (O.) & ZARLOWSKY (P.), *Un tableau de bord objet-frontière entre deux communautés : étude de cas d'une clinique*, communication au 1^{er} congrès de l'ARAMOS, Paris, 2012.
- CRÉMIEUX (F.), SAULPIC (O.) & ZARLOWSKY (P.), *L'introduction des comptes de résultat de pôle dans un hôpital public : analyses et propositions à partir d'une étude de cas*, communication au 1^{er} congrès de l'ARAMOS, Paris, 2012.
- DETCHESSAHAR (M.) & GREVIN (A.), « Une organisation de santé... malade de "gestionnisme" », *Gérer et Comprendre*, 98, pp. 27-37, avril 2009.
- DE POUVOURVILLE (G.), « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas : la mise en œuvre de la tarification à l'activité », *Revue économique*, 60, 2, pp. 457-470, 2009.
- DE POUVOURVILLE (G.), « La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital », *Le journal de l'École de Paris*, 86, novembre-décembre 2010.
- DUYMEDJAN (R.) & RÜILING (C.C.), "Towards a foundation of bricolage in organization and management theory", *Organisation Studies*, 31, pp. 133-151, 2010.
- FERLIE (E.), ASHBURNER (L.), FITZGERALD (L.) & PETTIGREW (A.), *The new public management in action*, Oxford University Press, Oxford, 1996.
- FITZGERALD (L.) & FERLIE (E.), "Professionals: back to the future?", *Human Relations*, vol. 53, 5, pp. 713-739, 2000.
- GEORGESCU (I.) & COMMEIRAS (N.), « Pression budgétaire et implication organisationnelle des médecins », *Journal d'Économie Médicale*, vol. 29, 6-7, pp. 294-304, 2011.
- IBARRA (H.), "Provisional selves: experimenting with image and identity in professional adaptation", *Administrative Science Quarterly*, vol. 44, 4, pp. 764-791, 1999.
- KAHN (R.L.), WOLFE (D.M.), QUINN (R.P.), SNOECK (J.) & ROSENTHAL (R.A.), *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*, New York, Wiley, 1964.
- KIPPIST (L.) & FITZGERALD (A.), "Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: the effects of dual roles in Australian health care organisations", *Journal of Health Organization and Management*, 23, 6, pp. 642-655, 2009.
- LENAY (O.) & MOISDON (J.-C.), « Du système d'information médicalisé à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », *Revue Française de Gestion*, 146, 5, pp. 131-141, 2003.
- LEWIS (M.W.), "Exploring paradox: toward a more comprehensive guide", *Academy of Management Review*, 4, pp. 760-777, 2000.
- LEVI-STRAUSS (C.), *La pensée sauvage*, Plon, 1962.
- LÜSCHER (L.S.) & LEWIS (M.W.), "Organizational change and managerial sensemaking: working through paradox", *Academy of Management Journal*, 51, 2, pp. 221-240, 2008.
- MEYER (J.P.) & HERSCOVITCH (L.), "Commitment in the workplace: toward a general model", *Human Resource Management Review*, 11, 3, pp. 299-326, 2001.
- PRATT (M.G.), ROCKMANN (K.W.) & KAUFMANN (J.B.), "Constructing professional identity: the role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents", *Academy of Management Journal*, 49, 2, pp. 235-262, 2006.
- SAINSAULIEU (R.), *L'identité au travail*, Paris, Presses de Sciences Po, 3^e édition, 1996.
- SALTER (B.), "Who rules? The new politics of medical regulation", *Social Science and Medicine*, 52, 6, pp. 871-883, 2001.
- ZEGGAR (H.) & VALLET (G.), *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.