

Comprendre les difficultés de la mise en oeuvre de la délégation de gestion à l'hôpital. Une lecture par le concept d'anarchie organisée

Jimmy Vallejo, Nathalie Sampieri-Teissier, Baret Christophe

► **To cite this version:**

Jimmy Vallejo, Nathalie Sampieri-Teissier, Baret Christophe. Comprendre les difficultés de la mise en oeuvre de la délégation de gestion à l'hôpital. Une lecture par le concept d'anarchie organisée. 3ème congrès de l'association de recherche appliquée au management des organisations de santé (ARAMOS), Aix Marseille Université, Nov 2015, marseille, France. halshs-01416926

HAL Id: halshs-01416926

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01416926>

Submitted on 15 Dec 2016

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

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



Comprendre les difficultés de la mise en œuvre de la délégation de gestion à l'hôpital. Une lecture par le concept d'anarchie organisée

Vallejo Jimmy (*), Nathalie Sampieri-Teissier (),**

Christophe Baret (*)**

(*) Doctorant, Aix Marseille Univ., CNRS, LEST, Aix en Provence, France

(**) Maître de Conférences, CRET-LOG, Aix Marseille Université, EA 881

(***) Professeur, Aix Marseille Univ., CNRS, LEST, Aix en Provence, France

Résumé

L'hôpital public est en pleine restructuration autour des questions de qualité de l'offre de soins et d'efficacité médico-économique. Nous faisons référence ici principalement au changement d'ordre organisationnel lié à la mise en place des ordonnances du 2 mai 2005 qui ont abouti à l'instauration des pôles d'activités médicales, regroupant plusieurs services. Nous nous intéressons dans cet article au fonctionnement de cette nouvelle unité de gestion de l'activité. Dans ce contexte de changement, certaines délégations ont été accordées aux pôles, et donc aux médecins chefs de pôle, dans l'objectif de rapprocher la prise de décision du terrain dans un souci d'efficacité. Si les travaux identifient bien des modifications dans l'organisation de l'activité de soins, les décisions restent centralisées au niveau de la Direction Générale. Il s'agit dans cet article d'étudier quels sont les effets de la délégation de gestion sur la prise de décision au sein des pôles, et sur les raisons qui freinent la mise en place d'une délégation effective de gestion. Nous discutons les résultats de notre recherche empirique à l'aune du courant behavioriste, en particulier des travaux de Cohen, March et Olsen (1972). Les auteurs ont identifié des modèles d'organisation qui permettent de comprendre les comportements organisationnels. Nous ferons référence dans cet article aux anarchies organisées. En cherchant à savoir si l'hôpital est une anarchie organisée, ces travaux permettront de mettre en relief et de mieux comprendre les freins à la délégation identifiés à l'hôpital, mais aussi d'éclairer les processus de décision à l'œuvre dans cette organisation.

Notre recherche se déroule au sein d'un grand Centre Hospitalier Universitaire, qui mène une nouvelle phase de contractualisation interne auprès des pôles. Pour mener à bien cette analyse processuelle, nous nous focalisons sur trois pôles d'activité. Afin de comprendre les liens entre délégation de gestion et prise de décision, nous analysons deux processus de gestion précis : la gestion des effectifs, et la gestion des lits. Les données ont été récoltées à partir d'entretiens semi-directifs, d'observations non-participantes et d'analyses documentaires entre septembre 2013 et novembre 2014.

Cette étude de cas permet d'identifier les freins à la délégation de gestion. Elle offre des perspectives de réflexion sur l'articulation entre délégation et prise effective de décision. Les principaux freins recensés sont le renforcement de la centralisation des décisions, le manque d'information pour prendre des décisions, et enfin le manque de compétences en gestion dans les pôles. Par ailleurs elle enrichit la littérature sur l'anarchie organisée et l'hôpital, en démontrant que l'hôpital est bel et bien une anarchie organisée.

Mots-clés : Délégation de gestion, prise de décision, pôle d'activité médicale, hôpital public, anarchie organisée, garbage can model

INTRODUCTION

En France, comme dans de nombreux pays occidentaux, les politiques de santé mises en œuvre depuis les années 1990 ont poursuivi essentiellement deux objectifs : le contrôle des dépenses et l'amélioration de la qualité des soins.

Concernant le contrôle des dépenses, selon une récente étude de la DREES, en 2010 la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a atteint 9,1 % (contre 2,6% en 1950) (Le Garrec et al. 2013). Cette augmentation est en large partie due à l'augmentation des soins hospitaliers qui représentent 46% des dépenses de santé et qui continuent à progresser de 3,5% par an en dépit des nombreuses réformes engagées pour les contenir.

Pour contenir cette hausse des dépenses, les politiques mises en œuvre visent à responsabiliser les établissements sur leur gestion financière notamment grâce à la décentralisation et à la contractualisation¹. Il s'agit aussi d'assurer une meilleure coordination des établissements pour constituer une offre régionale de soins en adéquation avec les besoins de la population et d'encourager l'efficacité productive en interne.

Dans les hôpitaux publics, le législateur s'efforce aussi de réduire la fracture entre le monde médical, principalement préoccupé par la recherche et la qualité des soins, et le monde gestionnaire, principalement centré sur les coûts de prises en charge. En effet, cet antagonisme a été souvent dénoncé comme étant à l'origine du manque d'efficacité des soins (Glouberman et Mintzberg, 2001). Deux principales voies sont explorées pour tenter de réduire cette fracture. En premier lieu, le modèle nord-américain de médicalisation des systèmes d'information a proposé de définir des coûts de prise en charge par pathologie de manière à rendre l'activité médicale lisible pour le gestionnaire. La diffusion progressive des Groupes homogènes de malades et de la tarification à l'activité (T2A) pour le financement des hôpitaux constitue le prolongement de ce dispositif (Moison, 2010). En second lieu, sur un plan organisationnel, l'implication directe des médecins dans les décisions de gestion est considérée comme une modalité d'action majeure pour réduire le coût des prises en charge tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins. L'émergence de la figure du « Médecin gestionnaire », la mise en avant du « Leadership médical » et plus généralement la délégation de responsabilités de gestion aux médecins apparaissent comme les concrétisations emblématiques de cette tendance, Kirkpatrick et alii, (2009). Dans l'hôpital public français cette émergence s'est concrétisée par l'instauration du pôle d'activité médicale. Il s'agit d'un regroupement de services qui bénéficie de certaines délégations de gestion octroyées par le Directeur Général de l'établissement. L'objectif de la création des pôles est de rapprocher la décision de gestion du terrain de manière à améliorer l'efficacité médico-économique des soins. L'ordonnance du 2 mai 2005 précise qu'il s'agit de « *médicaliser la gestion de l'hôpital en associant les médecins, les praticiens, à la gestion des grandes orientations.* »². La loi HPST de juillet 2009³ a réaffirmé le principe d'une gouvernance médico-administrative des établissements de santé en définissant le rôle des médecins chefs de pôle qui ont pour mission de piloter les performances et les résultats de leur pôle.

Quelques années après l'ordonnance du 2 mai 2005 et la mise en place de cette nouvelle organisation polaire, les recherches académiques mettent en avant des résultats mitigés quant à la portée de ce changement sur l'implication des médecins (et de leurs équipes) dans le processus de décision de gestion. On est encore loin de cette supposée féconde hybridation des logiques médicale et gestionnaire. Les délégations de gestion restent très limitées puisque selon l'IGAS en 2010 21% seulement des établissements disposaient de contrats de pôle (Zeggar et Vallet, 2010). La recherche empirique que nous menons met en exergue la place des processus de décision au cœur de la

¹ Les ordonnances d'avril 1996 (n°96-346 du 24 avril) ont créé les agences régionales de l'hospitalisation pour mieux contrôler et coordonner les activités hospitalières au niveau régional. Chaque établissement, public ou privé, doit élaborer un projet qui s'insère dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

² www.reformes-hospitalieres.com

³ Loi « Hôpital, patients, santé, territoires », n°2009-879 du 21 juillet 2009.

problématique de la délégation. Autrement dit, il ne s'agit pas simplement de proclamer la délégation, même en l'associant à une superstructure identifiant le rôle de chacun dans l'organigramme, pour que celle-ci soit effective. Il convient de s'interroger sur la façon dont les décisions se prennent et sur la nature de ces décisions.

La réorganisation des hôpitaux sous forme de pôles devait aboutir à une délégation des décisions et à une meilleure adaptation des décisions au contexte hospitalier. Or, la littérature semble mettre en évidence une faible délégation. Dans une visée compréhensive, il s'agit dans cet article d'analyser dans quel contexte organisationnel se structure la prise de décision à l'hôpital. Par l'exploration de ce contexte, l'idée est d'identifier les causes des freins à cette délégation. Il est aussi question de comprendre comment l'environnement organisationnel influe sur la prise de décision. Pour cela, nous mobilisons la théorie de l'anarchie organisée, March et Olsen (1972) qui comporte 3 caractéristiques : l'incertitudes des préférences, une technologie floue et une participation fluctuante aux prises de décision. En nous appuyant sur ce cadre d'analyse, nous effectuons une revue de littérature sur le processus de mise en œuvre de la délégation de gestion à l'hôpital. Ensuite nous exposons notre méthodologie de collecte et d'analyse des données qualitatives mises en œuvre dans 3 pôles d'un Centre hospitalier universitaire. Les résultats que nous présentons concernent particulièrement 2 processus de décision : la gestion des effectifs et la gestion des lits. Nous terminons en discutant les liens entre le modèle de l'anarchie organisée et les caractéristiques de la prise de décision.

I. L'HOPITAL VU COMME UNE ANARCHIE ORGANISEE

Sans toutefois apporter de démonstration précise, Denis *et alii* (1995) considèrent que l'hôpital est l'idéal type de l'anarchie organisée, puisqu'on y retrouve « *une incertitude profonde dans la définition de ses buts, des sources multiples et diffuses d'autorité, la présence de nombreux facteurs déterminant sa performance, mais qui sont peu sous son contrôle et enfin une difficulté à s'entendre sur les critères à utiliser pour juger de cette performance* » (pp. 166). Nous voudrions ici aller plus loin dans l'utilisation de cette grille d'analyse.

Le modèle IMC développé par Simon dès les années 1950, fait apparaître le processus classique de décision en trois étapes : Intelligence du problème, Modélisation des solutions possibles et Choix des solutions en fonction de critères et objectifs. Au-delà de ce modèle, les travaux de Simon critiquent l'approche rationnelle de la décision (une rationalité parfaite reposant sur la maximisation du profit et l'information parfaite) pour lui opposer celui de la rationalité limitée. L'auteur réfute la recherche systématique d'optimum et intègre l'organisation et ses acteurs. Pour Simon, les processus de décision obéissent à des solutions satisfaisantes et non optimales, notamment parce que l'homme décide dans un contexte de rationalité limitée, limitée par : un environnement trop complexe pour être appréhendé dans sa totalité ; la connaissance des conséquences de la décision qui est toujours fragmentaire ; la difficulté de préciser la valeur à attacher aux conséquences futures de l'action ; le fait qu'il est courant, en pratique, de n'examiner qu'un nombre très restreint de choix possibles.

Quelques années plus tard, March puis Cohen, March et Olsen (1972) prolongent les travaux de l'école behavioriste, en particulier au travers du modèle de la poubelle (« garbage can ») et du modèle théorique des anarchies organisées.

Ces dernières comportent trois caractéristiques essentielles :

- incertitude des préférences ;
- une technologie floue, rendant difficile l'évaluation des résultats ;
- une participation fluctuante des membres aux processus de décision.

Ces caractéristiques, identifiées par les chercheurs dans le contexte des universités américaines, apportent un éclairage pertinent sur le contexte des hôpitaux publics français et permet de comprendre, en partie, les difficultés d'évolution des organisations vers une plus forte délégation des décisions. En effet, d'après les auteurs de ce modèle si ces caractéristiques peuvent se retrouver dans n'importe

quelle entreprise à un moment de sa vie, ou à un endroit particulier de sa structure, ce modèle est prédominant dans les organismes publics.

I.1 Incertitude des préférences

Dans ces organisations, le fonctionnement se fait à partir d'une grande variété de préférences mal définies et peu cohérentes entre elles. Une structure peu cohérente, plus proche du rassemblement d'idées, qui découvre ses préférences dans l'action. En effet elle n'agit pas en fonction de préférences établies, ce qui l'éloigne du modèle classique de la théorie des choix, qui impute à la prise de décision une série de préférences qui satisfasse les exigences de cohérence (Cohen *et alii*, 1972). Christine Musselin (1997) précise que la difficulté dans ces organisations vient du fait que les objectifs sont en concurrence, sans qu'ils ne s'ordonnent de manière stable.

Dans les universités, la diversification des missions a rendu ces structures de plus en plus composites, ce qui augmente l'ambiguïté des missions. Une pluralité des missions qui n'appelle pas de réponses simples et qui soulèvent de nombreux débats, notamment l'articulation enseignement/recherche (Musselin, 1997). Ainsi dans ces universités l'arbitrage et la hiérarchisation entre les objectifs divergents se font rarement, du fait de cette interdépendance fonctionnelle. De ce fait les objectifs peuvent être poursuivis en même temps sans qu'aucun ne s'impose durablement à l'ensemble. La singularité des anarchies organisées vient en partie de ce problème d'émergence de logiques d'action ou d'ordres locaux stabilisés (Musselin, 1997).

A l'hôpital les pôles ont été mis en place pour impliquer les médecins et les soignants dans la gestion médico-économique. La T2A et les contraintes budgétaires ont en effet mis en évidence des contradictions entre les objectifs de soins et le contrôle des dépenses. Avec la T2A, les recettes sont engendrées par l'activité médicale. Il convient donc de responsabiliser les médecins et les soignants à la génération de recettes et de leur faire prendre conscience de l'impact financier de leurs décisions (Vallet in Nobre et Lambert, 2012). Le principe de subsidiarité sous-jacent à la nouvelle gouvernance nécessite que les directions acceptent de mettre en œuvre une délégation de gestion ce qui suppose de faire confiance aux chefs de pôle. Et de leur côté les médecins doivent accepter de gérer en se formant et en consacrant du temps au management (Vallet in Nobre et Lambert, 2012).

Par conséquent, les médecins sont en attente d'une plus grande autonomie associée au principe de délégation, tandis que les directions espèrent de ces mêmes médecins une plus grande professionnalisation au métier de manager ou de gestionnaire. Ces attentes vis-à-vis de l'organisation en pôles soulignent la difficulté des hôpitaux à s'accorder sur des préférences et des objectifs partagés. D'autant plus, qu'actuellement, les outils de contrôle ne sont pas encore suffisamment fins et la convergence des intérêts entre médecins et direction n'est pas suffisante pour qu'une véritable délégation se mette en place. Les coûts d'agence sont trop élevés. Les délégations restent limitées et souvent remises en cause (Gouffé et Cargnello Charles, 2014).

En outre, l'hôpital est une grande structure qui rassemble une multitude d'acteurs, comme l'ont montré Glouberman et Mintzberg (2001) en mettant en avant non pas une organisation mais le regroupement de quatre entités qui fonctionnent de manière indépendante⁴. La fragmentation des acteurs se traduit par une difficulté d'affirmer des préférences nettes pour l'institution. En effet, la dualité soignants-médecins est complexe puisqu'elle renvoie à de multiples hiérarchies qui ne permettent pas d'affirmer une ligne stratégique unique et cohérente, puisque poursuivant des objectifs différents. De plus, pour certains cadres intermédiaires, le positionnement entre personnel et direction est difficile (Detchessahar et Grevin, 2009). Ce qui peut créer des zones d'incertitudes et des asymétries d'informations pouvant conduire à la poursuite d'objectifs contradictoires. De plus, certains médecins et chefs de services sont également détenteur de pouvoirs, et peuvent parfois poursuivre des objectifs différents que ceux souhaités par la direction. Au-delà de leur pouvoir symbolique certains

⁴Glouberman et Mintzberg (2001) développent une théorie montrant que l'hôpital est divisé en quatre mondes distincts selon leur mode de management : *Down, Up, In, Out*.

d'entre eux siègent à la CME (Commission Médicale d'Etablissement), ou encore ont établi des relations auprès de membres des tutelles, ce qui les pousse parfois à agir en parallèle des assemblées délibérantes classiques.

En résumé, le directeur n'est pas seul face à la décision, et par sa spécificité de gouvernance l'hôpital abrite de nombreux acteurs en capacité d'intervenir et de peser sur la décision. Tant d'éléments qui laissent à penser que l'organisation hospitalière relève d'une anarchie organisée dont les stratégies ne sont pas uniformes.

I.2 Technologie floue

Dans les anarchies organisées les procédures ne sont pas comprises par l'ensemble des membres de l'organisation. Elles continuent tout de même à produire et à survivre en procédant par tâtonnements. Ce fonctionnement par essais/erreurs, est basé sur les leçons tirées des expériences passées, et sur l'invention pragmatique, par nécessité (Cohen *et alii*, 1972). Ce flou est notamment dû à des processus inexpliqués et liés à des qualités personnelles difficilement transmissibles, qui rendent l'évaluation des résultats complexe (Musselin, 1997). La notion de procédure ici employée n'est pas détaillée par les auteurs ce qui laisse le champ libre aux interprétations de cet item. On peut donc se référer à l'activité principale de l'organisation, qui de part sa spécificité est floue pour l'ensemble des acteurs. Mais on peut également voir à travers ce concept les processus mis en place mener à bien cette activité. Et donc l'ensemble des éléments concourant à ces processus de gestion : les différents tableaux de bords, ou autres outils de gestion qui là encore, en fonction d'un certain niveau de spécificité, peuvent être abstraits pour certains acteurs. Et donc, comme le définissent Cohen *et alii* ils ne sont pas compris par l'ensemble des membres, et donc s'apparentent à une technologie floue.

Musselin qualifie la technologie dans les universités de « *molle* ». Les processus par lesquels sont produits les résultats sont difficiles à décrire, reproduire et à évaluer. La mollesse de la technologie reste toutefois le critère le plus discriminant, parce qu'il est celui qui est le moins répandu dans les autres formes d'organisation, et qu'il alimente les deux autres critères (Musselin, 1997). D'après cette auteure, plus que les critères c'est leur combinaison qui est déterminante.

La technologie hospitalière est plus ambiguë : ainsi constate-t-on l'existence de nombreux protocoles médicaux et de soins ainsi que le développement d'outils standards autour de la certification qualité. Toutefois, à côté de cette technologie très formelle et standard, les outils de gestion, sensés aider à la prise de décision et au pilotage de l'activité, sont encore aujourd'hui très peu partagés par l'ensemble des parties prenantes.

Au sens de Mintzberg, la contractualisation issue de la nouvelle gouvernance à l'hôpital suppose de passer d'une bureaucratie professionnelle à une configuration divisionnelle, ce qui nécessite la mise en œuvre d'un contrôle par les résultats. Ce contrôle par les résultats suppose l'existence d'une négociation des contrats de pôle avec la définition d'indicateurs et d'objectifs, assortis d'un système d'intéressement et de sanction (Angelé-Halgand, 2012). Le contrôle par les résultats favoriserait la motivation des acteurs s'ils parviennent à s'accorder sur les objectifs, les moyens d'action, le système de mesure et d'incitation (Bérard, 2013). Les travaux de recherche montrent que la mise en œuvre de ce contrôle par les résultats se heurte à de nombreuses difficultés. La prestation de soins est intangible et individualisée, elle est donc difficile à saisir par les chiffres. Le contrôle s'oppose à la liberté d'exercice des professionnels qui défendent leur pouvoir et leurs valeurs (la qualité de la prise en charge ou bien la dimension relationnelle du soin). Il se heurte aussi à des problèmes techniques : le système informatique de la DRH ne permet pas de suivre en temps réel des frais de personnel par pôle (Bérard, 2013). Rastouil et alii (in Nobre et Lambert, 2012) remarquent aussi que pour déléguer des décisions de gestion des ressources humaines au niveau des pôles, il faut des indicateurs sur la charge de travail, les effectifs et les moyens de remplacement qui permettent des comparaisons entre les pôles. Or ceux-ci sont rarement disponibles.

Les différents dispositifs de contrôle financier (tableaux de bord, comptes de résultat analytiques (CREA), etc.) ont eu peu d'impact sur les décisions médicales (Doolin, 2001). Actuellement, les outils de contrôle ne sont pas encore suffisamment fins et la convergence des intérêts entre médecins et direction n'est pas suffisante pour qu'une véritable délégation se mette en place. Les coûts d'agence sont trop élevés. Les délégations restent limitées et souvent remises en cause (Gouffé et Cargnello Charles, 2014). Par conséquent, la définition d'objectifs cibles de performance par pôle n'est pas encore mise en œuvre. Cela supposerait d'intégrer davantage de données non financières pour se rapprocher de l'activité des services. Non seulement les activités de mesure financière sont très chronophages mais aussi les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'intégrer des données non financières ce qui supposerait une interconnexion avancée entre les bases de données de l'hôpital (recette, dépenses, qualité, consommations...) (Dos Santos, et alii, 2014).

Il y a à l'hôpital un écart qui se creuse entre les gestionnaires et les autres acteurs de la décision. Les outils limités donnent une impression de floue aux utilisateurs ce qui accentue l'écart entre gestionnaires et médecins. Les gestionnaires n'étant quant à eux pas en capacité d'appréhender l'ensemble de la technologie médicale. En reprenant le parallèle avec l'université on note que la pluralité des missions identifiées n'est pas sans rappeler les enjeux présents dans les CHU, où l'activité se divise entre soin, recherche et enseignement, sans oublier toute la sphère administrative. Une diversification de missions poursuivant des objectifs différents. On retrouve à l'hôpital la faible interdépendance fonctionnelle identifiée dans les universités et élément clé de compréhension d'une technologie floue.

Ainsi, concernant les outils de gestion il est bien question d'une technologie floue. Les acteurs de la décision ne peuvent pas appréhender collectivement l'ensemble des outils qui leur permettraient d'adopter une position rationnelle.

I.3 Participation fluctuante

Typiquement dans les anarchies organisées les participants fournissent une quantité de temps et de travail variable en fonction des différents domaines d'activité. Ce qui confère à l'organisation des frontières mouvantes et incertaines, le degré d'engagement étant fluctuant. Il en résulte de nombreux changements de décideurs, et d'auditoires pour les différents types de choix (Cohen *et alii*, 1972).

Musselin (1997) met en évidence la faible interdépendance fonctionnelle qui lie les acteurs dans la poursuite de leurs activités. A l'université, le travail de l'un a peu d'incidence et de conséquences sur le travail de l'autre. Enfin, le taux de présence dans les instances décisionnelles est bas, et le turn-over dans ces instances est élevé d'une séance à l'autre. Une fluctuation qui renforce la faiblesse de l'interdépendance fonctionnelle.

A l'hôpital on retrouve également cette faible interdépendance fonctionnelle entre les acteurs. Le découpage fonctionnel en services spécialisés ne favorise pas la coopération et la coordination des soins. Très contraints par les tâches cliniques et de soins qui restent prioritaires, les professionnels de santé ne peuvent participer à toutes les réunions de gouvernance et de coordination. D'un pôle à l'autre, pour un même type de réunion, par exemple le bureau de pôle hebdomadaire, on ne retrouve pas les mêmes acteurs à la table pour prendre part à la décision. Enfin, les médecins, et notamment les chefs de services PU-PH, doivent partager leur temps entre le soin, l'enseignement, la recherche, l'organisation de leur service. Ils font alors des arbitrages stratégiques pour ne participer qu'aux réunions qui semblent pertinentes. On retrouve donc ce qui est évoqué dans les universités, un taux de présence bas, et un turn-over dans les instances délibératives.

Si dans la littérature sur les pôles on retrouve bien des éléments qui font penser que l'hôpital est une anarchie organisée, peu de travaux ont mobilisé directement la grille d'analyse de l'anarchie organisée pour l'appliquer à l'hôpital. Nous proposons ici de mobiliser cette grille pour analyser le processus de décision dans 3 pôles d'un CHU. Il s'agit d'une part d'en confirmer la pertinence heuristique et

d'autre part d'identifier la place spécifique du pôle dans cette anarchie organisée. Est-ce que le pôle permet de réduire l'anarchie en faisant converger les objectifs des acteurs et en clarifiant la technologie ? Ou bien au contraire, participe-t-il à l'augmentation de l'anarchie en rajoutant une couche au millefeuille décisionnel ? Ce cadre d'analyse permettra ainsi mieux de comprendre dans quel contexte se prennent les décisions et d'identifier de nouveaux freins à la délégation.

En effet, au delà des trois critères descriptifs d'une anarchie organisée, Cohen, March et Olsen (1972) font un lien entre ces formes d'organisations particulière et un modèle de décision qui leur serait propre. Outre ces caractéristiques ils mettent en avant dans leur article de 1972 deux aspects essentiels des anarchies organisées : la façon dont les organisations font des choix sans objectifs cohérents et partagés et la façon dont les membres de l'organisation sont activés. Ainsi les situations de prise de décision sont décrites comme ayant des objectifs ambigus, et les problèmes sont résolus sans recours à une négociation ou un marché explicite. A partir de ce constat ils vont développer le *Garbage Can Model*, un processus de décision propre aux anarchies organisées. Il est donc pertinent ici d'appliquer ce modèle pour comprendre la prise de décision dans les pôles, à travers l'explicitation de sa forme organisationnelle. Ainsi en identifiant si dans le pôle on retrouve les critères d'une anarchie organisée, à travers l'analyse de processus de décisions, cela nous permettra de comprendre les difficultés de prises de décision et donc de délégation de gestion, pourtant au cœur de la nouvelle gouvernance. Ainsi nous allons tenter de démontrer si les caractéristiques ??? du pôle peuvent constituer un frein à cette délégation. Des difficultés qui seraient alors liées aux propriétés intrinsèques de la structure de l'organisation.

II. METHODOLOGIE

L'établissement étudié est un grand Centre Hospitalier Universitaire (CHU). C'est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé Publique, qui gère des sites hospitaliers et des services généraux composant un des plus importants CHU de France. Cet établissement est actuellement dans une nouvelle phase de contractualisation interne, qui se présente comme l'occasion d'une réflexion et d'un travail sur les outils de gestion mis à disposition des pôles et sur leur utilisation. L'établissement est dans une situation financière très difficile qui se caractérise par un déficit annuel de plusieurs dizaines de millions d'euro et un très fort endettement de plusieurs centaines de millions d'euro ce qui a conduit le Directeur Général à engager des actions conjointes de réduction des dépenses, et notamment des dépenses de personnel, et d'augmentation des recettes. Cet établissement a, en 2014, un déficit chronique annuel d'environ 40 millions d'euros pour un budget de 1, 25 milliards d'euros. Le déficit représente donc 32% du budget.

Pour étudier le processus de délégation de gestion et de la décision dans les pôles d'activité médicale à l'hôpital public, nous avons réalisé une étude de cas processuelle. Cette recherche s'intègre à un programme de recherche qui se déroule de novembre 2013 à novembre 2016. Il s'agit d'observer de manière comparative 3 pôles médicaux de spécialités différentes. Ces pôles ont été retenus en accord avec la Direction Générale et la Commission médicale d'établissement parmi les pôles qui se sont portés volontaires pour l'étude. Il s'agit de pôles disposant de services situés dans plusieurs sites géographiques et ayant des logiques de parcours patients. Les pôles sélectionnés ont une pertinence avec l'objet d'étude car ce sont des pôles avancés dans leur organisation, qui mènent des projets de pôle et qui se heurtent aux questions de délégation de gestion et de prise de décision. En effet, ces pôles seront les premiers auxquels la direction accordera une délégation de gestion éventuelle, du fait de la situation pérenne de ces pôles. Par ailleurs, ils sont tous les trois confrontés aux questions de réduction du personnel et d'effectif cible, ainsi que des déménagements de services pour regrouper le plus possible les services éparpillés dans des sites uniques thématiques. Ces regroupements de services se basent sur deux principes : la thématisation des sites, qui fait partie du projet médical de l'établissement, comme nous venons de le dire ; et une réflexion de ces déménagements à partir de logiques de parcours patient, et donc de fluidité de parcours dans la structure.

Tableau 1 : Trois pôles

A	B	C
Spécialités médicales de la Cancérologie: 700 employés en équivalent temps plein (ETP) 170 lits	Spécialités médicales la Neurologie: 490 ETP 162 lits	Spécialités médicales de Gynécologie et d'Obstétrique : 500 ETP 237 lits

Le CHU étudié a vu des changements de directeur général récemment, dont l'objectif est de remettre la structure à flot et de mener un plan de retour à l'équilibre. L'étude intervient à l'heure d'une phase de nouvelle contractualisation interne. Dans cet établissement les premiers contrats de pôle ayant été signés en 2009, sont arrivés à leur terme. Une nouvelle phase de contractualisation va donc être mise en place. Cette nouvelle contractualisation va être l'occasion pour la direction de faire un certain nombre d'ajustements organisationnels en vue d'un retour à l'équilibre financier, d'une amélioration de la qualité des soins et d'une meilleure efficacité médico-économique. Des diagnostics partagés ont été réalisés dans les pôles afin d'identifier des projets prioritaires concernant leur activité, tant sur le plan de l'amélioration de la qualité des soins que sur celui de l'efficacité médico-économique. L'objectif poursuivi dans cette nouvelle contractualisation est de disposer de pôles efficaces en se basant sur un trio de pôle (chef de pôle, cadre supérieur de santé et cadre administratif) en relation avec un directeur délégué représentant de la direction générale. Ces relations seront la base de la mise en place d'une déconcentration dans un premier temps, à expérimenter dans certains pôles pilotes. Tout ceci en vue, à terme, d'aboutir à une délégation de gestion plus importante. On observe également dans la structure un changement de logique d'agrégation des pôles, autour d'une dimension disciplinaire. Cette question soulève l'importance du circuit patient dans la structure, avec la possibilité de redéfinir l'organisation à partir du parcours patient. Enfin, un des autres grands chantiers de l'établissement est la mise en place d'un management de projet pour structurer l'activité. En institutionnalisant ces démarches projet, en travaillant sur leur émergence, leur validation et leur suivi cela soulève des questions de délégation et de subsidiarité. Pour résumer la vision de la direction il est question de « *recentraliser pour mieux décentraliser* » (Directeur Général) par la suite, avec les bons outils et les bons indicateurs.

Le contexte particulier de cet établissement en fait un objet d'étude singulier. Les directions successives ont eu une tendance à la recentralisation, au détriment des pôles, laissant ceux-ci dans un état peu avancé, voire peu efficace, notamment en terme de délégation, et d'autonomie. Donc la nouvelle phase de contractualisation qui se met en place, est une vraie révolution, dans son sens premier à savoir revenir au début, où il est question d'un changement de fond. De plus ce CHU doit prendre en compte un effet de taille significatif. Ce très grand établissement de santé est divisé en quatre grands sites répartis dans toute l'agglomération. Cet éclatement est un point clé de compréhension de la structure. Historiquement ces sites sont très autonomes et revendiquent une culture particulière. La culture de site est très ancrée chez les acteurs, avec un fort sentiment d'appartenance. Un pouvoir du site renforcé par la recentralisation mise en place par les anciennes directions. Or, cette situation semble antinomique avec la mise en place des pôles, et à une volonté de délégation. Ce contexte socio-culturel crée des enjeux de pouvoir et des jeux d'acteurs particuliers. Ainsi pour cet établissement la mise en place des pôles et de la délégation de gestion est un changement organisationnel et surtout culturel profond.

Les données présentées ici ont été collectées selon plusieurs modalités :

- Des entretiens semi-directifs : un total de 20 entretiens avec l'ensemble des acteurs. D'une part le personnel de la direction générale : le directeur général, le secrétaire général, la direction de la qualité de l'organisation, la directrice de l'audit interne, le contrôle de gestion, le président de la CME, et

enfin un consultant extérieur intervenant dans la structure. D'autre part les personnels du pôle : les chefs de pôles, les cadres supérieurs de santé, les cadres administratives de pôle, les directeurs délégués de pôle, ainsi que les contrôleurs de gestion rattachés aux pôles. Ces entretiens ont une durée qui varie entre une heure et une heure et demi en moyenne, allant jusqu'à deux heures pour les plus longs. Ils ont été réalisés à partir d'une grille d'entretien que nous avons établis dans le but de comprendre le fonctionnement global de la délégation et l'organisation des pôles. Il s'agit ici d'une première phase d'entretiens focalisée sur les acteurs du pôle pour mettre un premier pas dans la structure et comprendre les enjeux de cette organisation. Une seconde phase, non mobilisée ici s'est concentrée sur les acteurs des services (chefs de services et cadres de services). Ils seront complétés par la suite par d'autres acteurs gravitant autour des processus de décisions, à l'interface avec les pôles. L'objectif dans cet article est d'avoir une entrée par les pôles, et les acteurs de ces pôles pour comprendre leur réalité, à quels problèmes et donc décisions ils sont confrontés au quotidien. Et ainsi avoir leur vision de la délégation de gestion. Notre guide d'entretien a été construit à partir des thèmes issus de la littérature et des premières observations. Les thèmes retenus ont été : présentation du pôle, rôle et vision de l'acteur sur le pôle, relations entre les différents acteurs, la contractualisation/délégation, le fonctionnement du pôle, les instruments de gestion du pôle et du service, les projets dans le pôle, et enfin la mutualisation.

- De l'observation non-participante : durant neuf mois, de mars à novembre 2014, les chercheurs ont assisté à des réunions à plusieurs niveaux dans l'hôpital. A savoir : 3 séminaires de direction, 45 réunions au sein des pôles (bureaux de pôle hebdomadaires), 4 réunions entre le pôle et la direction (animation de gestion) et enfin 3 réunions dans les services. Il s'agit d'une observation *in situ* où les chercheurs n'interviennent pas. Lors de ces réunions le chercheur s'installe en retrait et prend des notes sur ce qu'il observe en fonction d'une grille d'observation préétablie ciblant certains éléments. Les thèmes retenus ont été les suivants : les personnes présentes, l'objectif de la réunion, les différentes phases du déroulement, la communication et le recueil de l'information, le fonctionnement du groupe, les participants (gestion de l'espace, prise de parole, problèmes relationnels), et enfin les étapes dans la prise de décision.

- De l'analyse documentaire : au fil de cette recherche nous avons collecté différents documents tels que les contrats de pôle ou encore des supports de gestion comme les projets de pôle, les CREA ainsi que les tableaux de bords.

A partir du recueil de données d'observations nous avons réalisé une analyse thématique qui nous a permis de conduire une comparaison entre les trois pôles que nous avons observés. Cette comparaison a consisté dans la recherche de régularités, d'éléments partagés, ainsi que les spécificités et singularités propres à certaines situations. Les thèmes d'analyse retenus sont les suivants : les acteurs (trio de pôle, directeur délégué, contrôle de gestion, direction générale, tutelle), processus de gestion, évolution des pratiques souhaités par la direction générale, les différents types de réunions, l'organisation des réunions, les sujets abordés, et enfin les outils de gestion. L'analyse s'est faite en deux temps, dans un premier temps il s'est agit d'une comparaison entre les trois pôles, avec des tableaux comparatifs selon chaque thème. Dans un second temps, nous avons réalisé une synthèse commune aux trois pôles en suivant les thèmes de l'analyse. Ce bilan d'analyse a été présenté aux équipes des trois pôles observés, et a fait l'objet d'une discussion plus approfondie avec les chefs de pôles. Ces présentations aux équipes ont permis d'enrichir le travail réalisé, et de l'étayer.

Suite à cette analyse, nous avons remobilisé les données issues de cette synthèse des observations afin de leur appliquer le modèle de l'anarchie organisée. Le but étant de vérifier sur le terrain si nous retrouvons les caractéristiques identifiées dans la littérature : incertitude des préférences, technologie floue et participation fluctuante. Des caractéristiques qui laissent à penser que le pôle, dans l'hôpital, se rapproche bien de ce modèle d'anarchie organisée. Ces données issues de l'observation *in situ* sont appuyées par les propos des acteurs tenus lors des entretiens. Cette illustration permet de mieux rendre compte des éléments issus de l'observation à travers les propos et la vision des acteurs concernés. Dans le traitement de ces données nous focalisons notre attention sur deux processus de gestion spécifique : la gestion des effectifs et la gestion des cadastres (nombre de lits par unité de soin).

Souhaitant travailler sur le processus de décision ces deux processus se sont dégagés comme les plus pertinents car prégnants dans les débats lors des réunions de pôle. En effet, ces deux sujets sont ceux qui sont le plus souvent évoqués. D'une part parce que l'établissement s'est lancé dans une remise à plat de ses effectifs avec la mise en place d'un effectif cible, et d'autre part, le CHU est dans une grande phase de déménagement et de regroupement des services par pôles thématiques mono-site. Ce regroupement géographique sous-tend un travail de répartition des lits et d'harmonisation des unités. Ces processus sont devenus dès lors les priorités des pôles, autour desquels les démarches décisionnelles se focalisent, et à partir desquels émergent la majorité des problèmes.

III. RESULTATS

Nous appliquons la grille d'analyse de l'anarchie organisée aux données recueillies dans les 3 pôles étudiés.

III.1. Incertitude des préférences

A plusieurs reprises nous avons pu constater sur le terrain des situations où les préférences des agents n'étaient pas toujours certaines, pouvant parfois s'opposer.

Le CHU Santé s'est lancé dans une campagne de **réduction d'effectif**, qui passe par la création d'un **effectif cible**. A cette occasion les cadres supérieurs du pôle ont critiqué le mode de calcul des effectifs cibles adopté par la DG : « *Ce que j'aimerais c'est qu'on puisse toujours avoir la possibilité d'affecter le personnel en fonction de la charge en soin et de travailler plus sur un effectif global et non pas de service parce que tout simplement que l'on ait 15 lits de neurochirurgie ou 15 lits dans un service d'ophtalmo la charge en soin n'est pas la même, de fait on ne peut pas affecter le même nombre de personnel. Sauf que pour les personnes qui travaillent sur les organisations ou autre de manière fictive on parle de nombre de lits et on n'inclut pas la charge en soin. J'espère qu'on aura cette possibilité là. Dans ce qu'on va nous donner on ne prend pas en compte la charge en soin* » (Cadre sup du pôle B). La direction a en effet penché pour l'application d'un ratio du nombre de soignants par lits : « *C'est un infirmier pour 12 lits, quel que soit le service et la spécialité* » (Cadre sup du pôle B) sans prise en compte de la charge de travail, or selon les cadres de santé celle-ci serait très variable d'un service à l'autre en fonction des spécialités. On constate aussi une divergence d'objectifs entre les cadres de santé et les agents de soins. Les cadres supérieurs de santé sont en charge de la mutualisation des effectifs soignants (infirmiers et AS). Ce sont elles qui ont le pouvoir de déplacer et d'affecter des agents de soins d'un service à l'autre au sein du pôle, en général avec leur consentement « *Quand c'est difficile pour un agent d'être à un certain poste on a plus d'autonomie nous les cadres sup, donc on peut le déplacer dans le pôle* », « *Je peux déplacer l'agent, permuter plus facilement* » (Cadre sup du pôle A). Ce processus ne fait pour autant pas toujours l'unanimité auprès des agents de soins. Par exemple, pour faire opposition à une décision de mutualisation qui avait été prise dans un service de Neurologie, une équipe entière de soignants s'est « mise en arrêt maladie », ce qui a contraint à fermer une unité qui venait d'ouvrir. La cadre avait dû mutualiser des équipes qui d'ordinaire travaillent sur des pathologies très différentes, ce qui alourdissait leur charge de travail selon les infirmières qui s'opposaient à cette décision. Cette situation qui met en avant les limites d'un processus, tous les agents ne sont pas substituables. Et si l'objectif d'efficience, qui se cache derrière cet effectif cible et le projet de mutualisation, est clair pour les directions fonctionnelles, il ne fait pas sens pour les agents de soin, qui voient en priorité la qualité du soin, et le maintien de conditions de travail convenables.

Ainsi, dans la situation actuelle de l'établissement, la gestion des effectifs est un processus complexe. Dans une volonté de réduction de la masse salariale, la DG centralise les décisions alors que les pôles souhaiterait disposer de davantage d'autonomie pour assurer le fonctionnement des services. Le pôle doit alors composer avec les réalités du terrain pour trouver les moyens de poursuivre son activité.

Toutefois, la gestion des effectifs n'est pas la seule problématique du pôle, un autre enjeu important est la gestion des cadastres au sein des services et du pôle.

En effet, s'il est un sujet qui occupe au moins autant les échanges dans les bureaux de pôles que l'effectif cible, c'est bien celui des **cadastres**. L'un ne va pas sans l'autre. L'effectif cible mis en place par la DG se définit par un ratio correspondant au nombre de soignants par lits. L'effectif cible place ce ratio au minimum légal d'un infirmier pour 12 patients. Il y a donc une volonté de disposer d'unités de 25 lits, qui fonctionnent avec 2 ETP infirmiers de jour, et 1 ETP de nuit. Cette tendance à l'harmonisation des unités n'est pas anodine, elle correspond à la volonté de la direction et représente, d'après les acteurs, la taille critique qui permet d'optimiser au mieux les ressources. Ainsi, la définition de l'effectif cible par rapport au cadastre a été décidée par la DG, et il revient au pôle de mettre en application ce ratio. Avec les cadastres, il est question de définir la destination des lits des unités, en termes de soins. En effet, ces lits se répartissent entre les activités de soins programmés en hospitalisation classique de plusieurs jours consécutifs, les lits dédiés à l'ambulatoire (accueil des patients à la journée), ceux destinés à recevoir les patients admis aux urgences et enfin certains pour les patients « hébergés » en provenance d'autres services en manque de lits. Cette répartition des lits fait l'objet, une fois encore, de discussions entre le pôle et la DG, qui dénotent d'un manque de convergence des intérêts. Dans cette discussion, la DG impose un certain nombre de choix au pôle, comme par exemple le développement de l'ambulatoire pour les activités chirurgicales. En réduisant les dépenses d'hôtellerie et en augmentant la rotation des patients par lit puisqu'ils ne sont accueillis qu'en journée et repartent le soir, la chirurgie ambulatoire est davantage rentable. Or, le cabinet de consultants ayant travaillé sur le CHU Santé a montré que la part de patients accueillis en ambulatoire dans ce CHU est inférieure dans beaucoup de spécialités à celle des établissements concurrents. Un autre point de débat se situe autour de place des lits dédiés à l'absorption des patients admis aux urgences. Il s'agit ici de désengorger les urgences en transférant rapidement les patients vers les services de soins. L'établissement perd de l'activité si les transferts se font vers les hôpitaux concurrents. Le chef du pôle A parle de « *psychose des urgences* », qui entraîne selon lui une réduction du nombre de lits disponibles pour des patients programmés requérant des soins de plus haut niveau de technicité. Il rappelle que la vocation d'un CHU est de développer une médecine de « pointe » et la recherche. Ces décisions imposées sont mal vécues par les chefs de pôle, qui ont le sentiment de travailler contre leurs convictions face à trop de tutelles et d'instances « *Il n'y a pas de pouvoir de décision dans le pôle, je fais le scribe, j'ai parfois l'impression de travailler dans le vide* » (Chef de pôle A). On constate là encore que la recentralisation qui est mise en place laisse peu de leviers d'actions aux chefs de pôles, ce qu'ils déplorent. C'est également le cas pour la gestion des patients « hébergés » pour d'autres services : « *Jusque là il fonctionnait de façon pyramidale. C'est à dire que toutes les décisions passaient par le chef de services, aujourd'hui ce n'est plus le cas* » (Chef du pôle C). Ce point divise là encore médecins et direction car l'impératif d'accepter des « hébergés » réduit encore les lits disponibles pour les séjours programmés « *Certaines décisions médicales sont prises sans consultation de l'avis des médecins* » (Chef du pôle B). De sa propre initiative, le chef du pôle A a effectué une enquête sur la proportion des hébergés dans les services de son pôle. Et ce, dans le but de quantifier l'ampleur du phénomène et d'en faire part à la direction.

On constate donc un renforcement de la centralisation des décisions dû à la crainte de la DG face aux risques de dérapages financiers. Centralisation qui constitue un frein à la délégation et qui est contradictoire avec les objectifs de la nouvelle gouvernance hospitalière qui visait justement le développement de la délégation de gestion. Cette contradiction engendre une désillusion des équipes médicales et soignantes vis-à-vis des pôles et une frustration. Les trios de pôle regrettent que leurs décisions soient fortement contraintes, parfois désavouées par les directions fonctionnelles. Ils ont l'impression de n'être que les relais de la pression financière exercée par la DG et la tutelle sur les équipes médicales « *J'ai le sentiment qu'on décentralise les décisions que la DG ne veut pas assumer, et c'est au pôle qui est en première ligne de recevoir les plaintes et d'assumer les difficultés* » (Chef du pôle B).

Toutefois, il faut nuancer cette incertitude des préférences. En effet, les acteurs se retrouvent ensemble à la poursuite d'objectifs communs. Ils partagent tous la notion de service public, et d'être au service du public. Pour aller plus loin, certains acteurs parlent d'une « *modification culturelle en marche* » (Chef du pôle A). En effet, tant du point de vue des administratifs que des soignants et des médecins, il semble qu'a émergé à l'hôpital une prise de conscience du coût du soin et de la nécessité de faire des économies. Et c'est bien ce besoin d'efficacité médico-économique au service de la qualité des soins qui fait converger l'ensemble des acteurs. Cependant, pour l'heure si tous s'accordent sur ce point, ils ne partagent pas la même vision de sa mise en application, loin s'en faut.

III.2. Technologie floue

Comme cela a été évoqué, pour réduire le déficit de l'établissement, la DG a mis en œuvre une politique de **réduction de la masse salariale** qui concerne à la fois les administratifs et les soignants. Il est prévu de ne remplacer qu'un administratif sur cinq et de réduire les effectifs soignants, d'environ 20 agents par mois. Pour chaque service un effectif cible a été défini en fonction du nombre de lits. Il a donc été confié aux cadres supérieurs de santé la tâche de construire des tableaux d'effectifs du pôle, pour procéder à une révision du nombre de ses agents, en vue d'atteindre l'objectif défini par la DG. Ce travail a été l'occasion de mettre en avant des dysfonctionnements en termes d'affectation : des agents sont affectés dans un service donné alors qu'ils travaillent depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, dans un autre service. Ces agents sont appelés « fantômes » par les acteurs du pôle A. Autre élément, de nombreux soignants qui, pour des raisons diverses (maladies, incapacité d'exercice), ont bénéficié de restrictions d'activité, se retrouvent alors affectés sur des postes administratifs (secrétariats, archives). Or ces agents sont pour la plupart encore comptés parmi les effectifs soignants. Des situations qui jusqu'alors ne semblaient pas perturber l'activité, mais qui sont devenues de vraies problématiques à l'heure où il faut atteindre un effectif cible. On retrouve bien ici l'idée que les outils de gestion ne sont pas maîtrisés par l'ensemble des acteurs. Si l'on ajoute à ceci un problème d'absentéisme (17%) qui pèse sur les effectifs, les agents ressentent un décalage, entre les effectifs comptabilisés par les systèmes d'informations et les agents présents effectivement dans les services. Souvent, les services sont en sous-effectif sur le terrain alors que les effectifs comptabilisés les font apparaître comme en surnombre. Une remise à plat des effectifs a donc été nécessaire, et il a fallu faire comprendre aux équipes médicales les raisons de ce décalage qui engendre beaucoup d'incompréhension avec la Direction des Ressources Humaines (DRH). Ce sont les cadres supérieurs de pôle qui ont endossé ce rôle de « traduction » à l'occasion notamment des bureaux de pôle, non sans mal.

Il n'existe pas de projets médicaux sans personnel, comme il n'existe pas de projets médicaux, avec patients, sans lit ou lieu pour les accueillir. Nous l'avons vu, le **cadastre** représente la taille d'une unité. Une grande partie des discussions et des projets médicaux ont pour but d'agir sur ce cadastre. Que ce soit pour le développement d'une activité, en l'augmentant, ou lorsqu'il est question de déménagements de services. A cette occasion, les équipes se penchent sur les tableaux d'activité de soins (nombre de séjours, d'entrées, de sortie, Durée Moyenne de Séjour (DMS), taux d'occupation) pour justifier d'une augmentation d'activité qui justifierait l'augmentation du cadastre. Tout est alors affaire de mètres carrés et de place à récupérer dans le déménagement d'un service voisin ou en profitant de la construction d'un nouveau bâtiment. Si au quotidien dans les pôles le suivi de l'activité à partir des tableaux de bord n'a pas lieu, les projets médicaux autour des cadastres mobilisent tout de même les acteurs autour de ces chiffres. Pour autant, dans les réunions de grandes discussions sont tenues sur les erreurs de calculs des chiffres apparents dans ces tableaux de bords, ou encore, de longues explications pour que chacun comprenne bien la construction des données. L'intangibilité du service de soins associé à des technologies de plus en plus complexes (d'autant que l'on se situe, pour la partie empirique dans un CHU) produisent une multitude de données, gérées par une multitude d'acteurs (administratifs, soignants, médecins), qui ne sont pas toujours coordonnés. Cette complexité

rend l'évaluation des résultats et le pilotage des performances particulièrement difficile et ce sont bien ces critères qui sont évoqués lorsque l'on parle de technologie floue dans les travaux sur les anarchies organisées. En effet, l'impossibilité de procéder à une évaluation par les résultats dénote bien du caractère difficilement mesurable de ces résultats produits.

Ainsi le manque d'information pour prendre des décisions ou argumenter avec la DG, représente également un frein à la délégation. Les données sur les effectifs ne reflètent pas la réalité des affectations des personnels. Il n'y a pas de données sur la gestion des lits. Dans la mesure où les décisions doivent être prises en intégrant des informations situées à plusieurs niveaux dans l'établissement sur un plan vertical pour la gestion effectifs (service, pôle, site géographique, établissement) et sur un plan horizontal pour la gestion des lits (filiales de soin), il est indispensable que les décideurs disposent d'informations sur ces différents plans. Pour l'instant elles font souvent défaut. Un dernier frein est le manque de compétences en gestion dans les pôles. Les médecins chefs de pôle exercent leur fonction en plus de leurs activités médicales et de leur responsabilité de chef de service. Ils consacrent un temps limité au management et n'ont souvent bénéficié que d'une formation brève. Les responsables administratives de pôle sont accaparées par des tâches opérationnelles de secrétariat du bureau de pôle et de gestion des secrétaires médicales, elles consacrent peu de temps au traitement et à l'analyse des données de gestion *« Je vais essayer de travailler sur des outils de gestion périodiquement. On peut passer huit heures de travail dans le mois dessus. En dehors de ça, moi mon quotidien c'est pas ça. On n'est pas non plus des contrôleurs de gestion. Au quotidien j'ai beaucoup de courant à gérer, par exemple les mails, la GDD, des demandes d'intervention... Après j'ai beaucoup de gestion de secrétariat. Tous les jours j'ai de la gestion de secrétariats à faire. Il y a des fois où on passe la journée en réunion. J'ai aussi des rapports à rendre pour l'ARS »* (Cadre administrative du pôle A). *« Elles gèrent tous les secrétariats médicaux ce qui leur prend beaucoup de temps mais aussi elles sont en appui du chef de pôle sur des missions très diverses. Elles ont vraiment des tâches multiples. Elles sont en permanence en train de résoudre des problèmes multiples. Elles devraient avoir plus de temps pour éclairer la vision du chef du pôle sur tous ces indicateurs. Elles devraient avoir un peu le même type de profil que les contrôleurs de gestion. Aujourd'hui elles sont noyées dans beaucoup de tâches »* (Directeur délégué du pôle C).

III.3 Participation fluctuante

Concernant la participation fluctuante des acteurs aux instances délibératives il est difficile de dissocier les pratiques en fonction des types de processus de gestion. Les pratiques observées relèvent davantage de la structure organisationnelle et du fonctionnement de ces instances délibératives, plutôt que d'une question de gestion des effectifs ou des cadastres. Ainsi, nous présentons dans cette partie les éléments de réponses de façon collective, sans distinction des processus, contrairement aux deux parties précédentes.

Si les acteurs du pôle s'accordent pour dire que le pôle est le bon niveau pour mener des actions de gestion du personnel et qu'il permet notamment un partage de moyens en raison de sa taille critique suffisante, ils souhaitent toutefois disposer d'une plus grande autonomie pour gérer leurs moyens humains et financiers. En effet, les acteurs ne pouvant pas participer à l'ensemble des assemblées délibérantes, d'autant plus dans un contexte de forte centralisation, on note dans les interventions au sein des réunions une grande attente de décentralisation de la gestion des ressources humaines. Les acteurs regrettent par exemple leur manque d'influence sur le recrutement. Il faut systématiquement faire appel à la DRH. Une situation, qui dans un établissement d'une telle taille, et en raison d'une politique globale de réduction d'effectif, entraîne des processus longs, qui prennent parfois la forme de *batailles* pour les cadres supérieures de santé en attente de réponse pour leurs équipes. Une conséquence est que les sous-effectifs sont parfois chroniques dans les unités. Par exemple, les secrétariats accumulent les retards de frappe et un faible taux de réponse téléphonique. *« Sur 6 secrétaires j'en ai plus que 4 et là ça commence à faire. On prend du retard sur la frappe de courrier, l'accueil téléphonique et physique. Vous avez des filles qui ont le diplôme de secrétaire médicale et qui*

tapent lentement aussi. Le grand chantier qu'on a c'est l'accueil et la réponse téléphonique. Il y a plein de patients qui n'arrivent pas à nous joindre. Nous n'avons que 25 pourcents de taux de réponse» (cadre administrative du pôle C). Ils ont le sentiment de devoir harceler la DRH pour obtenir des réponses. «*Si j'ai une maladie longue, une grossesse, je n'ai aucune latitude pour pouvoir le remplacer. Je dois faire avec ce qu'il me reste. Je n'ai pas de délégation pour décider d'un recrutement. Je n'ai aucune marge de manœuvre. Aujourd'hui quand il me manque un poste j'informe le directeur des soins du poste vacant, et puis j'attends le bon vouloir de la DRH. C'est la DRH centrale qui décide. Ça rallonge beaucoup les délais de recrutement. C'est un frein sur le choix de la personne également.*» (Cadre sup du pôle C). Dans ce millefeuille administratif, il est parfois difficile pour les acteurs d'identifier les bons interlocuteurs pour répondre à leurs demandes «*Il y a un nombre incroyable de strates, on a la direction générale, on a les directions fonctionnelles, on a des directions de sites ensuite il y a les directeurs délégués, et puis il y a les directions de pôles et puis il y a les directions de services et puis il y a les UF. Ça fait un millefeuille. La vie des services elle est dans les UF*» (Chef du pôle C). «*J'ai l'impression pour ce genre de choses que je suis toute seule dans mon coin. Qui je dois aller voir pour essayer de rectifier. J'ai l'impression que je suis un petit peu isolée. Les pôles ça nous a permis de rencontrer des gens qu'on n'aurait jamais rencontrés. Mais il y a des domaines où je ne sais pas qui est mon interlocuteur*» (Cadre sup du pôle C). La multiplicité des réunions et l'impossibilité d'être présent à chacune de ces instances rendent la situation complexe. D'autant que la participation à certaines réunions n'est pas encourageante. Prenons l'exemple qui nous a été raconté par l'équipe du pôle C. Ils ont participé à une réunion avec des membres de la direction fonctionnelle, autour d'une question importante concernant un projet de déménagement de service. Une réunion durant une demi-journée, qui a découlé sur un compte rendu écrit par un des membres de la direction fonctionnelle, dont les conclusions autour du projet étaient différentes de ce qui avait été évoquées par les membres du pôle lors de la réunion, qui ont alors eu l'impression de ne pas avoir participé à la même réunion. Une situation qui accentue le «*sentiment de travailler dans le vide*» du chef du pôle C. Ainsi, les chefs des trois pôles partagent le sentiment d'un manque de levier d'action, de peu de moyens opérationnels et donc d'impuissance à la tête du pôle, due à la recentralisation. Ils souhaiteraient à ce titre plus de lien direct avec la DG et la CME pour comprendre au mieux les orientations stratégiques de l'établissement (Chef de pôle A). Un lien qui semble faire défaut d'après les acteurs du terrain. Ce lien devrait passer par la fonction du directeur délégué du pôle, qui représente la DG au sein du bureau de pôle. Une fonction qui a évolué il y a peu, mais qui ne permet pas encore de créer un lien à double sens entre le pôle et la DG. En effet, au départ, il était directeur référent du pôle au sein de la direction. Il représentait donc le pôle et rapportait ses projets et ses problématiques aux membres de la direction. Or, à présent il est devenu directeur délégué, c'est-à-dire l'inverse, il est dès lors le porte-parole de la direction et a pour mission de porter les messages et les directives de la DG auprès du trio de pôle. Cette fonction nouvelle reste assez floue, et se différencie d'un directeur à l'autre comme nous avons pu l'observer lors des bureaux de pôles hebdomadaires. Par exemple, le directeur délégué du pôle A, occupant une autre fonction de direction l'amenant beaucoup à se déplacer à l'étranger était peu présent au sein du pôle au quotidien. Une situation qui était parfois mal vécue par l'équipe du pôle, il a d'ailleurs finalement quitté cette fonction de directeur délégué, au profit d'un autre directeur plus présent. Dans le pôle B, le directeur délégué s'appuie sur une longue expérience de directeur d'hôpital, il est donc le garant des procédures et les équipes se tournent souvent vers lui pour qu'il valide la faisabilité d'une action. Enfin, le directeur du pôle C est également le directeur de la filière de soin (pédiatrie) dans laquelle le pôle s'inscrit, ce qui lui permet de porter avec le pôle des projets de grandes envergures. Cependant, la circulation de l'information est essentiellement descendante, et le directeur délégué, qui devrait avoir un rôle de traducteur, frontière entre deux instances, peine à faire remonter les informations. Il se heurte, lui aussi, à la lourdeur administrative et à la difficulté de trouver le bon interlocuteur. Il est donc à la fois traducteur de la DG pour le pôle, mais écran pour le pôle auprès de la DG.

Enfin, chaque membre de l'hôpital participe de manière très aléatoire et fluctuante aux décisions. Par exemple, dans le cas du CHU observé, la liste des participants aux bureaux de pôle peut fortement varier, d'un pôle à l'autre, d'une semaine sur l'autre selon les sujets traités et la disponibilité de chacun. On dénote donc une présence fluctuante aux réunions des acteurs. Cette participation aléatoire est due à une implication variable dans les affaires du pôle. Le pôle n'ayant pas de délégation de

gestion, ni de budget, certains acteurs (médecins, chefs de services) déjà pris dans de nombreuses activités ne s'investissent pas entièrement dans le pôle. Leur implication est ponctuelle, en fonction des sujets. Les effets de la mise en place du pôle apparaissent pour l'heure limités pour certains chefs de services « *l'effet du pôle c'est que l'on est un peu plus proche qu'avant, mais il n'y a pas de marge de manœuvre* » (Chef de service, Pôle B). Ce faible impact des pôles, et de retour sur investissement (intéressement) n'encourage pas ces acteurs à s'impliquer au détriment de leurs autres activités de soin, recherche et enseignement. Cette implication fluctuante, qui se traduit par une participation aléatoire aux assemblées délibérantes, rend complexe la prise de décision, et correspond bien aux critères d'une anarchie organisée.

IV. DISCUSSION ET CONCLUSION

En observant les processus décisionnels de la gestion des effectifs et des cadastres, nous avons pu constater que l'établissement a fait le choix d'une forte centralisation. Cette centralisation a été adoptée pour faire face à la situation financière difficile. Elle est pourtant menée en parallèle avec une nouvelle contractualisation interne visant à responsabiliser les équipes médicales sur les coûts de soins. Cette recentralisation des décisions stratégiques semble rendre complexe la prise de décision opérationnelle au sein du pôle car les décisions sont lentes et sont perçues comme en décalage par rapport aux contraintes opérationnelles vécues dans les services de soin. En effet, le pôle doit composer avec un ensemble de contraintes extérieures, parfois incomprises. Cette centralisation « aveugle » provoque un sentiment d'isolement, d'absence de soutien voire d'abandon chez les chefs de pôle A, B et C. C'est pourquoi les acteurs du pôle sont en attente d'une délégation de gestion auprès du pôle de certaines activités, comme la gestion des ressources humaines (remplacement, formation, affectation), et les dépenses courantes (dispositifs médicaux, hôtellerie...), ainsi que d'un meilleur système d'information. Bien qu'une certaine indépendance soit accordée au pôle, ce qui est une opportunité pour créer un fonctionnement spécifique et mettre en place un processus de mutualisation d'après l'un des chefs de pôles, les membres du bureau de pôle sont en attente de plus de capacité de choix et d'autonomie accordée au pôle. Selon les acteurs rencontrés, le pôle devrait pouvoir s'organiser comme il veut, or on lui impose tout. La recherche empirique met en exergue la place des processus de décision au cœur de la problématique de la délégation.

Le travail empirique nous permet de dire que l'hôpital correspond bien à une anarchie organisée, caractérisée par des objectifs et une technologie flous, ainsi qu'une participation fluctuante des acteurs. Les freins que nous avons identifiés : renforcement de la centralisation des décisions, manque d'information pour prendre des décisions et manque de compétences en gestion dans le pôle sont autant de limites à la délégation de gestion vers les pôles. C'est bien ce manque de délégation qui fait défaut à l'objectif des pôles de rapprocher la décision du terrain, et qui ne permet donc pas d'avoir un processus de décision rationnel. L'hôpital reste donc, malgré la mise en place d'une nouvelle gouvernance dans une situation d'anarchie organisée. A l'heure actuelle, le pôle se présente davantage comme un élément de complexité supplémentaire, « *Le pôle peut être contournable. Aujourd'hui je pense que le pôle c'est une couche supplémentaire qui a peu de sens et peu de rôle spécifique. Il y a des changements mais tout ça se serait fait sans les pôles. Aujourd'hui la création des pôles n'a rien apportée ou alors très marginalement, et je ne saurais même pas vous dire quoi* » (Chef du pôle B). Dans ce contexte d'anarchie organisée, Cohen, March et Olsen (1972) s'interrogent sur les processus de décisions, qui, dans la réalité qu'ils observent, ne correspondent pas aux conceptions théoriques issus des modèles classiques. Pour les auteurs, les solutions apportées à un problème ne découlent pas toujours d'un processus de décisions rationnel. Pour eux, le processus est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît : les processus de décision s'apparenteraient à des poubelles, dans lesquelles sont déversées des problèmes et des solutions au fur et à mesure de leur découverte. Une décision consisterait ainsi à mettre en phase des solutions préexistantes et des problèmes.

Les travaux de l'école behavioriste permettent d'apporter un éclairage intéressant sur les processus de décision, qui sont au cœur de la délégation de gestion. L'étude de cas met en évidence des décisions

imposées par la Direction Générale aux pôles : l'une sur l'effectif cible, l'autre sur la taille des services en nombre de lits (cadastre). Les pôles se trouvent souvent démunis lors de la prise de décision et ne disposent pas des outils, en particulier les tableaux de bord, permettant de prendre une décision complètement éclairée. Ils « piochent » ainsi dans les solutions qui se situent dans leur environnement immédiat : la mutualisation des effectifs lorsque cela est possible, le dépannage entre services ou pôles.

Pour prolonger notre étude il pourrait être intéressant de comprendre comment se structure le processus de décision. En effet, si cette étude nous permet de comprendre les éléments de contexte qui influencent la structure de prise de décision elle présente certaines limites. En effet, les résultats se basant sur l'observation de réunions de pôle, et sur les entretiens des acteurs du pôle, l'analyse laisse une part importante au point de vue des pôles. Cette étude mérite un approfondissement par la réalisation d'entretiens et d'observations auprès d'autres acteurs : responsable achat, direction des soins. Par exemple en reprenant ces mêmes processus de décisions de gestion des effectifs, et des cadastres en décortiquant le processus en étapes historicisées en rencontrant l'ensemble des acteurs impliqués. Etant dans une anarchie organisée, correspond-il forcément au modèle de la « poubelle » comme l'ont mis en avant Cohen *et alii* (1972), où les deux notions peuvent-elles être dissociées comme le suggère Musselin (1997). Selon ses travaux, la prise de décision est plus structurée et régulée que ce que les travaux de Cohen *et alii* ne le laissent penser. Une idée partagée par Friedberg (1997) pour qui le modèle d'anarchie organisée n'est « jamais atteint ou réalisé ». Musselin précise également qu'une organisation peut répondre aux critères définissant une anarchie organisée sans pour autant que les processus de décision ne relèvent forcément du modèle de la poubelle. Elle suggère donc qu'il puisse exister une dissociation entre anarchie organisée et prise de décision par mise au panier. Ainsi anarchie organisée et « garbage can model » ne sont pas deux notions équivalentes. Il reste donc d'après elle beaucoup à apprendre sur les processus décisionnels dans les anarchies organisées. Afin de poursuivre le travail présenté dans cet article, les travaux futurs sur la délégation de gestion à l'hôpital devront s'attacher à analyser en profondeur les processus décisionnels. Si l'hôpital est bien une anarchie organisée malgré la mise en place des pôles, il reste à mettre en évidence si son modèle de prise de décision correspond à celui de la « poubelle ». Ce prolongement permettra d'enrichir le débat suivant : le modèle d'anarchie organisée va-t-il de pair avec une prise de décision du type « garbage can model ».

Bibliographie

- Angelé-Halgand N., (2012), « Nouvelle gouvernance hospitalière : entre accountability et responsabilité », *Communication au 1^{er} Congrès ARAMOS*, Paris, 12p.
- Bérard E., (2013), « Les pôles d'activité à l'hôpital vus comme un système cybernétique : une analyse en termes de contrôle de gestion », *Journal de gestion et d'économie médicale*, 2013/4, vol 31.
- Cohen M.D., March J. et Olsen J.P., (1972), « A Garbage Can Model of Organizational Choice », *Administrative Science Quarterly*, 17, pp. 1-25, trad. Française in March (1991), *Décisions et Organisations*, Paris, Editions d'organisations.
- Denis J.L., Langley A. et Cazale L., (1995), « Peut-on transformer les anarchies organisées ? Leadership et changement radical dans un hôpital », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 2, n°2, pp. 165-189.
- Detchessahar M., Grevin A. (2009), « Un organisme de santé...malade de « gestionnisme » », *Gérer et Comprendre*, n°98.
- Doolin, B., (2001), « Doctors as managers – New Public Management in a New Zealand hospital », *Public Management Review*, 3 (2), 231-254.
- Dos Santos C., Mousli M., et Randriamiarana J., (2014), « Analyse du changement de contrôle de gestion à l'hôpital sous l'angle des réformes T2A et HPST », *Communication au 2^{ème} Congrès ARAMOS*, Marseille, 13p.
- Friedberg E. (1997) « La théorie des organisations et la question de l'anarchie organisée », in : Chevallier J. (Ed.). *Désordre(s)*, PUF.
- Glouberman S, Mintzberg H. (2001), « Managing the care of health and the cure of disease—Part I : Differentiation », *Health Care Manage Review*, Winter ; 26 (1) : 56-69 ; discussion 87-9 .
- Gouffé V., Cargnello-Charles E. (2014), « Le contrat de pôle, une opportunité pour les acteurs des organisations polaires », *Communication au 2^{ème} congrès ARAMOS*, Marseille, 25p.
- Kirkpatrick I., Jespersen P.K., Dent M. et Neogy I., (2009), « Medicine and management in a comparative perspective : the cases of England and Denmark », *Sociology of Health and Illness*, n°31, 5.

Communication au 3^{ème} congrès ARAMOS, Montpellier, 26 novembre 2015

- Le Garrec Marie Anne, Malik KOUBI, Annie FENINA, (2013), 60 années de dépenses de santé, Une réropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010, DREES, *Études et résultats n°831*, février 2013.
- Moisdon J.C., (2010), « L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A », *Revue Française d'Administration Publique*, n°1-2.
- Musselin C., (1997), « Les universités sont-elles des anarchies organisées ? », *Désordres*, Presses Universitaires de France.
- Nobre T. et Lambert P., (2012), « Le management des pôles à l'hôpital. Regards croisés, enjeux et défis. », *Dunod*, Paris, 305 p, préface et chapitre 13.
- Simon H., (1955), « A behavioral Model of Rational Choice », *Quarterly Journal of Economics*, 69, pp. 99-118.
- Zeggar Hayet, Guy VALLET, (2010), Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, IGAS, RAPPORT N°RM2010-010P, 117 pages.