La création d'un " climat d'accountability " dans les hôpitaux publics français, entre légitimité(s) et influence(s) : une approche par la théorie néo-institutionnelle

Marlène Barreda

▶ **To cite this version:**

Marlène Barreda. La création d'un " climat d'accountability " dans les hôpitaux publics français, entre légitimité(s) et influence(s) : une approche par la théorie néo-institutionnelle. Gestion et management. Université de Montpellier, 2018. Français. NNT : . tel-01974200

HAL Id: tel-01974200
https://hal.science/tel-01974200

Submitted on 8 Jan 2019

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.

THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

En Sciences de Gestion – Section CNU N°6

École doctorale « Economie et Gestion » - ED 231

Unité de recherche Montpellier Recherche en Management – EA 4557

La création d'un « climat d'*accountability* » dans les hôpitaux publics français, entre légitimité(s) et influence(s) : une approche par la théorie néo-institutionnelle

Présentée par Marlène BARREDA
Le 04 Décembre 2018

Sous la direction de Irène GEORGESCU

Devant le jury composé de

Irène GEORGESCU, Professeur des universités, Montpellier Management	**Directrice de thèse**
Thierry NOBRE, Professeur des universités, EM Strasbourg Business School	**Rapporteur**
François GRIMA, Professeur des universités, Université Paris-Est	**Rapporteur**
Gérald NARO, Professeur des universités, Montpellier Management	**Examinateur**
Pierre AUBAS, Médecin responsable du DIM, CHU de Montpellier	**Examinateur**
Dominique NECHELIS, Directrice Formation, CSOEC	**Examinateur**

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

« L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur »

Cette thèse a été financée en partie par le Conseil Supérieur de l'Ordre des Experts-Comptables dans le cadre du dispositif de la bourse PARC en lien avec l'Association Francophone de Comptabilité.

« Sciences sans conscience n'est que ruine de l'âme » (Rabelais, 1532).

« Efficience sans conscience n'est que perte de sens » (Naro, 2015).

La création d'un « climat d'*accountability* » dans les hôpitaux publics français, entre légitimité(s) et influence(s) : une approche par la théorie néo-institutionnelle

The "climate of accountability" in French public hospitals, between legitimacy and influence: an approach using neo-institutional theory

Laboratoire de rattachement

MRM – Montpellier Recherche Management

Université de Montpellier

Place Eugène Bataillon

34095 - Montpellier

REMERCIEMENTS

Après quatre années de travail, c'est avec un enthousiasme que je profite de ces quelques lignes pour remercier les personnes qui ont participé à leur manière à la réalisation de cette thèse.

Mes remerciements s'adressent en premier lieu à ma directrice de thèse, Madame la Professeure Irène Georgescu, sans laquelle je n'aurais pu commencer ce travail, et qui m'a fait confiance depuis le début de ce parcours passionnant. Je tiens à la remercier pour ses précieux conseils et sa bienveillance qui m'ont aidé à maintenir le cap.

Mes remerciements vont également à Messieurs les Professeurs François Grima et Thierry Nobre qui me font l'honneur d'être rapporteurs pour ce travail et qui m'ont beaucoup aidé au travers de leurs remarques

Un grand merci aussi, aux examinateurs Monsieur le Professeur Gérald Naro et Monsieur le Docteur Pierre Aubas qui ont accepté de participer à mon jury de thèse.

J'adresse également de vifs remerciements à Madame Dominique Nechelis qui me fait l'honneur de participer à ce jury.

Merci à Madame Halgand et Monsieur Chauvey pour leur participation à mon comité de suivi de thèse et leurs suggestions toujours avisées.

Ce travail n'aurait pu être mené à bien sans l'aide de la commission recherche de l'AFC en lien avec le CSOEC qui, au travers de leur soutien matériel, ont reconnu mon travail et m'ont fait confiance.

Je tiens à remercier ensuite, Madame Pautot, chef de projet certification des comptes des EPS, qui m'a accordé une grande attention tout au long de mon parcours.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Alexandre Vernhet, professeur à Montpellier Management, qui, il y a plusieurs années, m'a donné l'envie de me lancer dans un travail doctoral ainsi que d'enseigner.

Ces années de thèse m'ont aussi permis de dispenser des enseignements, expérience passionnante et enrichissante. Je tiens à remercier l'équipe pédagogique de l'IUT pour m'avoir accordé leur confiance dès ma première année de thèse, ainsi que l'Institut Montpellier Management pour m'avoir permis de réaliser ma thèse dans les meilleures conditions possibles.

Je tiens également à remercier le laboratoire de recherche « Montpellier Recherche en Management » (MRM), et plus particulièrement le Pr. Gerald Naro pour nous fournir un environnement de travail plus que favorable à la réalisation de ce travail. J'ai eu le privilège d'intégrer les groupes de recherche « Comptabilités et Société » et « Santé », qui ont fortement contribué à cette formation doctorale. Je pense en particulier à Ariel Eggrickx, Philippe Chapellier et Agnès Mazars-Chapelon, pour leurs remarques, conseils et encouragements. Je tiens plus généralement à remercier l'ensemble des chercheurs pour leurs remarques constructives.

Je remercie, et ils se reconnaîtront, les personnes qui m'ont accordé leur confiance lors de mon accès au terrain. Je remercie en particulier Pierre, médecin, qui m'a ouvert les portes de son service afin que je puisse réaliser mon étude. Je remercie également la « dream TIM » que j'ai suivi en observation durant plusieurs mois qui m'a intégrée dans leur équipe et n'a cessé de me soutenir durant ce travail. Par ailleurs, je tiens à remercier tous les professionnels de santé ainsi que les membres de la direction qui ont bien voulu répondre à mes questions.

J'exprime toute ma reconnaissance au personnel de l'IUT de Montpellier et de Montpellier Management (en particulier à Christian et Marie-Laure) pour leur accueil et leur gentillesse qui ont permis que je passe toutes ces années dans de bonnes conditions grâce à leur professionnalisme.

Une pensée particulière s'adresse à mes collègues doctorants les plus proches, qui ont largement contribué à la bonne humeur du bureau 427, élément indispensable à la réussite de ce travail doctoral. Ainsi, ce travail je le dois également à :

Juliette, ma boussole (je te suis reconnaissante pour tous ces moments de bonheur, de partage et de complicité. Cette thèse n'aurait pas été la même sans toi) ; Sandra, mon refuge (merci Habibi pour ta richesse de cœur, ton écoute, ton soutien, nos soirées Wine&cheese et nos weekends Tgvmax qu'on va pouvoir reprendre…) ; Laurène, mon ravitaillement (Notre Dalida-BB régionale, merci pour tes qualités et valeurs humaines, pour ta bonne humeur et ton soutien). Depuis le début de ce travail doctoral, je marche, a un pas cadencé, dans le fameux labyrinthe de « l'apprenti chercheur ». J'ai pu me rendre « conte », grâce à vous trois, que j'avais toutes les ressources nécessaires pour parcourir ce chemin, et que le bonheur se trouvait surtout dans la façon de l'arpenter. Merci d'avoir embelli mon quotidien !

Merci Mika (merci pour les brioches du jeudi, nos escapades et les nombreuses pauses café où l'on refaisait le monde), Juliane (notre Erasmus adorée, merci ma Zotera pour ta positive

attitude et ton soutien), Wanlapha (merci pour ta thaï attitude). « The last but not the least », en carcassonnais ça donne « Merci Pierre d'avoir accepté ce rôle de « Parrain de thèse » que tu as joué à merveille, merci pour les fameux repas du vendredi midi et les autres…, ton humour, ton soutien et tes précieux conseils dans la dernière ligne droite ».

Une pensée pour l'ensemble du 4ème étage et des doctorants du 426-427 pour les échanges de la vie quotidienne, ainsi que leur soutien durant les dernières semaines de rédaction. Je pense notamment à Estelle, Justine, Mathilda, Amandine, Audrey ainsi qu'à Hugues.

Je souhaite également remercier tous mes amis qui m'ont vu débuter cette aventure, m'ont supporté pendant ces longues années de « Barredathon » et qui sont toujours là à mes côtés (Merci à Cécile, Mylène, et Anelina). Un Merci en particulier à Emilie à qui je dois beaucoup, qui même à l'autre bout du monde, m'a encouragé depuis le début et surtout dans la dernière ligne droite. Je voulais également remercier David, qui m'a transmis sa détermination, et à qui je veux exprimer toute mon admiration.

Une place est à présent réservée aux amis de la famille. Je pense en particulier à la famille Andrieu, Pagès, Paindavoine, sans oublier la famille Pilate.

Merci ensuite à ceux que j'ai pris plaisir à côtoyer pendant cette aventure et tous ceux qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

Je clôturerai cet espace avec des remerciements pour mes proches qui m'ont encouragé, soutenus sans parfois même s'en rendre compte (Merci Carla, merci Mimi), avec une mention spéciale pour ma « garde rapprochée ». Merci Papi de m'avoir transmis depuis mon enfance ta passion d'entreprendre et ta détermination, qualités qui m'ont guidé dans ce travail. Merci Maman, pour ta précieuse écoute, tes encouragements, ton soutien sans faille et ton affection. Merci Papa pour ton soutien qui a été déterminant pour l'aboutissement de ces années d'études. Ta persévérance et ta rigueur dans ce que tu entreprends m'ont aidé à mener à bien ce projet.

Merci pour tout ce que vous faites pour notre famille et pour moi. Cette thèse, que je souhaite vous dédier, n'est que le reflet des valeurs que vous m'avez transmises : un équilibre entre rigueur, respect, pugnacité, et considération.

Une pensée profonde va directement vers ceux qui ne sont plus ici, mais qui resteront à jamais dans mon cœur.

C'est avec émotion que je vous dévoile le fruit de ma conscience épanouie.

RESUME

Comment les dispositifs de l'accountability sont-ils utilisés par les acteurs de la sphère administrative ? Quels sont les effets qui en découlent pour les professionnels de santé ?

La recherche en contrôle a montré que le champ hospitalier français a subi de profonds changements, notamment à travers l'introduction de l'*accountability*. La conformité aux pressions institutionnelles pousse les organisations à s'orienter vers de nouveaux outils et principes pour renfoncer leur légitimité externe (Power, 2003).

Cette même littérature a montré que l'*accountability* s'infiltre dans la sphère médicale et démontre des phénomènes d'hybridation de rôle chez les médecins hospitaliers, qui sont ainsi sensibilisés aux contraintes financières (Kurunmäki, 1999). La sphère administrative ne fait pas exception et subit également des pressions coercitives.

L'objectif de notre thèse est de contribuer à cette littérature en analysant les effets et les rôles de l'*accountability* dans le secteur hospitalier public français sur la sphère médicale. Pour analyser ces effets, nous nous ciblons sur les dispositifs d'*accountability* tels que le *reporting* d'informations (audit financier, pratique budgétaire). Pour répondre à cette problématique, notre terrain s'est focalisé sur des entretiens semi-directifs et une approche ethnographique dans un CHU de grande taille.

Premièrement, à travers une étude exploratoire qualitative menée auprès de 19 directeurs administratifs financiers (représentant 19 CHU/CH), nous montrons que l'*accountability* au travers de l'exemple de l'audit financier amène à des changements organisationnels et sert également à « rendre des comptes » aux parties prenantes externes (Agence Régionale de Santé, banques) mais aussi internes des organisations hospitalières. Nos résultats soulignent notamment que l'audit financier renforce la légitimité de la sphère administrative vis-à-vis de la sphère médicale.

Deuxièmement, nous identifions à partir d'une approche ethnographique (observation non-participante et entretiens) menée dans un CHU des acteurs administratifs spécifiques, servant de vecteurs pour l'infiltration de l'*accountability* dans la sphère médicale : les Techniciens d'Information Médicale. Ces acteurs administratifs ont un rôle essentiel dans l'hybridation des

médecins aux compétences gestionnaires, et les sensibilisent aux logiques financières. A travers le *reporting* de leur activité médicale, nos résultats mettent en lumière une atténuation du clivage traditionnel observé dans la littérature entre acteurs administratifs et corps médical.

Nous montrons également que l'infiltration de l'*accountability* par d'autres agents administratifs spécialisés, tend à sensibiliser les médecins à la réduction de surplus, de *slack* présent dans la prise en charge des patients. Il s'avère que cette organisation hospitalière privilégie des dispositifs d'accompagnements afin de solliciter les médecins à intégrer de nouvelles responsabilités dans l'efficience de leur rôle. Notre étude montre que les médecins tentent désormais de trouver un équilibre afin d'articuler « logique patient » et logique gestionnaire. Pour cela, nos résultats soulignent une modification des protocoles de soins ainsi que le raisonnement et les valeurs des professionnels de santé qui concilient et promeuvent le médico-économique.

Cette thèse fait émerger que l'introduction de l'*accountability* au sein du secteur hospitalier public français a des effets intra-organisationnels tant sur la sphère administrative que médicale et met en lumière que sur la base du *slack* organisationnel, les conflits entre logique médicale et gestionnaire s'atténuent.

Mots clés : hôpitaux, *accountability*, théorie néo-institutionnelle, *reporting* de l'activité médicale, hybridation, climat d'*accountability*, *slack* organisationnel

ABSTRACT

How are accountability measures used by actors in the administrative field? Consequently, which are the associated effects on workers in the health sector?

Research in control has shown that the French hospital has undergone profound changes, notably through the introduction of accountability. Compliance with institutional pressure drives organizations to move towards new tools and principles that reinforce their external legitimacy (Power, 2003). The same literature has shown that accountability infiltrates the medical sphere and that a new phenomenon occurs: doctors adopt hybridization role in hospital. This hybridization creates doctors who are aware of financial constraints (Kurunmäki, 1999). The administrative sphere is no exception and is also subject to coercive pressure.

The aim of our thesis is to contribute to this literature by analyzing the intra-organizational effects and roles of accountability on the medical logic in the French public hospital sector. To analyze these effects, we focus on accountability mechanisms such as information reporting (i.e. financial audit, budget practice). To answer this problematic, we use semi-structured interviews into French hospitals and we adopt an ethnographic approach of one large university hospital.

Firstly, from a series of exploratory interviews with 19 financial administrative directors (in 19 public hospitals), we show that accountability through financial audit leads to organizational changes and also use to "give account" not only to external stakeholders (Regional Health Agency, banks) but also internal hospital organizations. Our results show that the financial audit reinforces the legitimacy of the administrative sphere towards the medical sphere.

Secondly, we identify with an ethnographic approach (non-participant observation and interviews) in a UHC of specific administrative actors called "Medical coders" (i.e. actors serving as vectors for the infiltration of accountability in the medical sphere). These administrative members have a key role in hybridization of health professionals to management skills, and sensitize them to financial logics.

Through the reporting of their medical activity, our results highlight an attenuation of the traditional cleavage observed in the literature between administrative members and the medical profession.

Moreover, we show that the infiltration of accountability by others specialized administrative agents tends to sensitize doctors to the reduction of surplus, and the slack in the care of patients. It turns out that, the hospital organization favors support systems to make physicians integrate efficiency in their health role.

Our result show that physicians are now trying to find a balance in order to articulate medical logic and managerial logic. For this, our study highlights a modification of care protocols as well as the reasoning and values of health professionals who reconcile and promote medico-economic logic.

This thesis argues that the introduction of accountability within the French public hospital sector has intra-organizational effects on both the administrative and medical spheres and emphasizes that on the basis of the reduction of the organizational slack, the conflicts between medical and managerial logic are lessened.

Key words: hospitals, accountability, neo-institutional theory, reporting of medical activity, legitimacy, hybridization, climate of accountability, organisational slack

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE..... 21

PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL 41

CHAPITRE 1 : Le contexte de l'étude 43

SECTION 1 : L'hôpital public, en mutation..... 44

Conclusion de la section 1 53

SECTION 2 : Des réformes cherchant l'adaptation de l'hôpital public au contexte national 54

Conclusion de la section 2 62

CONCLUSION DU CHAPITRE 1 63

CHAPITRE 2 : Vers un cadre théorique et conceptuel pour comprendre les réformes du *New Public Management*..... 65

SECTION 1 : La Théorie Néo-Institutionnelle 67

Conclusion de la section 1 93

SECTION 2 : L'*accountability*..... 95

Conclusion de la section 2 103

CONCLUSION DU CHAPITRE 2 104

CONCLUSION DE LA PARTIE 1 105

PARTIE 2 : REVUE DE LITTERATURE SUR L'ACCOUNTABILITY DANS LES HOPITAUX.....109

CHAPITRE 3 : Les travaux menés à l'étranger sur l'*accountability* 111

SECTION 1 : L'*accountability* à travers l'implantation des outils, dispositifs..... 112

Conclusion de la section 1 119

SECTION 2 : Evolution de l'identité médicale : un phénomène d'hybridation/polarisation 121

Conclusion de la section 2 128

SECTION 3 : Rôle et influence de l'*accountability* : la capacité transformatrice de l'*accountability* dans la réduction du *slack* 129

Conclusion de la section 3 139

CONCLUSION DU CHAPITRE 3 140

CHAPITRE 4 : Les travaux menés en France sur l'*accountability* 141

CONCLUSION DU CHAPITRE 4 148

CONCLUSION DE LA PARTIE 2 149

Question de recherche *150*

PARTIE 3 : CADRE EPISTEMOLOGIQUE ET ETUDES EMPIRIQUES *155*

CHAPITRE 5 : Epistémologie et méthodologie générale **157**

SECTION 1 : Démarche épistémologique 158

Conclusion de la section 1 165

SECTION 2 : Démarche de recherche 167

Conclusion de la section 2 172

CONCLUSION DU CHAPITRE 5 ..... **173**

CHAPITRE 6 : L'étude qualitative exploratoire **175**

SECTION 1 : La méthodologie de l'étude 177

Conclusion de la section 1 189

SECTION 2 : Les résultats de l'étude 190

Conclusion de la section 2 197

CONCLUSION DU CHAPITRE 6 ..... **200**

CHAPITRE 7 : L'étude de cas **201**

SECTION 1 : La méthodologie de l'étude 202

Conclusion de la section 1 236

SECTION 2 : Les résultats de l'étude 237

Conclusion de la section 2 262

..... 263

CONCLUSION DU CHAPITRE 7 ..... **264**

CONCLUSION DE LA PARTIE 3 ..... *267*

PARTIE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS AU REGARD DE L'ANALYSE DE LA LITTERATURE ET DES CONCLUSIONS DES ETUDES QUALITATIVES *273*

CHAPITRE 8 : Discussion. D'une *accountability* imposée à un climat d'*accountability* **275**

SECTION 1 : Introduction de l'audit financier : « Ne plus rendre de « contes » » 277

Conclusion de la section 1 285

SECTION 2 : Création d'un climat d'*accountability* favorisant une atténuation du clivage entre les deux sphères : « Quand rendre des comptes ne tourne plus au « règlement de comptes » ? » 286

Conclusion de la section 2 303

CONCLUSION DU CHAPITRE 8 ..... **304**

CONCLUSION DE LA PARTIE 4 ..... *305*

CONCLUSION GENERALE : synthèse des contributions, limites et pistes de recherche.....308

1. Objectifs et mise en œuvre de la thèse 308

2. Synthèse des résultats obtenus 314

3. Contributions, limites et perspectives de recherche 318

BIBLIOGRAPHIE.....329

ANNEXES 359

LISTE DES TABLEAUX 374

LISTE DES FIGURES 375

SOMMAIRE DETAILLE 376

INTRODUCTION GENERALE

« Demander des comptes à ceux qui détiennent le savoir, dans un domaine où la confiance est essentielle : voilà toute la difficulté de l'application de l'accountability au monde médical. Non pas que ce milieu s'y refuse, mais on est passé de l'opacité de l'autoévaluation à la surexposition des classements (…). Qui plus est, les comptes doivent être rendus non seulement sur les dépenses, mais aussi sur la qualité des soins » **(Schilte et Minvielle, 2008).**

Comme le montre cet extrait, l'introduction de l'*accountability* dans le secteur de la santé est un « corps étranger » qui vient bousculer la vie des organisations hospitalières. La traduction en français du concept d'« *accountability* » n'est pas aisée mais correspond à l'idée d'une reddition de comptes. Roberts et Scapens (1985) proposent de définir l'*accountability* comme « *l'obligation de rendre des comptes au sens le plus large du terme (et le) processus par lequel (on) exige et (on) fournit des justifications de ses actions* »[1]. Cette citation met en perspective la nécessité d'appliquer différentes formes d'*accountability*, c'est-à-dire de rendre des comptes, notamment dans le secteur hospitalier français. Ce qui est intéressant réside dans le fait que les réformes mises en œuvre exigent une plus forte reddition de comptes tant sur la qualité des soins prodigués que sur les aspects comptables.

Face à l'incapacité du secteur public à impulser une gestion financière efficace couplée à des impératifs budgétaires, les pouvoirs publics exigent un rendu de comptes plus étoffé, et introduisent de multiples réformes visant à orienter les organisations publiques, vers plus de transparence et plus de performance.

Les réformes du *New Public Management* (Hood, 1991 ; 1995), concept anglo-saxon, viennent transposer des principes et des outils de gestion provenant du secteur privé dans le secteur public dans sa globalité afin de renforcer la confiance affaiblie du public dans la gestion des administrations publiques (Laufer et Burlaud, 1997). Le monde de la santé n'échappe pas à ce traitement. Le recours à ces réformes s'explique par « *un exemple historique de rationalisation d'un ensemble de pratiques définies comme légitimes pour le secteur public et qui donne lieu à une institutionnalisation de ces pratiques* » (Pettigrew, 1997).

[1] "*Accountability in its broadest sense simply refers to the giving and demanding of reasons for conduct"* (Roberts et Scapens, 1985, p. 447) – Notre traduction

De la loi « *Hôpital, Patients, Santé et Territoire* » (HPST) de 2009 imposant le retour à l'équilibre budgétaire des établissements et un audit financier, au « Plan Hôpital 2007 » induisant la modification du mode de financement (Tarification à l'activité : T2A), l'ensemble de ces réformes conduit tant la sphère administrative que médicale de l'hôpital public à rendre des comptes. Il subit depuis quelques années maintenant, de lourdes répercussions dans son fonctionnement pour tenter de réduire le déficit du secteur hospitalier[2]. Le recours aux modes de contrôle (*accountability*) prend en effet un essor important depuis plusieurs années.

L'introduction de ces réformes a suscité l'attention et la critique des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins. En 2013, le professeur d'endocrinologie-diabétologie au CHU La Pitié-Salpêtrière à Paris, André Grimaldi, a publié un ouvrage intitulé « *La Santé écartelée entre santé publique et business* » dans lequel il dénonce le transfert du managérialisme depuis les entreprises vers le secteur public, ainsi que l'essor de « l'hôpital-entreprise ». Également auteur de « *L'Hôpital malade de la rentabilité* », il avance en outre que « *le business plan est passé devant le médical* »[3].

De nos jours, il est fréquent de retrouver à la une des journaux ou d'émissions de télévision, des effets d'*accountability* (tableaux de classement des hôpitaux par Le Point par exemple, système de certification ou de labels). Les médias proposent souvent des titres alarmants tels que : « *SOS, politique du chiffre, harcèlement, mise en danger des patients, HOPITAUX EN DETRESSE* » (Express, avril 2018) ; ou encore « *Hôpital public, la loi du marché (contraintes de budget et de productivité)* », un reportage dans lequel les corps soignant et médical, se sentiraient dépossédés de leur art, épuisés professionnellement, et en viendraient même à mettre fin à leur jour. Les agents de l'organisation hospitalière évoquent ainsi une perte de sens de l'hôpital public (« *Bobo, euros, dodo » un système qui se délite* »[4]), dénoncent leurs exaspérations, la dégradation de leurs conditions de travail sur les réseaux sociaux[5], et enchainent des mouvements sociaux pour défendre le service public et les patients. A cet égard, de récents travaux portant sur le sujet, montrent les effets des conditions de travail sur la santé au travail (Commeiras et al., 2018).

Dans cette optique, l'importation de valeurs et techniques du secteur privé viendrait remplacer ou du moins se juxtaposerait aux valeurs du service public. Cela serait synonyme d'une

[2] Les Echos, 18 décembre 2017
[3] Libération, 3 juillet 2018
[4] Le Monde, 13 juin 2018
[5] L'express, 18 janvier 2018

modification de la culture médicale, d'une perte de repères par les membres, suivit d'une remise en cause de l'identité professionnelle. Le mode de contrôle qui s'exerce sur les professionnels de santé, le contrôle clanique (Jones et Dewing, 1997), se voit s'étendre à un contrôle par l'activité, et plus largement à une culture plus administrative et managériale (Broadbent et Guthrie, 1992 ; Broadbent et al., 2001). Les réformes du NPM amènent les établissements à introduire des indicateurs chiffrés, des systèmes de financement liant les ressources perçues à l'activité, qui tendent à inciter les organisations à adopter des modes de contrôles formalisés. Toutefois, l'articulation entre ces deux modes de contrôles peut entraîner des tensions entre les deux sphères de cette bureaucratie professionnelle : il ressort des études que la mise en place de l'*accountability* représente un enjeu tant pour rationaliser les dépenses hospitalières que pour améliorer le secteur hospitalier (Free et Radcliffe, 2009).

Toutefois, le management viendrait mettre à mal l'hôpital et les usagers ne seraient pas épargnés. Ils font part d'une insatisfaction ne cessant de progresser dans leur relation avec l'hôpital[6]. Les acteurs subissent l'intrusion des valeurs managériales au détriment des valeurs de soins.

La question de l'*accountability* est particulièrement intéressante pour les organisations hospitalières car il s'agit d'organisations qui, a priori, semblent ambitionner davantage une forme d'efficacité (mission de service public) qu'une forme d'efficience.

En effet, les organisations rentrent dans une dynamique d'efficience, dans une course à la rentabilité ou plutôt de « mise à l'équilibre ».

Ainsi, menacé par l'intensification des contraintes financières (restrictions budgétaires), le management pénètre progressivement dans la vie hospitalière. Les médecins, en plus d'être tenus responsables de la qualité des soins, doivent rendre des comptes sur des indicateurs de coûts, sur leur activité médicale (McNulty et Ferlie, 2004). Dans le but d'assurer un meilleur pilotage de l'organisation, certains médecins intègrent en sus de leurs compétences médicales, des compétences gestionnaires (Kurunmäki et al., 2003), tentent d'atteindre des objectifs médico-économiques, et sont amenés à réfléchir à l'optimisation des ressources (Burellier, 2011). L'*accountability* s'infiltre donc de diverses manières dans la vie hospitalière (sphères

[6] *Figaro santé, 26 mars 2018. D'après le dernier Baromètre santé 360° Odoxa-Le Figaro pour Asip Santé, MNH Group et Orange (mars 2018), la progression des insatisfaits sur le rapport aux soins (et notamment la question des relations avec l'hôpital) a été multipliée par 3 en 3 ans (9 % en mai 2015 et 24 % en mars 2018).*

administrative et médicale) et ce sont les effets de ce concept auxquels nous nous intéressons dans cette recherche.

Cette thèse a pour projet d'étudier les effets intra-organisationnels et les rôles de l'*accountability* au sein du secteur hospitalier public français. Suite aux récentes réformes, des changements ont eu lieu au sein des hôpitaux : l'introduction d'outils de gestion (Nobre 2001 ; Nobre et Haouet, 2011), une hybridation des médecins aux compétences gestionnaires (Kurunmäki et al., 2003), et une prise de conscience sur la réduction des gaspillages (Jackson et al., 2014). Ces évolutions incarnent la colonisation des valeurs du privé au sein du secteur public lequel tente ainsi de concilier mission du service public et recherche d'efficience.

Ce travail doctoral a pour ambition d'atteindre plusieurs objectifs (Van Helden et Northcott, 2007).

Dans un premier temps, nous nous intéressons aux réponses proposées par la sphère administrative pour faire face à l'*accountability*, mais également aux effets qui en découlent. Dans un second temps, nous tenterons de mettre en lumière les conditions qui permettent une infiltration réussie de l'*accountability* au sein de la sphère médicale et de cerner ces différents effets.

Problématique générale de la recherche

Au cours des dix dernières années, de nombreux pays ont entrepris des réformes au sein du secteur public. En France, compte tenu des restrictions budgétaires, des difficultés financières, et des difficultés d'accès aux financements bancaires, les pouvoirs publics ont également mis en œuvre une multitude de réformes afin de moderniser la gestion du secteur hospitalier et d'améliorer ainsi la situation financière des établissements de santé. Les études portant sur l'introduction de l'*accountability* dans le secteur public, notamment dans le secteur hospitalier, sont devenues récurrentes en sciences de gestion (Power, 2005 ; Halgand, 2003 ; Mattei et al., 2013) et montrent que l'hôpital public s'organise pour répondre aux pressions externes porteuses de principes issus de la gestion du monde privé. On parle ainsi de la Nouvelle gouvernance hospitalière (Claveranne, 2003).

Dans ce travail de thèse, nous avons porté une attention particulière au concept d'*accountability* et allons présenter par la suite ces différentes dimensions. Nous avons retenu la définition de Gray and Jenkins (1993) pour lesquels l'*accountability* est vue comme une obligation visant à être tenue de rendre compte (Jones, 1992), et à répondre de l'exécution des responsabilités à une autorité ou à ceux qui ont confié ces responsabilités.

Dans son sens premier, l'*accountability* décrit une relation dans laquelle un individu ou une organisation doit expliquer et assumer la responsabilité de ses actions (Sinclair, 1995 ; Roberts et Scapens, 1985). Pour Bovens (2007), l'*accountability* signifie l'obligation d'expliquer et justifier son comportement auprès d'un tiers (Drumaux, 2014). La source du contrôle est alors à l'extérieur de l'organisation qui lui est redevable. Toutefois, l'*accountability* peut être définie comme interne, et signifie que le forum et l'acteur dépendent de la même organisation.

En ce qui concerne le secteur hospitalier, les transformations qui sont décrites suggèrent l'accroissement de l'infiltration de formes d'*accountability* (Kurunmäki, 2004 ; Noordegraaff, 2011 ; Grenier et Bernardini-Perinciolo, 2016) et des tensions entre les valeurs managériales et médicales (Kurunmäki, 1999 ; Mutiganda, 2013 ; Reay et Hinings, 2009). Plusieurs travaux soulignent que ces effets trouvent leurs origines dans la recherche de conformité vis-à-vis des pressions institutionnelles. La littérature existante montre que de nombreux chercheurs ont étudié comment les organisations hospitalières (Kantola et Jarvinen, 2012 ; Nyland et Pettersen, 2015) sont influencées par les environnements culturels et sociaux dans lesquels elles opèrent.

De ce fait, une hybridité entre logiques institutionnelles (Battilana et Lee, 2014) peut s'installer et ainsi être facteur de tensions entre les deux mondes (administratif et médical) (Dunn et Jones, 2010).

Plusieurs auteurs montrent que les organisations se conformant aux pratiques institutionnalisées (Gupta et al, 1994) (c'est-à-dire aux dispositifs de l'*accountability*) qui s'imposent comme des croyances, acquièrent ou renforcent leur légitimité (Covaleski et al, 1993 ; Jones et Dugdale, 2002 ; Arnaboldi et Lapsely, 2004). Mignerat et Rivard (2006), s'appuyant sur les travaux de Covaleski et Dirsmith (1988), définissent les « *pratiques institutionnalisées » comme « des pratiques (ou activité, norme, croyance, autre institution) qui en sont venues à être considérées comme appropriées – légitimes – dans un contexte donné et ont pris un statut de normes ou de quasi-règles dans la pensée et l'action sociale* » (Mignerat et Rivard, 2006, p7 ; Scott, 2001). Ces attentes institutionnalisées (les techniques managériales) acquièrent un statut « ontologique » (Huault et Leca, 2009) porteur de normes et valeurs, ainsi qu'une forme de pouvoir modelant les actions et les cadres cognitifs des individus.

Des travaux ont montré que les organismes de santé ont progressivement mis en place des outils de gestion tels que l'audit financier. Power (2003) identifie la fonction d'audit (fournie par les grands cabinets comptables) comme des méthodes « de bonne conduite ». Les organisations s'y conformant, adoptent des structures formelles (Pridgen et Wang, 2012) et acquièrent une légitimité externe (DiMaggio et Powell, 1983 ; Power, 2003 ; Scott, 2008) ; ou y recourent pour accroître ou exercer leur pouvoir (DiMaggio, 1988 ; Garud et al., 2007). Ainsi, certains travaux, centrés sur les réformes NPM, se focalisent sur le secteur public et mettent en exergue une multiplicité de stratégies et de réactions. Ces dernières varient entre la « colonisation » de nouveaux instruments gestionnaires (Power, 1997, p.181), laissant supposer implicitement l'acceptation passive voire la coopération des employés, et le « découplage » (Meyer et Rowan, 1977) consistant en l'adoption formelle d'outils sans impact réel sur le fonctionnement interne.

Si des études se sont focalisées sur l'introduction d'outils budgétaires (les *Diagnosis Related Group*) dans une recherche de légitimité de la structure (Covaleski et al., 1993), des travaux ont montré que les organismes de santé ont progressivement mis en place des outils de gestion pour coloniser les valeurs fondamentales des cliniciens, leurs schémas cognitifs (Jacobs, 2005 ; Kurunmäki et al., 2003), leurs comportements et compétences (Hood, 2011 ; Malmmose, 2015 ; Kurunmäki, 2004), sur la voie du managérialisme (Kurunmäki, 2004 ; Broadbent et Laughlin,

1997). Les hôpitaux publics cherchent à rendre les médecins plus impliqués dans la gestion de leur unités (Bolton, 2004 ; Llewellyn, 2001 ; Kurunmäki, 1999). Bien que la plupart des auteurs considèrent les médecins comme réfractaires aux logiques financières et gestionnaires dans l'exercice de leur fonction (McDonald et Harrison, 2004), d'autres s'intéressent à la colonisation de la comptabilité à travers le phénomène d'hybridation des professionnels (Kitchener, 2000 ; Jacobs, 2005 ; Kurunmäki et al., 2003, 2006). Toutefois, les motivations à développer une identité hybride sont contrastées et ne dessinent pas un véritable consensus (McGivern et al., 2015). D'autres travaux montrent que les effets de l'*accountability* (des DRG) viseraient à rendre l'activité médicale visible, et par conséquent seraient complices d'un basculement du pouvoir des experts du secteur les praticiens, vers la sphère administrative (Freidson, 1986). L'*accountability* rendrait alors le professionnel et ses pratiques plus visibles et ainsi plus « gouvernables » (Miller et O'Leary, 1987).

La littérature montre que les systèmes d'*accountability* viennent bousculer la culture propre du secteur public, par l'introduction d'indicateurs chiffrés, d'audits, souhaitant mettre en lumière les moyens alloués pour rendre le secteur hospitalier public « performant ». Une majorité de travaux, menés sur l'*accountability*, mettent l'accent sur le besoin de légitimité des organisations face à leur environnement (Covaleski et al., 1993 ; Modell, 2001 ; Broadbent et Guthrie, 2008) et se concentrent presque exclusivement sur les effets au niveau macro. De plus, les « mythes rationalisés » sont considérés souvent comme acquis, alors que la consolidation de ces normes représente le résultat d'un processus social complexe (Berger et Luckmann, 1967 ; Hatchuel et Weil, 1992). Toutefois, des études portant sur les effets de l'*accountability* ont exploré l'impact des dispositifs d'*accountability* sur les professionnels mais il est complexe de cerner le champ de compréhension de l'*accountability* étant donné que l'organisation est un lieu d'interaction entre acteurs (Campanale et Cinquini, 2016).

Cette étude nous a conduit à mener un travail d'investigation au sein du secteur hospitalier public français, dont les organisations subissent des réformes depuis plusieurs années, notamment au travers du plan Hôpital 2007 et de la loi HPST.

Pour évaluer les rôles et les effets de l'*accountability* au sein du secteur hospitalier français, il semble pertinent d'étudier la manière dont sont perçus ces changements par l'ensemble des acteurs (sphères administrative et médicale), et de comprendre comment l'*accountability* s'intègre dans leur quotidien. A notre connaissance, peu de travaux ont à ce jour porté sur une

compréhension fine du champ de l'*accountability*, à travers les interactions entre les membres internes de l'hôpital public.

Ainsi les dispositifs de l'*accountability*, explorés dans cette recherche, sont ceux concernant l'audit financier ainsi que le *reporting* de l'activité médicale.

En se basant sur la théorie néo-institutionnelle, nous proposons notre problématique générale de la manière suivante :

Comment les dispositifs de l'accountability sont-ils utilisés par les acteurs de la sphère administrative ? Quels sont les effets qui en découlent pour les professionnels de santé ?

Intérêt de la recherche

Ce travail doctoral présente plusieurs intérêts théoriques, méthodologiques et managériaux.

Tout d'abord, sur le plan théorique, analyser le concept de l'*accountability* dans le secteur hospitalier français, et par conséquent comprendre ses manifestations et son rôle peut contribuer à apporter de nouveaux éléments sur son influence et sur les transformations dans le secteur hospitalier public français.

Bien que les travaux sur l'*accountability* soient nombreux, ses effets au niveau micro semblent avoir été moins étudiés dans les travaux socio-institutionnels (Ezzamel et al., 2004, p.299). Jusqu' à présent la recherche s'est concentrée presque exclusivement sur les effets macro, sous-jacents aux étapes du changement institutionnel, en laissant le champ de compréhension de ces pratiques institutionnalisées au sein d'organisations peu examiné.

Et, ce faisant, ce travail doctoral tente de montrer comment les organisations répondent aux réformes au niveau micro et identifient les mécanismes par lesquels les pratiques institutionnalisées changent les professions (personnel de santé et administratif) et l'organisation hospitalière en général.

Ce concept de l'*accountability* est mobilisé dans notre travail selon la théorie néo-institutionnelle afin de proposer une vision complète pour examiner en interne les réponses des organisations hospitalières publiques aux impératifs d'*accountability* c'est-à-dire aux pressions

coercitives de l'environnement. Afin d'étudier ces réformes, nous avons construit notre approche pour analyser les effets au niveau des individus et au sein des relations intra et inter sphères professionnelles.

Les recherches existantes sur le sujet analysent le lien entre *accountability* et légitimité dans le secteur public. On peut alors supposer que des stratégies peuvent être mises en place par les membres internes à ces organisations afin d'acquérir cette légitimité. De plus, l'infiltration de ces outils tend à modifier les valeurs médicales et le rôle et les compétences des médecins, ce qui suggère que l'*accountability* peut avoir des effets intra-organisationnels sur des dimensions non explorées à ce jour. Ainsi, la littérature met ainsi en lumière l'impact des dispositifs de l'accountability sur les professionnels. Toutefois, il est difficile de limiter le champ de compréhension du phénomène d'accountability à ces éléments puisque l'organisation est aussi un lieu menant à une interaction entre les acteurs. Ainsi, s'intéresser au secteur public hospitalier, au niveau micro pourrait permettre de mieux comprendre les effets et les rôles de l'*accountability* sur les membres de cette bureaucratie professionnelle.

Cette thèse identifie le manque de recherches qualitatives sur les effets intra-organisationnels de l'*accountability* dans le secteur hospitalier public français.

Sur le plan managérial, ce travail peut permettre de mieux comprendre comment l'*accountability* infiltre la sphère administrative ou bien la sphère médicale, dans le but de mieux comprendre les conditions permettant la facilitation de son introduction. De plus, ce travail doctoral peut permettre de mieux appréhender l'évolution des comportements des médecins quant à leur appropriation des outils comptables et budgétaires. Ainsi, en s'intéressant aux effets intra-organisationnels et aux rôles de l'*accountability*, les directeurs d'établissements peuvent saisir des opportunités afin de réduire le clivage entre ces deux sphères, et par conséquent, envisager des solutions pour améliorer l'organisation et l'atteinte des buts organisationnels. Nous avons mis l'accent sur l'importance d'accompagner les médecins dans la pratique, afin de cibler les solutions, pour les guider dans leur réflexion médico-économique.

Cette thèse a pour but d'étudier le phénomène de l'*accountability* à l'hôpital public selon le point de vue des sphères administrative et médicale.

Démarche de recherche

Pour répondre à notre question de recherche générale, nous avons analysé différentes dimensions de l'*accountability* et également étudié la manière dont les membres internes percevaient, et étaient influencés par ces dispositifs. Ces établissements ont dû décliner de lourdes réformes impactant leur structure et le rôle de ces membres internes. Les agents administratifs, mais également les professionnels de santé sont concernés par ces réformes. Au regard de ce constat, il parait pertinent d'étudier la manière dont est perçu l'*accountability* par l'ensemble de ces acteurs, et les conséquences que cela engendre dans leur quotidien.

Nous avons donc mené une analyse, à la fois au niveau de la sphère administrative et de la sphère médicale, ce qui nous a permis d'obtenir une vision complète des effets et des rôles de l'*accountability*.

Ce travail doctoral a pour ambition d'étudier les effets intra-organisationnels de l'*accountability* dans le secteur hospitalier français ainsi que la perception des membres internes travaillant dans les organisations hospitalières. Pour répondre à cette problématique, nous avons choisi d'utiliser une approche qualitative, dans le but de comprendre comment les aspects de l'*accountability* transforment l'organisation hospitalière. Ceci suggère une immersion profonde sur le terrain ainsi que des interactions fortes avec les membres internes.

Dans un premier temps, pour nous imprégner du contexte hospitalier, nous avons réalisé une étude exploratoire sur la base d'entretiens semi-directifs au sein de différents d'établissements (CHU et CH).

Nous avons par la suite réalisé une étude de cas à travers une immersion dans un hôpital public du Sud de la France.

Sur le plan méthodologique, des travaux ont indiqué que la compréhension de l'*accountability* au niveau pratique était peu connue. Humphrey (2008) ainsi que Power (2003) suggèrent que les recherches futures devraient s'intéresser à des études qualitatives, afin d'améliorer la compréhension de l'audit, une forme de l'*accountability*, dans des contextes pratiques (Humphrey 2008 ; Power 2003).

En prenant en compte ce nouvel axe de réflexion, nous avons réalisé 32 entretiens auprès du personnel administratif avec différents profils dans plusieurs CHU-CH français : en interne avec des membres en lien avec la certification des comptes (DAF, chargés de missions, DG) ou avec des membres externes (membres de l'ARS, membres du Ministère de la Santé et des Finances Publiques et des banquiers).

La seconde phase de notre travail doctoral a consisté en une étude de cas sous la forme d'une ethnographie. Pour cela, nous avons mené une observation non participante étalée sur six mois (janvier à mai 2017) qui a représenté plus de 40 jours d'observation dans un CHU. Nous avons alterné les phases d'observations, de retranscriptions, d'écriture d'articles, et d'entretiens avec des TIM (Techniciens d'Information Médicale) et des médecins (21 entretiens semi-directifs). Cette immersion nous a permis de prendre des notes de terrain et d'assister (de manière non participante) à des interactions entre TIM et médecins, des réunions, et des discussions informelles. Dans un second temps, dans ce même CHU, nous avons également complété cette collecte de données par 24 entretiens auprès de divers professionnels de santé et d'acteurs administratifs spécifiques en lien avec ces derniers, enrichies de quelques documents internes. Nous nous sommes attachés à cibler différentes populations (praticiens, infirmières, cadres administratifs et de santé, gestionnaires DOP) lors de cette deuxième phase de collecte afin de renforcer les observations menées auparavant.

Structure de la thèse

Pour répondre à notre question de recherche, notre travail s'articule autour de 4 parties.

Dans la **Partie 1** de cette thèse « **Présentation du cadre théorique et conceptuel** », nous présentons le contexte de l'étude et les réformes du Nouveau Management Public (NMP) ayant contribué à transformer le secteur hospitalier. Nous introduisons le cadre théorique, définissons les concepts mobilisés dans ce travail.

La **Partie 2** de cette thèse présente une **revue de littérature sur l'*accountability*** dans les hôpitaux.

Nous concluons cette partie par la présentation de notre question de recherche.

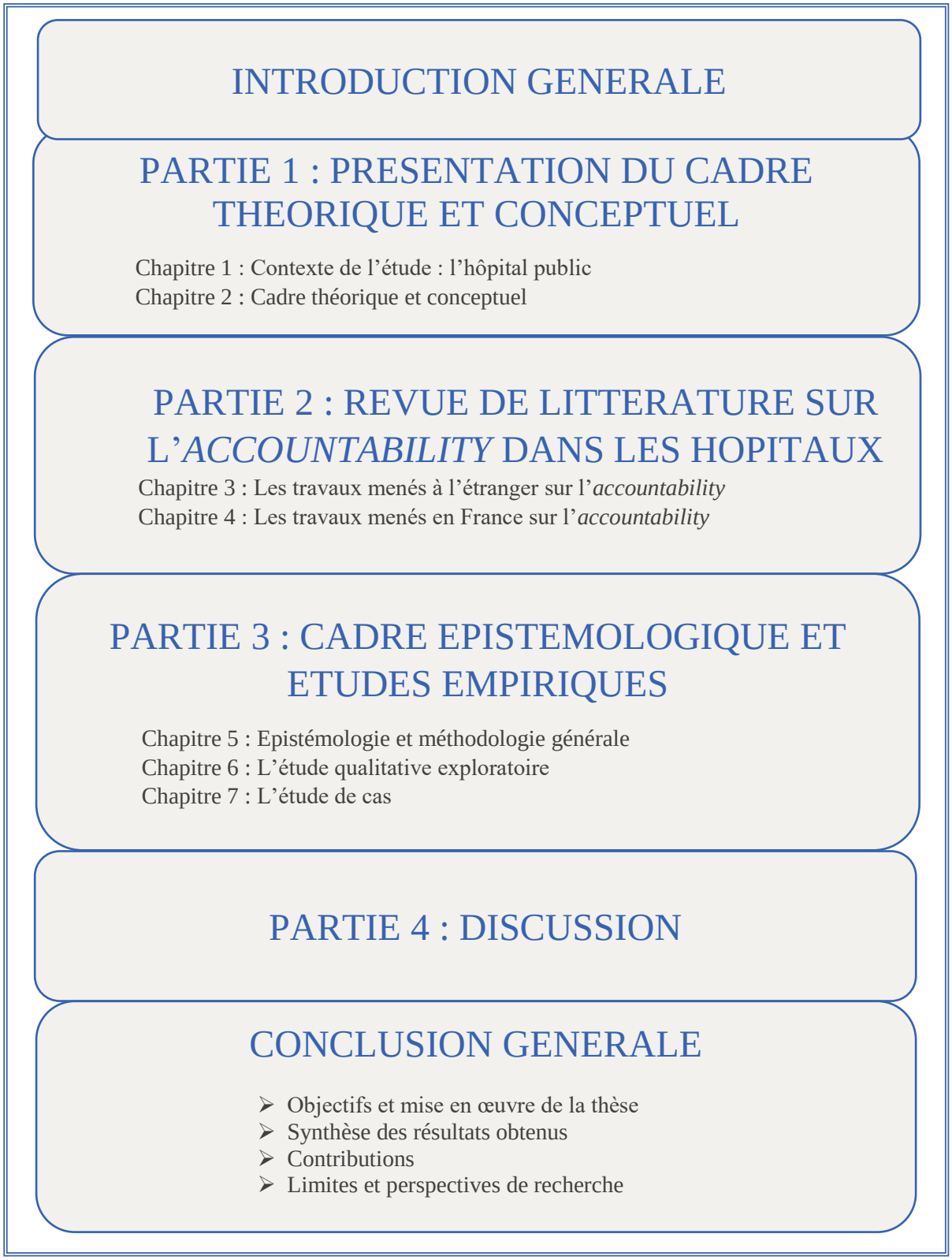
La **Partie 3** de cette thèse « **Cadre épistémologique et études empiriques** » vise à présenter notre démarche épistémologique : nous montrons la cohérence de notre démarche en lien avec notre question de recherche. Nous détaillons ensuite les objectifs des méthodes employées, le déroulement de la collecte de données ainsi que son analyse ainsi que les résultats en fonction de nos études.

La **Partie 4** « **Discussion** » présente la discussion de nos résultats au regard de la littérature existante.

La **conclusion générale** synthétise les résultats obtenus, développe les contributions, souligne les limites de ce travail doctoral et présente les différentes perspectives de recherches.

L'architecture de la structure générale de la thèse est présentée de façon schématique dans la **figure 1 (page suivante).**

Figure 1 : Architecture de la thèse



La **Partie 1** s'articule autour de deux chapitres.

Dans le **Chapitre 1, le contexte de l'étude est présenté.** Nous montrons que l'hôpital public subit des réformes afin de s'adapter au contexte national.

Dans le Chapitre 2, nous présentons notre cadre théorique de la théorie néo-institutionnelle et définissons les termes qui nous semblent pertinent pour la compréhension de cette dernière **(*Section 1*)**. Nous définissions par la suite l'*accountability* ***(Section 2)*** comme un processus qui déployé dans le contexte hospitalier permet de rendre des comptes. Nous définissons l'audit financier, les pratiques budgétaires (T2A, PMSI) comme un ensemble de dispositifs mis en œuvre au sein de l'organisation hospitalière pour rendre des comptes.

La **Partie 2** « Revue de littérature sur l'*accountability* dans les hôpitaux **»** se compose de deux chapitres.

Dans le **Chapitre 3 « Revue de littérature sur les travaux menés à l'étranger sur l'*accountability*** » porte sur les dispositifs de l'*accountability* mis en œuvre dans le secteur hospitalier et montre ses effets au sein du champ hospitalier à travers le déploiement de divers outils.

Dans la section 1, nous montrons que l'introduction de l'*accountability* renforce la légitimité externe des organisations, ou entraîne un phénomène de découplage.

Dans la section 2, nous soulignons une évolution de la conception du rendu de comptes des membres du cœur opérationnel. Plusieurs travaux notent l'infiltration de l'*accountability* dans la sphère des professionnels de santé. Les travaux sur la mise en œuvre de l'*accountability* démontrent des phénomènes d'hybridation de rôle chez les médecins hospitaliers. En effet, en s'appropriant des tâches de nature comptable et budgétaire, les médecins acquièrent de nouvelles compétences gestionnaire (Fitzgerald et Ferlie, 2000), s'hybrident et sont ainsi sensibilisés aux contraintes financières (Kurunmäki, 1999). Les raisons de leur adoption sont variées mais ne précisent pas les conditions qui favorisent cette hybridation, ce qui justifie d'autant plus notre choix dans la section 2 de nous concentrer sur ce point dans notre étude.

Etant donné l'impact de l'*accountability,* tant sur la sphère administrative que sur la sphère professionnelle, sur l'importance de réduction de coûts (Or et Bellanger, 2011), de l'efficacité de leurs organisations et de manière générale d'idées issues du secteur privé, la finalité de la section 3 consiste à se consacrer sur l'influence que peut avoir l'*accountability* dans la chasse

aux gaspillages (*slack*). L'objectif de cette section est d'illustrer comment l'introduction de l'*accountability* facilite la diffusion d'une rationalité économique dans le secteur hospitalier, redéfini les valeurs des membres et fait émerger de nouveaux raisonnements.

Dans le **Chapitre 4**, nous présentons les études réalisées sur les effets de l'*accountability* dans le cas français. A la suite de cette revue de littérature, nous présentons notre problématique de recherche autour des effets intra-organisationnels et les rôles de l'*accountability* dans le secteur hospitalier public français.

La **Partie 3** « **Cadre épistémologique et études empiriques »** se compose de deux chapitres.

Dans le **Chapitre 5** « **Démarche épistémologique et méthodologie générale** », nous présentons et justifions notre positionnement épistémologique. Nous indiquons les raisons pour lesquelles nous avons privilégié le recours à une méthodologie qualitative pour répondre à notre problématique. Ensuite nous justifions et présentons les deux étapes de notre collecte de données : une série d'entretiens exploratoires, puis une étude de cas à travers une immersion ethnographique au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire.

Le **Chapitre 6** « **L'étude qualitative exploratoire** » retrace la méthodologique employée pour ce travail doctoral, justifie notre démarche méthodologique et présente les résultats de l'étude.

Nous exposons en pratique comment s'est déroulée notre première étude exploratoire qualitative sur la démarche de la certification des comptes. Au cours de notre recherche, nous avons mené 32 entretiens semi-directifs auprès d'une multitude d'acteurs. Nous n'avons cependant mobilisé que les entretiens réalisés avec les DAF pour cette étude (19 entretiens).

Ce chapitre expose les résultats obtenus sur les changements du secteur hospitalier français soumis à la certification des comptes. Il nous sert à mettre en évidence l'environnement de contrôle très présent dans ce secteur. L'audit financier ne vient que compléter les différents périmètres de contrôle : ces contrôles portent sur la conformité des comptes à l'instruction comptable et budgétaire, mais également sur la robustesse du contrôle interne comptable et financier. Nous montrons que la certification des comptes crée un environnement propice à l'évolution interne des hôpitaux qui se mettent en état de marche pour répondre aux pressions institutionnelles. En second lieu, nous montrons comment cet outil, initialement issu du secteur privé, malgré ces a priori, participe à renforcer la légitimité de la sphère administrative en interne, notamment envers la sphère médicale.

Le **Chapitre 7 « L'étude de cas »** présente la méthodologie employée et les résultats de l'étude. Nous exposons notre période d'ethnographie dans une organisation hospitalière. Notre accès à ce CHU, et plus précisément dans le service du DIM a été facilité par le soutien du directeur du DIM de cette institution. Nous avons ainsi pu mener une période d'observation non participante (40 jours) complétée par plusieurs entretiens menés soit avec les TIM, DIM soit avec les médecins (21 entretiens). Nous avons pu assister à des réunions formelles et observer le travail des TIM et leurs interactions avec les médecins. Par la suite dans cette étude de cas, nous avons souhaité étendre notre réflexion sur la perception d'autres professionnels de santé et agents administratifs. Pour cela, nous avons complété notre période d'observations menée dans ce CHU par 24 entretiens semi-directifs.

En synthèse, dans notre étude de cas, nous avons mené plus de 40 jours d'observation non participante dans un CHU, mené 21 entretiens dans un premier temps puis 24 autres, et avons pu compléter ces données par l'exploitation de données secondaires internes et externes à ce CHU.

Ce chapitre 7 expose les résultats de notre étude de cas. Nous explorerons comment les médecins en viennent à s'hybrider. Nous nous focaliserons sur les effets de la stratégie employée par ce CHU dans le codage de l'activité médicale. Nous suggérons que ce codage partagé représente un moyen d'infiltration de la sphère médicale. Nos résultats confirment l'existence d'acteurs administratifs spécifiques venant sensibiliser les médecins au codage de leur activité médicale : les Techniciens d'Information Médicale. Nous montrons comment les TIM permettent l'infiltration de l'*accountability* dans le quotidien des médecins et comment cette interaction TIM-médecins participe à construire une nouvelle vision de l'aspect financier des médecins**.**

Nous suggérons que les TIM permettent une hybridation accompagnée des médecins à des nouvelles compétences gestionnaires. Dans la même lignée, ces gestionnaires doivent veiller à sensibiliser les médecins à respecter les indicateurs de DMS. Ces TIM favorisent l'intériorisation de l'importance de l'*accountability* et diffusent l'idée que les séjours de patients peuvent être réorganisés afin de se conformer aux attentes des ratios. Nous observons que la mise en place d'outils de *reporting* suggère que les frontières entre médical et administratif s'estompent et que des compromis peuvent émerger sur la base du *slack* organisationnel.

Nous nous intéressons également aux effets du climat d'*accountability* dans le quotidien des professionnels de santé. Notre étude suggère que le climat d'*accountability* a des effets sur les

professionnels de santé. Ils se manifestent par une prise de conscience sur l'importance des réductions de surplus et par conséquent par un changement de leur fonctionnement (modification des protocoles de soins). Cela amène les médecins à reconfigurer leur activité pour répondre aux indicateurs chiffrés des gestionnaires.

Cette étude qualitative a identifié plusieurs facteurs qui sensibilisent, prédisposent les médecins à entrer dans une initiative au changement. Notre étude souligne que par l'intervention et le soutien de la direction, des cellules spécialisées (DOP en particulier) s'infiltrent et accompagnent aux modifications dans les protocoles de soins dans le but de réduire le *slack*. Cela implique de repenser la place du gestionnaire face aux médecins appartenant au secteur public. Le deuxième concerne l'importance de la participation des médecins dans la réalisation d'objectifs gestionnaires. Les médecins ne seraient plus en tension avec la logique gestionnaire et sembleraient rechercher des solutions pour réduire le *slack*. Il a été constaté, cependant, que les médecins acceptent ces changements dès lors qu'ils sont acceptables et justifiés par les expériences d'autres établissements français. Une réduction du *slack* était possible sur certains points (ressources humaines, temps). Toutefois, nous montrons qu'une réduction du *slack* pourrait avoir des conséquences sur la qualité/sécurité de prise en charge. Nous concluons que le climat d'*accountability* se révèle être un puissant moyen d'action visant à éclairer les membres sur la pertinence de la réduction du *slack*. Toutefois, il est nécessaire pour les services médicaux de disposer d'une marge de *slack* suffisante pour maintenir les missions du secteur public.

Nous montrons que les professionnels de santé ne se limitent plus à leur logique médicale mais intègrent désormais les logiques managériales ainsi que du vocabulaire de la sphère privée. La réduction du *slack* pourrait alors être interprétée comme un renforcement de leur intégration institutionnelle.

Enfin, la **Partie 4** est consacrée à la discussion où nous discutons nos résultats avec la littérature existante. Nos résultats complètent la littérature sur le rôle de l'*accountability* dans le secteur hospitalier public français et l'influence de ces dispositifs au niveau intra-organisationnel : la littérature a mis en avant que la mise en place de l'*accountability* au travers des audits financiers, des pratiques budgétaires sont cruciaux pour renforcer la légitimité externe des organisations. Nous identifions d'autres effets au niveau intra-organisationnel. Nos résultats montrent que les réformes du NPM, qui se matérialisent par des changements intra-organisationnels, au sein du secteur hospitalier, correspondent à une managerialisation du champ hospitalier.

Nous montrons que l'*accountability* au travers de l'audit financier sert à « rendre des comptes » en interne et permets à la sphère administrative de se « sentir » crédible vis-à-vis de la sphère médicale et ainsi de renforcer son pouvoir.

Matérialisé par l'introduction d'acteurs administratifs (TIM) dans la sphère médicale, nous suggérons que l'acquisition de nouvelles compétences gestionnaires de certains médecins signalent un processus de managérialisation de la sphère, favorisant une prise de conscience sur les coûts engendrés lors des séjours de patients. Nous montrons que les dispositifs d'*accountability* crée un climat d'*accountability*, permettant une réduction du *slack* c'est-à-dire une recherche de réduction de temps morts dans la prise en charge des patients ou dans les durées de séjours des patients. Si ce CHU parvient à adopter ces changements, c'est parce que cette organisation a su porter ces projets à travers des cellules spécialisées qui affichent un fort soutien de la direction générale (DIM, DOP). Les TIM, agents administratifs, affichent une forte légitimité du fait de leur proximité avec les données médicales et de leur directeur détenant une double légitimité (gestionnaire mais aussi médicale). De plus, ces services ont affiché, auprès de la sphère médicale, des arguments médicaux légitimités par des indicateurs quantitatifs réalisés par d'autres établissements. Ce CHU permet de montrer que l'accompagnement aux changements (par les membres de la DOP) motivé par un climat du « chiffre » est nécessaire pour l'évolution de la conception que porte les professionnels de santé à l'*accountability* managériale.

Une **conclusion générale** est présentée pour clôturer notre travail**.** Nous présentons les objectifs de ce travail doctoral ainsi que les intérêts de notre démarche. Enfin, nous synthétisons les résultats obtenus, puis les contributions de notre recherche et nous présentons les limites, avant de poursuivre avec les pistes de recherche.

INTRODUCTION GENERALE

PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Chapitre 1 : Contexte de l'étude : l'hôpital public
Chapitre 2 : Cadre théorique et conceptuel

PARTIE 2 : REVUE DE LITTERATURE SUR L'*ACCOUNTABILITY* DANS LES HOPITAUX

Chapitre 3 : Les travaux menés à l'étranger sur l'*accountability*
Chapitre 4 : Les travaux menés en France sur l'*accountability*

PARTIE 3 : CADRE EPISTEMOLOGIQUE ET ETUDES EMPIRIQUES

Chapitre 5 : Epistémologie et méthodologie générale
Chapitre 6 : L'étude qualitative exploratoire
Chapitre 7 : L'étude de cas

PARTIE 4 : DISCUSSION

CONCLUSION GENERALE

- Objectifs et mise en œuvre de la thèse
- Synthèse des résultats obtenus
- Contributions
- Limites et perspectives de recherche

PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Dans un premier chapitre, nous allons présenter le contexte de notre étude : l'hôpital public. Nous analyserons les différentes réformes hospitalières mises en place au courant des dernières années qui transforment l'hôpital public et l'orientent vers une gestion efficiente et un pilotage de sa performance. Nous nous pencherons plus particulièrement sur les réformes telles que le « Plan Hôpital 2007 », l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi « *Hôpital, Santé, Patient, Territoire* » de 2009.

Dans un second chapitre, nous ferons le lien entre les pressions coercitives engendrées par ces réformes et le cadre théorique du néo-institutionnalisme. Nous verrons que l'hôpital public fait face à une multitude de logiques professionnelles, génératrices de concurrence et de tensions entre les groupes d'acteurs. Nous nous attacherons à définir l'approche par les logiques institutionnelles.

Nous orienterons par la suite notre recherche sur le concept de l'*accountability* afin de mieux comprendre les effets possibles du « rendu de comptes ». Enfin, après avoir défini le concept de l'*accountability*, nous présenterons ses différentes dimensions.

CHAPITRE 1 : Le contexte de l'étude

Ce chapitre aura pour but d'exposer les transformations que l'hôpital public français a connu ces dernières années.

Dans une première section, nous aborderons un bref historique de l'évolution de l'hôpital public en France, le contexte que connaît l'hôpital depuis quelques années et nous terminerons par décrire cette organisation qualifiée de bureaucratie professionnelle.

Faisant face à des contraintes financières, sociales et technologiques, l'hôpital s'oriente vers les réformes du *New Public Management (NPM)* dont le plan Hôpital 2007, la loi « *Hôpital, Patient, Santé, Territoire* » du 21 juillet 2009 font échos.

Mises en œuvre pour orienter les hôpitaux vers plus de performance ainsi que pour moderniser la gestion de l'hôpital public, ces réformes viennent bousculer leur fonctionnement et greffe des outils et principes du privé au secteur public.

Ainsi, dans une seconde section, nous présenterons les grandes réformes qui ont marqué la vie de l'hôpital public depuis ces dernières années.

SECTION 1 : L'hôpital public, en mutation

Dans cette section, nous aborderons brièvement dans un premier temps un historique de l'hôpital public afin d'en retracer sa construction.

Par la suite, nous traiterons du grand mouvement de réformes de l'hôpital public. Pour tenter de comprendre l'évolution de ce secteur, cette section aura ainsi pour objectif d'exposer les transformations connues par l'hôpital public français durant ces dernières années. En effet, soumis à de nouvelles contraintes économiques, sociales et technologiques, l'hôpital s'inscrit dans une montée en puissance des réformes du NPM. Ce dernier propose la greffe des logiques et outils de gestion orientés vers la mesure, l'efficience, le pilotage de la performance, utilisés dans le secteur privé vers le secteur public. Ces outils sont présentés comme des solutions tentant de guérir les maux dont souffre l'hôpital.

Ainsi, l'évolution du système hospitalier est marquée par de multiples réformes dont le « Plan Hôpital 2007 », l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi « *Hôpital, Santé, Patient, Territoire* » de 2009. A travers ces réformes, il s'agit de moderniser la gestion de l'hôpital public. Nous nous attacherons à exposer le nouveau mode de financement introduit (la tarification à l'activité) ainsi que les changements instaurés par ces différentes réformes. Ces derniers sont réalisés dans le but de responsabiliser les acteurs et d'assurer un contrôle des dépenses. En effet, contrainte par les objectifs maîtrisés des déficits budgétaires (Traité de Maastricht), la France repense la gouvernance du secteur hospitalier, en introduisant des notions de performance et de pilotage interne au sein de cette bureaucratie professionnelle.

1. Bref rappel historique de l'évolution de l'hôpital

Au Moyen Age, les hôpitaux furent fondés par l'Eglise et reposaient sur la notion de gratuité. Ils accueillaient les personnes pauvres, malades ou âgées. La législation est venue renforcer la mission médicale, et ce n'est qu'avec la loi du 7 août 1851 que les prémices du service public hospitalier actuel sont apparus : « *Lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission à l'hôpital existant dans la commune* ».

Un texte marque également l'évolution de l'hôpital public : la loi du 21 décembre 1941 qui ouvre l'hôpital à toute la population, tout en mettant en place un prix à la journée d'hospitalisation. En 1941, la mission de l'hôpital passe ainsi d'une logique d'aide, de secours aux pauvres à une logique d'assistance aux malades.

La réforme s'appuyant sur l'ordonnance 58-1373 du 30 décembre 1958, qui instaure la création de centres hospitaliers universitaires devenant des lieux réunissant pratiques professionnelles et recherche constitue une seconde évolution.

En outre, la loi du 31 décembre 1970 définit la notion de Service Public Hospitalier dont les principes reposent sur l'égalité d'accès, de traitement ainsi que la continuité des services.

Par la suite, l'hôpital public va connaître plusieurs réformes : la loi du 31 juillet 1991, et l'ordonnance hospitalière de 1996 souhaitant rationaliser l'hôpital ; le plan hôpital 2007 visant à réformer le système de financement, responsabiliser et laisser plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets ; et la loi HPST (*Hôpital, Patient, Santé, Territoire*) introduisant l'obligation d'une organisation en pôles d'activités cliniques et médico-techniques ainsi que la certification des comptes (tableau 1 pour plus de détails).

L'histoire de l'hôpital montre une évolution dans sa mission : à l'origine prévu pour l'hébergement charitable des pauvres (aspect social), il a fini par assurer la prise en charge médicale des malades dans le cadre d'un Service Public Hospitalier (soin du patient). De nos jours, la France compte plus de 3000 établissements de santé offrant une capacité de plus de 400 000 lits et 74 000 places ; le secteur public détient plus de 1300 entités représentant plus de 250 000 lits et 42 000 places. L'organisation publique hospitalière revêt ainsi une importance particulière (DREES, 2018).

Tableau 1 : Quelques références historiques sur la construction du système hospitalier français

IVe et Ve siècles : créées à l'origine par les Chrétiens et encouragées par le Clergé, les maisons d'hospitalité apparaissent au IVe et Ve siècles pour accueillir les malheureux, malades ou âgés, ou les pèlerins sur le chemin de Compostelle. Les institutions hospitalières sont ensuite de plus en plus surveillées par la Royauté.
XIIe siècle et suivants : des établissements spécialisés sont créés dans la lutte contre la lèpre aux périphéries des villes. Dans son testament, Louis VII (1120-1180) fait des legs à 2000 léproseries.
François 1er (1515-1547) : crée le Grand Bureau des Pauvres, dont la mission était de coordonner l'activité des hôpitaux du royaume, et confère aux officiers royaux l'administration hospitalière.
1551 : Henri II instaure une taxe communale, le droit des pauvres, pour rééquilibrer les comptes hospitaliers.
1662 : Louis XIV demande la création, dans chaque ville importante, d'un Hôtel-Dieu et d'un hospice pour y recevoir et « renfermer les pauvres, vieillards, vagabonds, enfants orphelins et prostituées ».
1670 : Louis XIV crée l'Hôtel des Invalides pour les Invalides de guerre.
1784 : Necker, ministre de Louis XVI, consacre un chapitre sur les hôpitaux dans son ouvrage : « De l'administration des finances de la France ». Il recense 700 hôpitaux et une centaine d'établissements de trois ou quatre lits fondés par des particuliers.
1778 : selon l'article de Diderot dans la Grande encyclopédie, il serait plus important de travailler à prévenir la misère qu'à multiplier les asiles.
1788 : le chirurgien Jacques Tenon publie ses Mémoires sur les hôpitaux de Paris et écrit : « les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple ».
1789-1791 : les hôpitaux sont confisqués aux congrégations religieuses en 1790 et un décret du 23 messidor de l'an II (1794) nationalise les hôpitaux.
7 octobre 1796 : la situation des hôpitaux étant devenue plus critique qu'auparavant, le Directoire remet aux communes la gestion des hôpitaux.
1851 : l'autonomie des hôpitaux et la reconnaissance d'établissements privés
1941 : le début de l'étatisation des hôpitaux
1958 : la réforme hospitalo-universitaire
1970 : les premiers jalons d'un système hospitalier

1991 : le planisme hospitalier
1996 : la régionalisation étatique et la reconfiguration des établissements de santé
2002 : les droits des malades, contrepoints du pouvoir médical
2005 : la nouvelle gouvernance

Source : Rapport de l'IRDES, 2011, pp. 1-2

2. Contexte actuel et présentation du secteur hospitalier

Le secteur hospitalier public est confronté à des dépenses croissantes liées en partie à un fort vieillissement de la population (la part des personnes âgées de plus de 65 ans est passée de 13,9% en 1990 à 18,8% en 2016), à des progrès de techniques médicales venant modifier l'offre de soins, et à une demande accrue des usagers (Baret et Robelet, 2010 ; Bonnici, 2007). A ce sujet, de nombreux auteurs font état des difficultés de gestion présentes au sein du secteur hospitalier public français (Georgescu et Naro, 2012 ; Nobre, 2001), mais aussi dans d'autres pays. En effet, compte-tenu de l'importance des coûts des systèmes de santé dans la plupart des pays, et des critiques émises sur l'inefficacité et la lourdeur des bureaucraties professionnelles (Blomgren, 2003), plusieurs travaux ont centré leurs recherches sur les transformations du secteur hospitalier, que ce soit en Grande-Bretagne (Llewellyn et Northcott, 2005), en Allemagne, en Italie (Jacobs et al., 2004 ; Jacobs, 2005) aux Etats-Unis (Chua et Degeling, 1993; Preston, 1992) et dans les pays scandinaves (Blomgren, 2003 ; Kurunmäki, 1999, 2004 ; Pettersen, 2004).

Depuis plusieurs années, pour pallier l'augmentation des besoins, tant technologiques qu'humains, et des attentes des patients, les établissements hospitaliers ont privilégié le recours à l'emprunt sous l'effet des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ». Cependant, le contexte de crise est venu accélérer la dégradation financière des établissements hospitaliers, en raison de souscriptions d'emprunts dits toxiques. Ceci n'a fait que fragiliser les organisations hospitalières qui assumaient déjà difficilement la gestion de leurs structures. Le secteur hospitalier français ne fait pas exception au contexte de déficit qui frappe les comptes publics : il est contesté du fait de ses résultats financiers qui ne cessent de s'accroître dans les classements internationaux[7]. L'endettement des hôpitaux publics ne cesse en effet de se creuser au fil des années, atteignant en 2016 un déficit de 51,5% des ressources stables (DREES, 2018).

Depuis plusieurs années, les hôpitaux ont des difficultés à instaurer une gestion efficace de l'hôpital public et doivent désormais s'orienter vers plus de performance. D'où l'idée d'une remise à plat des finances publiques hospitalières, qui passe par une réforme en profondeur du secteur hospitalier. En effet, comme le souligne l'adage « la santé n'a pas de prix » mais elle a un coût qui est aujourd'hui au centre des préoccupations. Ainsi, ces facteurs sont venus

[7] *www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries*

accentuer les interrogations autour de l'efficacité du rendu de compte et ont renforcé la mise en place d'outils du secteur privé.

3. L'hôpital public : une organisation bureaucratique professionnelle porteuse de tensions

Traditionnellement, l'hôpital public français peut être qualifié de bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982, 1989 ; Lega et DePietro, 2005) dans laquelle deux acteurs principaux, le corps médical et la direction, disposent de zones de responsabilités (Young et Saltman, 1985). La pluralité des groupes d'acteurs selon Mintzberg représente toutefois 4 mondes : les tutelles, les managers, les médecins et le personnel soignant, desquels peuvent émerger différents objectifs.

Mintzberg souligne que par la standardisation des qualifications (mécanisme de coordination principal), leur rôle clé (centre opérationnel), la complexité des tâches, ainsi que par le processus de formation et de socialisation, le corps médical détient une place prépondérante au sein des organisations hospitalières au détriment de la Direction. Certains travaux indiquent que l'hôpital serait « l'atelier du médecin » (Pauly, 1980).

Dans la structure hospitalière, des conflits et des tensions entre les acteurs de la sphère professionnelle (portée par une culture professionnelle médicale) et de la sphère administrative (portée par une culture économique managériale) peuvent être importants (Nobre et Haouet, 2011 ; Abernethy et Stoelwinder, 1995).

Les médecins représentent le socle de référence (centre opérationnel). Ils se distinguent des administratifs (représentants d'une logique économique contraire aux exigences médicales), par l'expertise de leur domaine professionnel, leur qualification, leur autonomie professionnelle légitimée par le fait que les professionnels revendiquent une expertise que seuls les pairs peuvent comprendre et gérer (Freidson et Lorber, 1972, p.71 ; Abbott, 1988 ; Freidson, 1994). Initialement éloignés des contrôles administratifs, en tant que groupe professionnel, ils sont tout de même soumis à un contrôle clanique (Ouchi, 1979), et représentés par un référent extra organisationnel (Ordre des médecins).

Ouchi (1979) définit le contrôle clanique comme « *[...] un accord social sur un large éventail de valeurs et de croyances [et] sur un [...] accord profond et partagé par les membres [de l'organisation] sur ce qui constitue un comportement approprié, [ceci] exigeant un [...]*

engagement élevé de la part de chaque individu vis-à-vis de ces comportements collectivement mis en valeur »[8].

Par conséquent, le modèle de reddition de comptes auquel les médecins ont l'habitude de se référer est celui de la responsabilité professionnelle (Abernethy et Stoelwinder, 1995). Les compétences et leurs savoirs leur confèrent un pouvoir et une grande autonomie dans la structure hiérarchique puisque le seul contrôle « légitime » est réalisé par leurs pairs.

Selon Freidson (2001), l'expertise d'un savoir permet aux médecins de détenir une autonomie (Abernethy et Stoelwinder 1995) et un pouvoir qu'ils pourront négocier dans la structure (Crozier, 1963 ; Crozier et Friedberg, 1977) et leur permet de définir par eux-mêmes leurs conditions d'exercice et le contrôle de leur travail.

Associée à l'expertise médicale, ils acquièrent une autonomie leur permettant de se dégager des relations hiérarchiques conçues par l'organisation (Mintzberg, 1982 ; Freidson, 2001). Cette autonomie permet également aux professionnels de maintenir une zone d'influence en entourant leur activité de « flou » et d'une communication partielle des informations qu'ils possèdent (Crozier 1963 ; Crozier et Friedberg 1977). Pour Crozier (1963), le contrôle des sources d'incertitude confère aux acteurs du pouvoir.

En tant que « bureaucratie professionnelle » (Mintzberg, 1979), les médecins ont réussi de manière générale à préserver leur autonomie dans leurs pratiques, et leur pouvoir organisationnel (Freidson, 1986 ; Scott et Backman, 1990 ; Kurunmäki et al., 2003) et ont évité la soumission aux règles organisationnelles (Dent, 2003 ; Mueller et al., 2003). Cette capacité à s'abstraire leur est conférée par « un ensemble de compétences que l'hôpital ne peut acquérir autrement et qui n'est pas standardisable » (Dent, 2003).

Dans leur ensemble, les professionnels de santé sont considérés comme peu sensibles aux préoccupations budgétaires et gestionnaires dans l'exercice de leurs pratiques professionnelles (Glouberman et Mintzberg, 2002), et opposent ainsi leur logique médicale à la logique managériale (McDonald et Harrison, 2004 ; Malmmose, 2015). En effet, deux logiques institutionnelles (Reay et Hinings, 2009) s'opposent : le managérialisme provenant de la sphère administrative souhaitant intégrer des outils de gestion et se concentrant sur des valeurs telles

[8] *"[Social agreement on a broad range of values and beliefs […*] *a deep level of common agreement between members on what constitutes proper behavior, and [requiring*] *a high level of commitment on the part of each individual to those socially prescribed behaviors",* (p.838). – Notre traduction.

que l'efficacité des ressources et les indicateurs de performance (Reay et Hinings, 2009), et d'autre part, le professionnalisme venant de la sphère médicale (Talec et Segade, 2006) et cherchant à apporter une réponse médicale. Ces différentes logiques et les engagements de valeurs qui les accompagnent sont en compétition et mènent à la rivalité entre les deux groupes (Bode, 2013).

Les professionnels de santé résistent à ces changements afin de protéger leurs intérêts professionnels (Ashburner et al., 1996), leur autonomie (Llewellyn, 1998), en invoquant un risque sur une possible perte de leur légitimité professionnelle (Llewellyn, 2001), ou un risque pour le patient. Broadbent et al. (2001) montrent une forte préoccupation des professionnels cliniques sur l'importance de leur rendu de compte (*accountability*), au détriment de la qualité des soins.

Revendiquant leur autonomie, les médecins sont conduits à être réticents aux objectifs d'efficience que portent les acteurs de la sphère administrative (Moisdon, 1997). Les différences d'objectifs et de logiques amènent à une compétition entre ces deux sphères (Witman et al., 2011) et apparaissent ainsi comme un frein pour l'atteinte d'une démarche efficiente au sein des organisations hospitalières (Glouberman et Mintzberg, 2002). En effet, la conciliation entre les objectifs s'avère complexe : « *faire le grand écart pour assurer ses missions (…) grand écart enfin, entre le souci conjoint ou antagonique d'une « bonne gestion » et « d'une bonne médecine* ». » (Claveranne, 2003, p.127).

D'après Glouberman et Mintzberg (2002), l'hôpital regroupe plusieurs mondes concomitants : les médecins, les infirmiers, le management, et le conseil d'administration. Ces sphères correspondent à des activités et des mentalités distinctes (Bourret, 2007). Ces catégories professionnelles dressent alors « des frontières, des clivages » (Herreros, 2007).

Or, les nouvelles orientations en matière de management (NPM) contraignent au développement d'un autre mode de contrôle organisationnel : un « contrôle par l'activité ». Pollitt souligne que « *le transfert du managérialisme depuis les entreprises du secteur privé au services de l'Etat providence représente l'injection d'un « corps étranger » idéologique dans un secteur auparavant caractérisé par des traditions de pensée différentes* » (Pollitt, 1993, p.11). Dès lors, deux modes de contrôle, étaient auparavant considérés comme distincts, coexistent au sein de l'hôpital. Désormais, les médecins élargissent leur rendu de compte. Ce phénomène, qualifié de « colonisation comptable »[9] (Power et Laughlin, 1992 ; Hood, 1995) se

[9] Traduction libre du terme « accountigization » inventé par Power et l,aughlin (Hood, 1995, p.93).

matérialise par l'introduction de concepts et de pratiques comptables dans des champs qui étaient traditionnellement peu concernés par ceux-ci. Halgand (1997) parle aussi de « comptacratisation » avec l'introduction du modèle des DRG (*Diagnosis Related Group*) dans les hôpitaux publics. Avec les réformes du NPM, le secteur public doit intégrer dans sa gestion des logiques et des outils issus du secteur privé (Brunsson et Sahlin-Andersson, 2000 ; Ferlie et al., 2008), présentés comme fondements de la « bonne » manière de fonctionner (« *the one best way* ») (Hood, 1995). La mise en place de ces réformes permet de mesurer les résultats mais ne correspond que peu au contexte de travail des organisations hospitalières. La multiplication d'indicateurs de performance afin d'améliorer la transparence d'une organisation hospitalière incarne une instrumentation inadaptée pour Miller et Power (2013). Pour ces deux chercheurs, ces dispositifs de contrôle accroissent « l'économisation » des organisations publiques en fonctionnant comme « *[des]processus [...]à travers lesquels les individus, les activités et les organisations sont façonnés comme des acteurs et des entités économiques [...]*»[10]. Pour d'autres auteurs, les organisations publiques se comportant comme des organisations privées, « sans aucune référence à leur nature publique, ne seraient pas considérées comme légitimes » (Lepori et Montauti, 2013, p.1). Ceci les exposant alors à la perte de leurs spécificités (Lepori et Montauti, 2013 ; Meyer et al., 2014).

Les différentes réformes véhiculées par le *New Public Management* viennent percuter les valeurs propres au personnel médical et soignant.

Francis Fellinger, alors président de la Conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers de l'époque précise, en 2012, que « *La T2A présente l'avantage d'obliger les établissements à examiner leurs coûts de production. Les responsables médicaux, à la différence sans doute des médecins de base, ont appris très vite, trop vite même, puisqu'ils ont parfois adopté des conduites d'opportunité et d'optimisation. Dans les centres hospitaliers, on raisonne désormais en termes médico-économiques, ce qui n'était pas du tout le cas il y a dix ans et rarement il y a cinq ans. Il n'y pas eu d'étude précise sur le sujet, mais une concurrence s'est établie entre pôles.* » (Le Menn et Milon, 2012, p. 206).

[10] *"By economizing, we mean the processes (…) through which individuals, activities, and organizations are constituted as economic actors and entities (…)",* (p. 560) – Notre traduction.

Conclusion de la section 1

En conclusion de cette première section, différents constats ont été mis en lumière.

Depuis sa création, le rôle de l'hôpital public a évolué. Dans un premier temps, lieu d'accueil, il a progressivement évolué vers un rôle de mission de service public permettant l'accès aux soins pour tous.

Par ailleurs, un second constat a porté sur le contexte financier que l'hôpital public français connaît depuis quelques années.

De plus, nous avons évoqué qu'au cœur de l'organisation hospitalière deux corps principaux, traditionnellement considérés comme opposés coexistent : le corps médical et le corps administratif. Or l'accroissement du déficit financier, le contexte social et technologique, laissent envisager une évolution de la nature de l'organisation hospitalière.

Nous avons montré que les professionnels de santé, peu sensibles aux préoccupations gestionnaires dans l'exercice de leurs pratiques professionnelles, sont désormais contraints à l'introduction d'un « corps étranger », c'est-à-dire un « contrôle par l'activité ». L'apparition du *New Public Management* dans le secteur hospitalier public, participe à l'évolution des conceptions du rendu de compte détenus par les membres du cœur opérationnel de ces bureaucraties professionnelles.

Ainsi, l'apparition d'un nouveau contexte économique peut venir remettre en cause la position des membres du corps médical. Pour faire face à ses évolutions, les pouvoirs publics s'organisent et introduisent en France de grandes réformes s'inspirant du NPM.

SECTION 2 : Des réformes cherchant l'adaptation de l'hôpital public au contexte national

Pour faire face à la demande croissante de soins, au déficit qui ne cesse de s'alourdir, les hôpitaux publics français ont eu recours à la mise en œuvre d'outils de gestion au nom d'une meilleure efficience, performance. Ces logiques et outils de gestion issus du monde privé ont été présentés comme des remèdes prescrits par le *New Public Management*[11] (Hood, 1995) pour tenter d'améliorer le fonctionnement des hôpitaux ainsi que le pilotage de la performance. Le *New Public Management* (NPM) s'est affirmé comme une référence idéologique politico-économique majeure dans les années 90 (Hood, 1991 ; Osborne et Gaebler, 1993).

Ainsi, en France, le législateur va progressivement implémenter un système de financement basé sur l'activité qui permet une allocation des ressources en fonction de l'activité des organisations.

Les réformes inspirées du NPM ont amené des évolutions du secteur public : des changements structurels, des outils visant à moderniser la gestion de l'organisation hospitalière et assurer un meilleur pilotage des organisations.

Les réformes mises en place en France conduisent à faire adopter par les organisations hospitalières publiques des outils de gestion du secteur privé. Pour évoquer l'infiltration des logiques du privé dans le secteur public, Merrien (1999) parle alors de « *révolution managériale de l'administration publique* », et Pesqueux (2007) de « *managérialisation du système public* ».

Les organisations hospitalières vont être exposés à une multitude de logiques institutionnelles, pouvant entraîner une concurrence entre elles (Bode et Byrkjeflot, 2013), ou des tensions entre les valeurs du système public et les principes importés de la sphère des organisations privées (Christensen et Laegreid, 2011), constituant ainsi le côté obscur du NPM (Diefenbach, 2009).

Cette section exposera, dans un premier temps, les réformes liées au plan Hôpital 2007, pour ensuite se consacrer à la loi HPST.

[11] Le *New Public Management* se définit également comme « *un exemple historique de rationalisation d'un ensemble de pratiques définies comme légitimes pour le secteur public et qui donne lieu à une institutionnalisation de ces pratiques* » (Pettigrew, 1997).

1. Le « Plan hôpital 2007 »

Depuis quelques années, les réformes dans le secteur public s'accélèrent et ce, en particulier, à l'hôpital. En effet, améliorer la transparence, la situation financière des hôpitaux publics, ainsi que « responsabiliser les acteurs de l'hôpital »[12] (rendre des comptes sur leurs actions), dans un contexte économique peu favorable à la dépense publique (Power, 2005 ; Guenoun, 2009) est un problème crucial pour les organisations de santé partout dans le monde.

Fort de ce constat et sous l'influence du *New Public Management* (nouvelle gestion publique), les pouvoirs publics français s'organisent et œuvrent pour la mise en place d'une nouvelle gouvernance hospitalière (au travers du Plan Hôpital 2007). Via des réformes structurelles, ce plan vise à adapter l'hôpital à son environnement, évoluant vers une logique de marché et vers les besoins de la population. Cette réforme a pour but de repenser l'organisation des établissements et d'assurer une gestion déconcentrée.
Deux mesures vont voir le jour : l'introduction de la T2A et l'instauration des pôles d'activité clinique.

La mise en place de la tarification à l'activité, effective à 100% depuis 2008, a bousculé le système de financement des organisations hospitalières publiques, passant d'un financement par enveloppe globale à un financement venant « *lier les ressources allouées à leur activité en fonction de tarifs nationaux élaborés notamment à partir d'un système de calcul de coûts par groupe homogènes de malades (GHM) ou de séjours (GHS)* » (Georgescu et Naro, 2012, p.69). La mise en place d'un nouveau mode de financement vise à modifier le mode de management des organisations mais aussi à changer la relation entre médecins et managers (Comerford et Abernethy, 1999).

Ce plan permet en partie d'impliquer le personnel hospitalier dans la gestion de l'hôpital. A partir de 2004, dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », la France instaure une **nouvelle méthode de financement des établissements de santé** : la tarification à l'activité (Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005). Cette méthode consiste à financer les établissements en fonction de leur activité et non plus par une dotation globale de fonctionnement annuel, déconnectée de l'activité. Cette dernière constitue une véritable révolution au sein du monde hospitalier puisque le financement des hôpitaux passe d'une logique où les dépenses conditionnaient les recettes, à une logique plus économique où c'est l'activité qui conditionne les recettes, et donc les

[12] Selon Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France (FHF)- France info (18 Décembre, 2017). La FHF évaluait le déficit des hôpitaux à 1,5 milliard d'euros pour 2017.

dépenses. En France, la part d'activité sous T2A a évolué à 25 % en 2005, à 35 % en 2006, 50 % en 2007 et a atteint les 100 % en 2008[13]. La T2A introduit une connexion entre les ressources perçues et l'activité réalisée et déclarée via le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), lequel permet par conséquent de décrire et mesurer l'activité médicale (Engel et al. 2000), et d'en déduire les recettes allouées. A travers l'introduction de la tarification à l'activité, les hôpitaux rendent compte des coûts des activités et rentrent dans un phénomène d' « accountingization » signifiant *« l'introduction de catégorisations par les coûts plus explicites dans des domaines où les coûts étaient auparavant agrégés, mis en commun et flous* » (Power et Laughlin, 1992). Hood (1995), quelques années après, fait le même constat et montre que les médecins sont dorénavant confrontés à une catégorisation par les coûts, rendant la productivité des médecins plus visible.

Pour ce faire, un codage de l'activité médicale doit être réalisé. Le *reporting* de l'activité médicale représente ainsi un enjeu financier crucial pour les établissements de santé. Ce système fait rentrer les acteurs de l'hôpital, notamment les médecins, dans une véritable démarche gestionnaire. Inspirés du monde américain (Fetter et al., 1980), les équivalents en France (GHM) permettent de réaliser des benchmarks entre différents établissements. Par conséquent, la T2A entraînerait selon Or et Reynaud (2009) une compétition entre établissements.

L'introduction de la tarification à l'activité couplée à l'organisation en pôles d'activité a pour vocation de guider les organisations hospitalières vers plus de performance. En associant les professionnels de santé à la gestion de l'établissement, les tensions liées au managérialisme de l'organisation auraient tendance à s'atténuer (Abernethy et Stoelwinder, 1995).

[13] Source : Ministère des Solidarités et de la Santé, 5 octobre 2016

2. Le renforcement de l'organisation administrative et la réorganisation en pôles : l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire »

Le plan hôpital 2007 prévoit la structuration de l'hôpital en pôles d'activités initiée par l'ordonnance du 2 mai 2005 (n°2005-406) et généralisée par la loi HPST du 21 juillet 2009 qui représente un mode d'organisation interne obligatoire pour les organisations hospitalières publiques (Art. L 6146-1 du Code de la Santé Publique). Ce plan met ainsi fin à l'organisation de l'hôpital en services.

Dans le but de moderniser le fonctionnement des hôpitaux, la loi HPST s'est fondée, sur la création de pôles, lesquels constitués « *à partir de regroupements de services, sont des entités de mutualisation des ressources et de déconcentration de la gestion* » (Burellier et Valette, 2011, p.337). La déconcentration représente des tâches assumées par la direction, qui sont désormais effectuées par les pôles cliniques ; elle consiste à laisser un pouvoir de décision au pôle sur différents domaines dans la limite du respect de la stratégie de l'organisation, ainsi que du budget qui lui est alloué.

À l'instar des *clinical directorates* dans les modèles anglo-saxons (McNulty et Ferlie, 2004), ces pôles ont pour but de permettre à leur responsable (on parle de médecin-gestionnaire) (Ferlie et al., 1996) de piloter les activités recensées dans le projet d'établissement de façon plus libre et directe (Budet *et al*., 2008 ; Delas, 2011), de responsabiliser les médecins à la logique gestionnaire, et ainsi de rapprocher les réflexions médico-économiques. Le responsable de pôle est « *chargé de mettre en œuvre, au sein du pôle, la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés par le pôle (...). Il est assisté, selon les activités du pôle, par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif* » (L6146-6 du Code de la Santé Publique).

Chaque pôle de l'organisation fait l'objet d'une délégation de gestion : le contrat de pôle est une manifestation de l'engagement du responsable de pôle et du directeur de l'établissement. Cette loi vient bouleverser et remettre en cause le système en vigueur au sein de l'hôpital public

et tend à introduire des objectifs (Larcher, 2008) afin de promouvoir un fonctionnement efficace. Ces dispositions introduisent dans la gestion de l'organisation des professionnels de santé qui assurent ainsi un rôle de « gestionnaire » (Denis et al., 2013) et qui, aidés d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif, gèrent les ressources humaines, les moyens délégués au pôle, et portent une attention à la réalisation des objectifs d'activité prévus dans le contrat de pôle. En couplant à la direction de ces unités un médecin (chef de pôle) et un cadre administratif, **l'ère professionnelle laisse une place à l'ère gestionnaire.**

En cohérence avec le courant du NPM, l'objectif de cette mesure s'inscrit dans une démarche globale de modernisation du secteur hospitalier visant à optimiser la gestion des hôpitaux publics et à rationaliser des dépenses. En permettant un rapprochement entre le monde administratif et médical, le pôle permet « *le décloisonnement des hôpitaux, la déconcentration de la gestion, l'amélioration de la prise en charge des patients* » **(**extraits du compte rendu du conseil des ministres du 02/08/2005).

Ainsi, le découpage en pôles d'activités représente un premier pilier concernant la transition d'une ère purement professionnelle à une ère managériale. La loi HPST que nous allons présenter dans le prochain paragraphe renforce cette idée.

3. Le renforcement des pouvoirs du directeur d'établissement et l'introduction de la certification des comptes : la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire »

En France, le NPM a inspiré la réforme de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) en 2001 qui entraîne un rapprochement de la comptabilité publique avec celle du privé. La Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) en 2007, dont la loi HPST représente la déclinaison dans le domaine sanitaire, s'inscrit également dans l'idéologie du NPM.

La loi HPST a pour objectif de ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire et de garantir l'accès à des soins de qualité sur tout le territoire français, tout en contenant les coûts du service public. Elle maintient le cap imposé par l'ordonnance du 2 mai 2005.

Couplée avec les fortes dépenses et les dérives budgétaires, la loi « *Hôpital Patient Santé Territoire* » du 21 juillet 2009 crée des agences régionales de santé (ARS) et renforce également

le pouvoir des directeurs d'hôpitaux. Elle permet au directeur de définir une politique stratégique pour l'établissement et prévoit ainsi un certain nombre de mesures dont une nouvelle gouvernance des hôpitaux avec l'introduction d'un conseil de surveillance, directoire, et la mise en œuvre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

En France, l'introduction d'outils permettant de rendre compte est devenue peu à peu une préoccupation majeure des régulateurs. Ainsi, la loi « *Hôpital, Patient, Santé, Territoire* » (HPST) introduit, selon des principes voisins régissant les comptes des entreprises, **l'obligation pour les établissements publics de santé de faire certifier leurs comptes** ; cette certification vient renforcer les nombreux dispositifs déjà implantés dans les organisations publiques depuis la mise en œuvre du *New Public Management* (NPM).

L'audit financier (Lindelberg, 2007) est défini par la fédération internationale des experts comptables (IFAC) comme « *une mission d'audit des états financiers [qui] a pour objectif de permettre à l'auditeur d'exprimer une opinion selon laquelle les états financiers ont été établis, dans tous leurs aspects significatifs, conformément à un référentiel comptable identifié* » (ISA 200). Il s'assimile à un audit quantitatif (Power, 1994) réalisé par une agence indépendante externe (Williamson, 1993) et s'appuyant sur une méthodologie : les normes d'exercice professionnel. Selon Glynn (1993), l'audit est mené *« pour enquêter sur l'exercice de la responsabilité assumée et pour établir dans un rapport si l'exercice de la responsabilité est correct et juste* » (p. 98) afin de conforter la confiance des parties prenantes (Power, 2005) dans les comptes publics.

L'audit financier se distingue ainsi d'autres évaluations (tableau 2) (Lindelberg, 2007).

Tableau 2 : L'audit financier

	Audit financier	Audit de performance	Programme d'évaluation
Normes	Un recueil de normes	Possibilités multiples, pas de normes acceptées par tous	Possibilités multiples, pas de normes acceptées par tous
Mode de collecte des données	En accord avec les normes professionnelles	Adaptable à partir des normes d'audit financier	Non standardisé
Le rôle de l'auditeur	Certification professionnelle	Compétences multiples acceptées, certification professionnelle possible	Compétences issues des sciences sociales
La forme du rapport d'audit	Rapport semi-standardisé	Conseils généraux	Conseils généraux

Source : Lindelberg, 2007, p. 347

En France, la fiabilité et la transparence des établissements deviennent un engagement majeur pour chacun des corps de la fonction publique de l'Etat et, pour ce faire, une démarche de certification s'étend progressivement depuis les années 2000. Sur la base de la loi « *Hôpital, Patient, Santé, Territoire* » (HPST) du 21 juillet 2009, le secteur hospitalier s'engage dans le processus de certification des comptes en 2014. Cette obligation légale, qui contribue à la modernisation du secteur hospitalier, oriente les hôpitaux vers les principes de régularité et de sincérité des comptes (Article 47-2 de la Constitution).

La certification des comptes entre dans le cadre de l'*accountability* qui a notamment pour objet, d'améliorer la transparence des comptes (Humphrey et al., 1993). Elle représente une obligation de rendre compte de nature légale c'est-à-dire que ce système repose sur le respect de principes

constitutionnels, légaux (Bovens, 2007). Il s'agit ainsi de rendre compte à un référent de dimension supra organisationnelle : l'opinion émise par le certificateur ne représente pas un quitus sur la bonne gestion des fonds publics, mais donne un avis sur les états financiers présentés et sur d'éventuelles anomalies pouvant induire le lecteur en erreur sur la situation financière et patrimoniale de l'organisation. La certification vise donc à apporter une garantie supplémentaire de sincérité et de régularité des comptes, gage de transparence sur la situation financière des hôpitaux publics vis-à-vis de leurs partenaires économiques et institutionnels. Les organisations se tournent également vers la mise en place de dispositifs d'*accountability* tels que des contrôles externes et indépendants (Power, 2005) pour légitimer leurs actions ainsi que pour renforcer la confiance des parties prenantes externes. En effet, dans la mesure où les parties prenantes expriment fermement leurs attentes, il est fondamental pour la gestion d'un établissement que les gestionnaires soient responsables et examinent leurs résultats, et que ces résultats soient divulgués ouvertement au public.

Conclusion de la section 2

Dans cette section, nous avons observé les évolutions du système de financement des hôpitaux publics à travers l'introduction de la tarification à l'activité venant introduire une logique de quasi-marché ; l'organisation en pôles qui vise à parvenir à une plus grande implication des médecins et à promouvoir un objectif médico-économique ; ou encore la mise en place de la certification des comptes destinée à renforcer la confiance des parties prenantes dans les organisations hospitalières ainsi que leur transparence.

La nouvelle gouvernance hospitalière vient mettre en œuvre des objectifs d'efficience. Pour autant, l'organisation hospitalière s'est structurée autour d'une culture basée sur le soin au patient. Cette bureaucratie professionnelle repose sur l'existence de deux corps majeurs : les professionnels de santé et la direction. Considérés comme réticents aux problématiques gestionnaires, les médecins tout en conservant leurs fonctions médicales voient leurs implications dans la gestion et la stratégie de l'hôpital évoluer depuis l'introduction du NPM.

Ainsi, il semble que toutes ces réformes créent des pressions à se conformer. Dans notre étude, nous nous focalisons sur le fait que les organisations hospitalières doivent faire face à des pressions coercitives (lois, règlements). Elles doivent s'inscrire dans le changement prônant leur efficience et doivent fournir des preuves attestant de leur performance ou du moins de leur légitimité à exercer. Les hôpitaux publics sont engagés dans l'*accountability*, considérée comme une approche prometteuse pour répondre au double impératif d'améliorer la qualité des soins tout en gérant des budgets restreints. Ce sont tout autant des gestionnaires (certification des comptes) que des professionnels du soin (T2A) qui sont sensibilisés aux réformes du NPM afin de faire face à l'insuffisance en matière de gestion et d'organisation des soins. L'*accountability*, fondé sur l'hypothèse que son introduction améliorerait la performance (Lægreid et Verhoest 2010), conforterait la confiance des parties prenantes (Power, 2005), se diffuse ainsi, et ne reste pas sans conséquence sur les parties prenantes internes, en particulier sur les professionnels de santé (Kurunmäki et al., 2003). En effet, solliciter le personnel clinique est largement reconnu comme l'un des principaux facteurs pouvant être utilisé pour influencer les résultats hospitaliers.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Ce chapitre a permis de présenter notre secteur d'étude en exposant les modifications majeures qu'il connaît depuis ces dernières années.

Marqué par des changements organisationnels et financiers, l'hôpital public français semble s'aligner sur les logiques et outils du secteur privé, et de ce fait est soumis à de nouvelles contraintes : s'intégrer dans une logique managériale tout en combinant une mission de service public.

Nous avons exposé les réformes du NPM. Ceci nous a permis d'identifier les changements organisationnels et financiers au sein de l'hôpital public. Dans une logique de NPM, les hôpitaux mettent l'accent sur les données comptables pour piloter leur organisation. Cette introduction d'un nouveau mode de contrôle est basée sur la mesure de l'activité médicale des médecins. Or, dans une organisation bureaucratique professionnelle, le contrôle clanique prédomine (Ouchi, 1979). Deux contrôles coexistent ainsi dans une même organisation.

Cette nouvelle réorganisation en pôle d'activités accentue en faveur des administratifs, le **passage d'une ère purement professionnelle à une nouvelle ère du management**. Cela permet ainsi d'intégrer le médecin dans le processus budgétaire et de réduire les tensions entre les sphères.

A travers l'introduction de l'audit financier, les organisations hospitalières se dirigent encore une fois vers les outils du secteur privé et s'inscrivent dans une recherche de performance (Power, 1994, 1997).

Ainsi, toutes ces réformes, cherchant à orienter les organisations vers plus de performance, créent des pressions à se conformer. En effet, les hôpitaux publics sont des organisations fortement soumises à un environnement turbulent, à des pressions d'ordre externe, à des exercices formels *d'accountability* qui tentent de les façonner. Ces pressions peuvent trouver un ancrage théorique dans le courant du néo-institutionnalisme. Ce courant d'origine sociologique avance que, dans une quête de légitimité, les organisations se retrouvent contraintes de se soumettre à des forces isomorphiques. Livian et Baret (2002) soulignent que « la quête de la légitimité est au moins aussi importante que la quête de l'efficacité » pour les organisations. Nous présenterons dans un second chapitre, le cadre théorique du néo-institutionnalisme et du concept d'*accountability*.

CHAPITRE 2 : Vers un cadre théorique et conceptuel pour comprendre les réformes du *New Public Management*

L'introduction des réformes du *New Public Management* a pour objectif d'orienter l'organisation hospitalière vers plus de performance.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'hôpital est structuré en pôles d'activités, dirigés par un médecin et un cadre administratif. Ce changement organisationnel a pour but d'intégrer les médecins dans la gestion permettant ainsi de concilier logique managériale et logique médicale.

Par ailleurs, l'introduction d'un nouveau mode de financement basé sur l'activité réalisée par l'hôpital met l'accent sur un nouveau mode de contrôle : un contrôle par la mesure de l'activité médicale.

De plus, l'introduction de la certification des comptes ne fait que confirmer que les hôpitaux publics rentrent dans une dynamique de modernisation de leur fonctionnement.

Ces réformes du NPM favorisent l'émergence du concept d'*accountability*. Au sens large, l'*accountability* peut être définie comme *« une relation entre un acteur et un forum, dans laquelle l'acteur a l'obligation d'expliquer et de justifier sa conduite, le forum peut poser des questions et porter un jugement, et l'acteur peut avoir des conséquences »* (Bovens, 2007, p. 450). C'est un ensemble de mécanismes « *par lesquels des raisons sur sa conduite sont demandées et données*[14] *»* (Roberts et Scapens, 1985, p.447 ; Joannides et Jaumier, 2013, p.100). Que ce soit au travers de l'implantation d'outils tels que des indicateurs de performance (Moynihan, 2006 ; Modell, 2001), la T2A (Naro, 2010), ou d'audit (Roberts et Candreva, 2006), l'activité de l'hôpital est inscrite dans une dynamique d'efficience et d'efficacité (Power, 1994, 1997).

[14] "*Accountability in its broadest sense simply refers to the giving and demanding of reasons for conduct"*, (p. 447) – Notre traduction

Aussi, mobiliser le concept de l'*accountability* (via les réformes du NPM) à la théorie néo-institutionnelle parait pertinent. En effet, l'émergence de ces outils peut engendrer des pressions à se conformer. Cette combinaison entre *accountability* et théorie néo-institutionnelle nous permet d'avoir une lentille plus complète afin de comprendre le rôle et les influences des dispositifs d'*accountability*

Aussi si des logiques managériales prennent le pas sur des logiques de soins, on peut s'interroger sur la manière dont cela se manifeste.

Par conséquent, l'objectif de notre travail est d'examiner les effets et les rôles de l'*accountability* sur la sphère médicale.

La première section de ce chapitre présente le cadre théorique que nous avons utilisé dans la thèse. Nous avons souhaité cibler les pressions coercitives impactant les changements intra-organisationnels des organisations. Cette théorie en prenant en compte toute la complexité environnante des organisations, en constante évolution représente un cadre d'analyse permettant une analyse interne du changement organisationnel. Nous définissons les éléments clés de cette théorie.

La seconde partie définit et présente le concept d'*accountability*.

SECTION 1 : La Théorie Néo-Institutionnelle

Les organisations hospitalières font face à diverses pressions et doivent s'y conformer pour renforcer leur légitimité. Les forces qui mènent les organisations au changement ne recherchent pas que de l'efficacité et de la rationalité. L'objectif de la section est de présenter pourquoi nous avons choisi le cadre théorique de la théorie néo-institutionnelle. Cette théorie défend l'idée que les organisations sont également à la recherche de la légitimité auprès des acteurs externes ayant un pouvoir de sanction à leur égard. Le cadre d'analyse de la TNI permet une prise en compte des relations existantes entre les institutions et les organisations ; une perspective dynamique permettant d'appréhender les évolutions du contexte institutionnel et des organisations. Ce cadre théorique permet ainsi de mieux comprendre les évolutions des organisations hospitalières inscrites dans des dispositifs d'*accountability* au niveau micro.

Nous présentons également son évolution au cours du temps. Le cadre théorique que nous mobilisons dans le cadre de ce travail doctoral est orienté autour de plusieurs concepts-clés que nous définissons dans cette section. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'existence de pressions déterminent également les conduites des acteurs. Dans la théorie néo-institutionnelle, cette notion apparaît sous le nom de logiques institutionnelles (Friedland et Alford, 1991). Marquées par la pluralité des logiques institutionnelles, les organisations hospitalières font face à des tensions.

1. Présentation du cadre théorique néo-institutionnel

1.1. Justification du choix de la théorie néo-institutionnelle

Ce travail doctoral, basé sur les réformes du *New Public Management* (Groot et Budding, 2008), s'inscrit dans la théorie néo-institutionnelle (Meyer et Rowan, 1977 ; DiMaggio et Powell, 1983) qui traduit la « *redécouverte des institutions (…) et se concentre sur l'importance des variables institutionnelles pour expliquer les résultats* » (Steinmo et al., 1992). Ce cadre théorique, constituant un courant de recherche majeur en Sciences de Gestion, est mobilisé afin d'observer les contraintes environnementales exercées sur les organisations ainsi que sur les mécanismes de changement (Lapsley, 2008).

Ce cadre vise également à expliquer le comportement des organisations dont l'environnement peut être qualifié d'intangible (Vu et Causse, 2011) ; lors de la mise en place de méthodes et outils de gestion, considérés comme réservés aux entités privées, dans les organisations publiques en quête de légitimité (Laufer et Burlaud, 1997). Ainsi, pour gagner en légitimité, les organisations adoptent des structures organisationnelles, en réponse aux pressions coercitives, cognitives et normatives. Les pressions de l'environnement institutionnel impliquent « *une rationalité cognitive (qui consiste à) fournir des éléments qui permettent de rendre les actions passées compréhensibles et acceptables pour les autres et qui rendent l'organisation comptable de ses actions passées* » (Scott et Meyer, 1991, p.124).

Selon Ezzamel et al (2007), la théorie néo-institutionnelle suggère que les dispositifs d'*accountability*, telles que les exigences comptables, sont appliqués aux organisations, par des groupes externes tels que l'opinion publique, les groupes d'intérêt, des associations professionnelles et l'Etat. La conformité d'une organisation avec les exigences d'*accountability* est supposée être récompensée sous la forme d'une augmentation de sa légitimité, ou du moins éviter l'image d'une organisation ayant un comportement caractérisé de « négligent ou irrationnel » aux yeux de la société (Meyer et Rowan, 1977 ; Scott, 1995).

L'utilisation de la théorie institutionnelle est également préconisée par Dent *et al*., (2007) qui développent cette théorie comme ancrage théorique afin d'examiner les évolutions dans le secteur public. Selon McNulty et Ferlie (2004), le changement peut être perçu selon quatre visions, dont la vision néo-institutionnaliste (Dacin et al., 2002) qui permet d'expliquer les changements au niveau de l'organisation en reconnaissant les interactions entre le niveau macro et micro et relie donc le contexte organisationnel et la dynamique intra-organisationnelle. Dacin

et al. (2002) s'attachent à montrer qu'il est possible d'aborder de diverses manières la question du changement par la théorie institutionnelle. En effet, pour ces auteurs, cette théorie porte tant sur les sources ou facteurs d'influence du changement, sur les facteurs qui initient la réponse des organisations au changement (légitimité, intérêt), que sur les processus de changement. Cette théorie couvre ainsi les changements structurels et l'adoption de l'audit ou de tout dispositif de contrôle (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p. 698).

Dans les organisations de santé, Covaleski et al. (1993) mobilisent également la théorie institutionnelle pour élargir la conceptualisation des outils de gestion (DRG). Ils développent cette théorie comme cadre permettant d'étudier les systèmes d'*accountability* (les DRG) comme des outils permettant de se conformer aux attentes de la société en matière de pratiques acceptables. Dans ce contexte spécifique, ces outils peuvent jouer un rôle important dans la création et la perpétuation de la légitimité de l'organisation.

Ainsi, la théorie institutionnelle représente un important cadre théorique, souvent mobilisé dans les études relatives au concept d'*accountability* et aux pratiques de gestion dans le secteur hospitalier (Modell et al., 2007 ; Modell, 2009 ; Pettersen, 2009 ; Covaleski et Dirsmith, 1988 ; Fogarty, 1992).

En se basant sur le cadre théorique néo-institutionnel, les recherches montrent que l'implémentation de l'*accountability* a une fonction de légitimation (Brunsson, 2006 ; Modell et al., 2007).

Greenwood et Hinings (1996) ont soutenu que la théorie néo-institutionnelle est un cadre théorique solide parce qu'elle combine l'importance au niveau interne, de l'ancien institutionnalisme sur le pouvoir, les valeurs, les attitudes et sur le comportement politique. Elle met également l'accent sur l'importance externe du néo-institutionnalisme, centré sur la légitimité et le champ organisationnel (DiMaggio et Powell, 1983 ; Meyer et Rowan, 1977).

Les théories institutionnelles, aussi diverses soient-elles, dépassent les hypothèses de rationalité et la quête unique de l'efficacité pour inclure les croyances, les normes et les règles socialement construites, et mettent en lumière l'impact de ces constructions sociales sur le comportement des organisations (DiMaggio et Powell, 1983).

La théorie institutionnelle offre ainsi aux chercheurs un outil d'investigation sur la manière dont les organisations évoluent dans le temps, en particulier dans un environnement institutionnel complexe de changements politiques, réglementaires et technologiques (Greenwood et Hinings,

1996). Cette théorie représente une théorie capable d'expliquer la réponse de l'organisation aux pressions du champ institutionnel en fonction de la dynamique interne de l'organisation (Greenwood et Hinings, 1996).

Un parallèle avec la présente recherche peut parfaitement être établi puisque nous cherchons à expliquer les réponses des organisations hospitalières aux pressions coercitives, et par conséquent à examiner les effets intra-organisationnels et les rôles de l'*accountability* dans le secteur hospitalier français. Ainsi notre recherche doctorale s'inscrit dans une approche néo-institutionnelle.

1.2. Evolution de la théorie néo-institutionnelle

La théorie néo-institutionnelle comporte plusieurs écoles de pensées : institutionnalisme historique, institutionnalisme des choix rationnels, et institutionnalisme sociologique (Hall et al., 1997). Selon Hall et al. (1997), les différentes versions du néo-institutionnalisme « *cherchent toutes à élucider le rôle joué par les institutions dans la détermination des résultats sociaux et politiques* ».

• Le néo-institutionnalisme historique

Selon Thelen (1999), les institutionnalistes historiques considèrent les choix politiques réalisés dans le passé, et analysent leur influence dans le futur (Peters, 2012).

Une approche qui n'est pas considérée en raison du manque de recul sur l'introduction récente des outils d'*accountability* que nous étudions dans ce travail doctoral, et du manque d'attention accordée à la compréhension de la façon dont les institutions influencent les comportements.

- **Le néo-institutionnalisme du choix rationnel**

Selon Hall et al. (1997), « *le développement d'une institution s'explique par référence à l'efficacité avec laquelle elle sert les finalités matérielles de ceux qui l'acceptent* ». Par conséquent, conformément aux travaux de Steinmo et al. (1992), les institutions ont pour rôle de préciser ou d'imposer les stratégies que les acteurs adoptent dans la recherche de leurs intérêts.

- **Le néo-institutionnalisme sociologique**

La SNI (Sociologie Néo-Institutionnelle) possède une originalité par rapport au néo-institutionnalisme du choix rationnel, puisque cette branche rejette le modèle « d'acteur rationnel » et soutient que les organisations adopteraient des pratiques « tenues pour acquises », en dépassant la seule logique de l'efficacité. La SNI inclut « *non seulement les règles, procédures ou normes formelles, mais aussi les symboles, les schémas cognitifs qui fournissent les « cadres de signification » guidant l'action humaine* » (Hall et al., 1997, p. 482.).

Selon Hall et al., « *les sociologues institutionnalistes cherchent à expliquer pourquoi les organisations adoptent un ensemble donné de formes, procédures ou symboles institutionnels, en insistant sur la diffusion de ces pratiques* » (p. 482).

Les institutionnalistes en sociologie affirment que les organisations adoptent fréquemment une pratique institutionnelle, parce que celle-ci détient une valeur reconnue dans leur environnement et renforce ainsi leur légitimité (Hall et al., 1997, p. 485).

En rompant avec les courants centrant leur analyse sur les démarches rationnelles des dirigeants (visant à maximiser l'efficience économique de l'action organisationnelle), le néo-institutionnalisme a suscité de nombreuses réflexions (Scott, 2001). Comme le souligne Desreumaux (2004), l'accueil de la variable institutionnelle par les managers a été quelque peu ambigu, « *à la fois fascination pour une nouvelle perspective, et rejet, pour son divorce avec l'image que les managers ont d'eux-mêmes (…), celle de décideurs rationnels, ou qui aiment à rendre compte rationnellement de leurs actions* ».

En résumé, cette théorie permet d'attirer l'attention sur l'influence des pressions (étatiques, sociétales, culturelles), que les organisations adoptent, pour se conformer aux attentes externes à l'organisation (Meyer et Rowan, 1977).

Ce changement ne rend pas nécessairement les organisations plus efficaces (DiMaggio et Powell, 1983), mais se conformer à ces règles institutionalisées leur permet d'asseoir une légitimité (Meyer et Rowan, 1977). Meyer et Rowan ont soutenu que les pratiques institutionnalisées fonctionnent comme de puissants mythes et que de nombreuses organisations les adoptent cérémonieusement (p. 340) en vue de leur garantir une reconnaissance par leur environnement externe.

Le néo-institutionnalisme sociologique développé est une approche adaptée au cas de l'hôpital public français puisqu'elle porte sur l'analyse des évolutions des organisations dans une recherche de conformité aux règles, valeurs et attentes institutionnalisées.

Cette thèse repose sur l'utilisation de la théorie néo-institutionnelle TNI comme cadre théorique (DiMaggio et Powell, 1991) pour obtenir une meilleure compréhension des changements intra-organisationnels dans les hôpitaux publics, suite aux récentes réformes du secteur hospitalier public en France.

1.3. La définition des principaux concepts clés mobilisés

La théorie institutionnelle suppose que les organisations se soumettent à des **pressions institutionnelles** et se conforment aux pratiques socialement acceptées (DiMaggio et Powell, 1983 ; Meyer et Rowan, 1977).

De nombreuses dynamiques d'actions découlent non d'impératifs technologiques et matériels mais plutôt de normes culturelles, de symboles, croyances et rituels (DiMaggio et Powell, 1983). L'objectif principal du changement organisationnel n'est pas la recherche d'une meilleure performance mais une plus grande **légitimité**. Ainsi, les organisations adoptent des pratiques socialement acceptées, en réponse à la pression de leur contexte institutionnel pour maintenir leur légitimité (DiMaggio et Powell, 1983 ; Meyer et Rowan, 1977). Ces actions rendent l'organisation plus digne de confiance envers les parties prenantes (Power, 2005).

Des théoriciens comme DiMaggio et Powell (1983) ont montré que les organisations se conformant à l'environnement institutionnel du champ, les menaient à se ressembler : on parle alors d'**isomorphisme.** Le champ organisationnel est « *une communauté d'organisations qui partagent un système de sens et dont les participants interagissent plus fréquemment et inévitablement entre eux qu'avec des acteurs en dehors du champ* » (Scott, 1995, p. 56). Ce champ est ainsi un réseau d'organisations interagissant pour définir les règles et des valeurs (DiMaggio et Powell, 1983). Il faut ainsi différencier le niveau macro qui représente la société

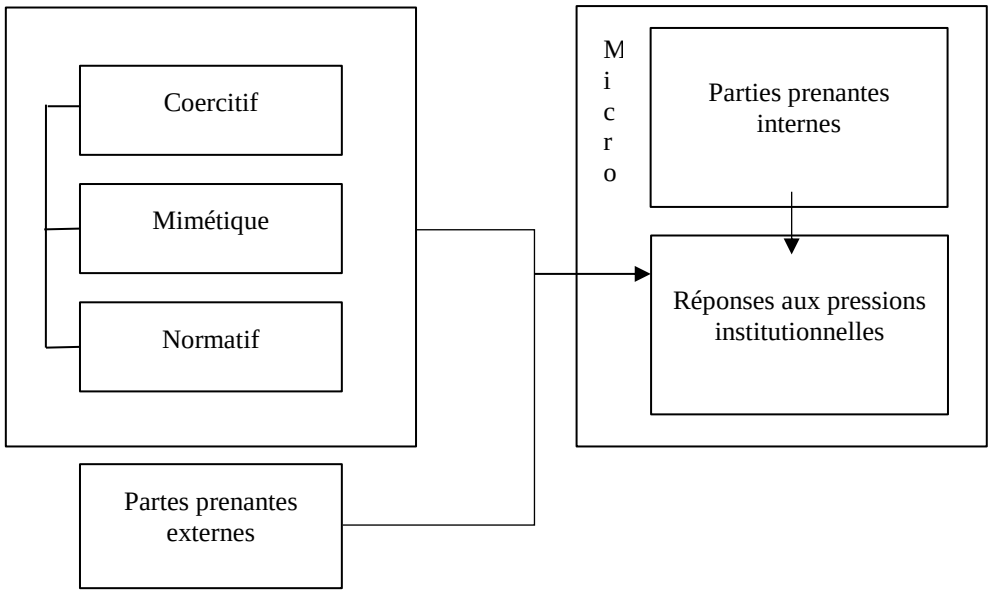
dans son ensemble, le niveau méso (le champ organisationnel) et le niveau micro (l'organisation).

- **Une organisation soumise à l'isomorphisme institutionnel**

Selon la théorie néo-institutionnelle, dans un milieu particulier les organisations, vont avoir tendance à imiter les autres. DiMaggio et Powell (1983) dégagent de leurs travaux le concept d'« isomorphisme » définit comme « *un processus d'homogénéisation croissant des organisations* ». Cette transition (de la diversité à l'homogénéité) se définit également comme « *un processus contraignant qui force une unité dans une population à ressembler à d'autres unités qui font face aux mêmes conditions environnementales* » (Hawley, 1968, cité dans DiMaggio et Powell, 1983, p. 149). Cette tendance vers l'isomorphisme (la similarité organisationnelle) ne dépend pas seulement des améliorations de la performance (D'Aunno et al., 1991), mais aussi de la légitimité (Boxenbaum et Jonsson, 2017). Les organisations qui utilisent des mythes rationnels sont légitimées sur le plan externe. « *Les vocabulaires de structure qui sont isomorphes avec les règles institutionnelles fournissent des comptes légitimes, rationnels et prudents* » (Meyer et Rowan, 1977, p.349).

Les organisations du même champ sont emprisonnées dans une « cage de fer » qui homogénéise leurs caractéristiques (DiMaggio et Powell, 1983). Les forces institutionnelles (figure 2) impactent la structure organisationnelle et un phénomène d'isomorphisme peut apparaître (DiMaggio et Powell, 1983). DiMaggio et Powell (1983) identifient deux types d'isomorphisme : compétitif et institutionnel. Dans notre cas nous retiendrons l'isomorphisme institutionnel.

Figure 2 : Résumé des pressions environnementales exercées sur les organisations (Source : auteur)



Cette tendance vers la conformité, nommée isomorphisme, est un élément central de la théorie institutionnelle. En réponse aux pressions institutionnelles (de natures cognitive, coercitive et normative) (DiMaggio et Powell, 1983), par une recherche de légitimité, trois types d'isomorphismes peuvent émerger (DiMaggio et Powell, 1983) :

- L'isomorphisme coercitif est le résultat de pressions réglementaires externes (attentes sociales et institutionnelles), ou de pressions intenses que des organisations puissantes peuvent exercer sur des organisations dépendantes. Elles sont susceptibles d'inciter au changement organisationnel pour renforcer leur légitimité (DiMaggio et Powell, 1983).

- L'isomorphisme mimétique résulte de l'imitation d'un comportement d'autres organisations considérées comme légitimes dans ce champ, sans rapport à l'existence de preuves sur l'efficacité des pratiques (DiMaggio et Powell, 1983). Cette forme d'isomorphisme peut conduire les managers à l'introduction de nouveaux outils et méthodes de gestion. Bensedrine et Demil (1998) soulignent ainsi que le benchmarking peut être appréhendé comme l'institutionnalisation d'un processus mimétique.

- L’isomorphisme normatif introduit la profession comme une force de socialisation (Fogarty, 1992). Il est défini par DiMaggio et Powell (1983) comme l’ensemble des efforts collectifs par lesquels les membres d’une profession développent un ensemble de règles, de conditions, de méthodes de travail afin d’établir une base cognitive légitime à leurs activités. Les professionnels subissent alors des pressions pour s’y conformer.

Scott (2001, 2008) catégorise trois piliers, lesquels correspondent largement aux pressions isomorphes de DiMaggio et Powell. Pour Scott (2008, p.60), la légitimité se fonde sur trois piliers : (i) le pilier réglementaire (afin de contrôler l’organisation), la légitimité est légalement sanctionnée et indiquée par des contraintes légales ; (ii) le pilier normatif, une obligation sociale que l’organisation doit suivre pour être légitime ; (iii) le pilier culturel-cognitif qui repose sur des croyances communes au sein de l’environnement des organisations (tableau 3).

Tableau 3 : Les trois piliers des institutions

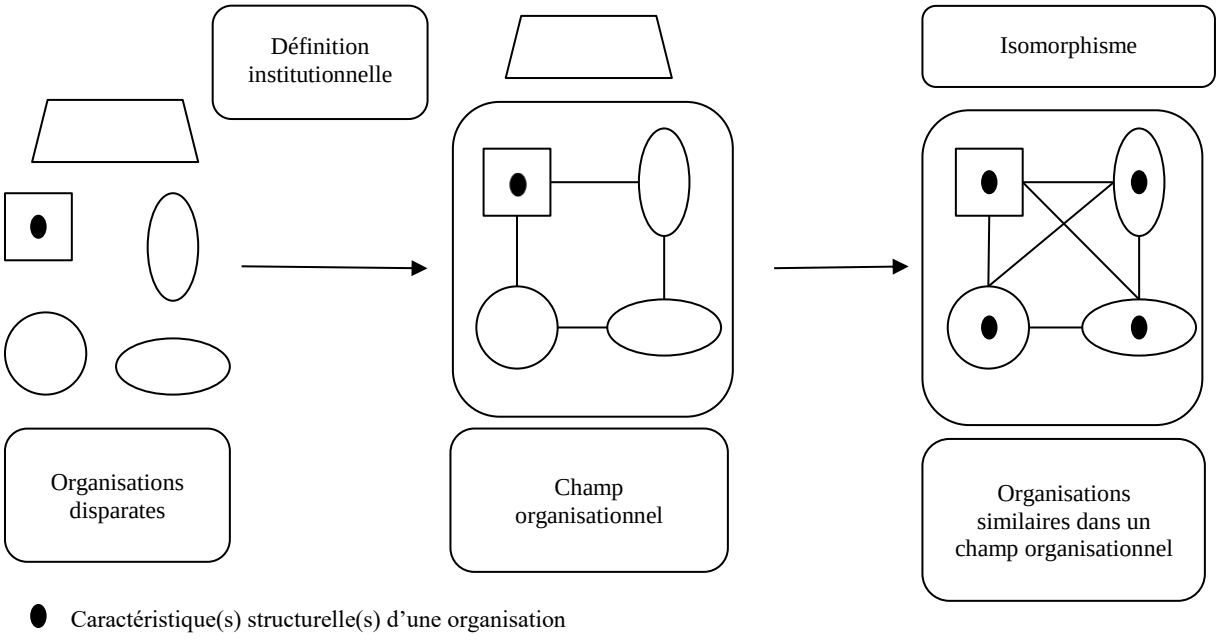
	Réglementaire	Normatif	Culturel-cognitif
Base de la conformité	Opportunité	Obligation sociale	Compréhension partagée
Indicateurs	Règles, lois, sanctions	Certification, accréditation	Croyances communes
Base de légitimité	Sanctionné légalement	Moralement gouverné	Reconnaissable, culturellement soutenu

Source : Scott, 2001

Alors que les trois pressions peuvent agir en même temps pour influencer les environnements institutionnels des organisations (DiMaggio et Powell, 1983), des cas peuvent survenir où l'effet d'un des trois isomorphismes prévaut sur les autres (DiMaggio et Powell, 1983). Les mécanismes isomorphes coercitifs, mimétiques et normatifs à travers lesquels les pressions conduisent à une plus grande harmonisation des structures et des pratiques organisationnelles (DiMaggio et Powell, 1983) s'appliquent au contexte du secteur hospitalier public. Alors que les forces mimétiques et normatives peuvent agir sur les hôpitaux, la présente étude soutient que l'introduction de l'*accountability* soumet les hôpitaux à de fortes pressions institutionnelles coercitives (loi HPST, réformes NPM). Par conséquent, cette étude postule que l'isomorphisme coercitif prévaut sur l'isomorphisme mimétique et normatif.

En synthèse, la figure 3 représente de façon schématique le processus d'isomorphisme.

Figure 3 : Résumé de l'isomorphisme (source adaptée des travaux de DiMaggio et Powell, 1983)



L'objectif principal de la SNI consiste à prendre en compte que la recherche de **légitimité**, différente de la quête d'efficience et qui structure le comportement d'une organisation. Les changements sont introduits pour répondre aux attentes externes, c'est-à-dire des raisons de légitimation externe (Meyer et Rowan, 1977, p.356- 59 ; Ansari et Euske, 1987, p.557-64 ; Greenwood et Hinings, 1996, p.1025).

Par conséquent, à travers la conformité avec les règles institutionnalisées et les attentes des parties prenantes externes, les organisations gagnent en légitimité (DiMaggio et Powell, 1983). Alvarez et Mazza (2000) soulignent que la légitimité permet aux organisations d'avoir un accès facilité aux ressources. Elles « *évitent la critique sociale, réduisent les exigences de rendre de compte à autrui, améliorent leur chance de sécuriser leurs ressources et augmentent leur probabilité de survie* » (Greenwood et al., 2008, p. 4).

En résumé, que ce soit par un processus coercitif (pressions sociales formelles et informelles exercées par les institutions et les attentes culturelles d'une société), normatif (origine dans la professionnalisation des groupes transversaux dont les pratiques font l'objet de conformité) ou mimétique (imitation par adoption des standards de référence liés à la performance face à

l'incertitude), la théorie néo-institutionnelle repose sur l'idée que les organisations se conforment au pouvoir **des institutions** dans une **quête de la légitimité** (Suchman, 1995).

Plusieurs chercheurs mobilisent le **concept d'institutions** (tableau 4), en soulignant par exemple la dimension de reproduction sociale (Burns et Scapens, 2000), ou une dimension de stabilité du comportement (Scott, 2001).

Tableau 4 : Définitions de l'institution

Articles	Définition des institutions
Barley et Tolbert (1997)	Ensemble de règles et typifications qui identifient des catégories d'acteurs sociaux et leurs activités ou relations appropriées
Burns et Scapens (2000)	Une façon de penser ou d'agir qui a une prévalence et une permanence, qui s'inscrit dans les habitudes d'un groupe ou de personnes, et qui induit une cohérence sociale autour de l'activité humaine, à travers la production et la reproduction d'habitudes de penser et d'agir.
Phillips et al. (2004)	Les institutions sont des constructions sociales issues de l'activité discursive qui influence les actions. Le discours construit ses propres conventions, donnant du sens à la réalité à travers sa façon propre d'autoriser ou d'interdire certaines façons de penser ou d'agir.
Leca (2006)	Les institutions sont définies comme des structures et des usages qui donnent du sens et de la stabilité au comportement social des agents (Scott, 2001). Elles sont fondamentalement cognitives et culturelles, à la fois habilitantes et contraignantes

Source : Inspiré des travaux de Boitier et Riviere, 2010

Selon Scott (2005, p. 33), « *les institutions sont des structures et activités cognitives, normatives et régulatrices qui donnent une stabilité et une signification aux comportements sociaux* ». Les néo-institutionnalistes les définissent comme « *les organisations formelles, les règles et les procédures informelles qui structurent le comportement* » (Steinmo et al., 1992).

Le concept d'institution conditionne ainsi les décisions des organisations. La mise en œuvre de leur structure formelle s'appuie sur les mécanismes de construction de la réalité sociale (Berger et Luckmann, 1966).

- **Les marges de manœuvre de l'organisation**

Dans son champ institutionnel, l'organisation est confrontée aux pressions isomorphes (Meyer et Rowan, 1977). La littérature néo-institutionnelle évoque une typologie **des réponses stratégiques** que les organisations peuvent adopter face aux pressions institutionnelles. Oliver (1991) conceptualise cinq types de stratégie de réponses organisationnelles, partant d'un faible niveau de résistance à un fort : de l'acceptation à la manipulation (voir tableau 5).

Ainsi différents comportements face aux pressions institutionnelles peuvent émerger selon Oliver (1991) :

- L'acceptation ou l'acquiescement (par soumission et mimétisme)
- Le compromis ou la négociation
- L'évitement : masquer la non-conformité à la norme derrière une façade de conformité (découplage de Meyer et Rowan (1977)), limiter les possibilités de contrôle externe, ou sortir du champ, changer d'activités dans lesquelles les pressions sont exercées
- Le défi : lorsque les pressions sont trop fortes, ou lorsque les organisations détiennent des arguments solides pour contester les règles
- La manipulation : l'organisation exerce son pouvoir sur les attentes institutionnelles, soit par un contrôle sur la source des pressions, soit par une influence, soit par cooptation (désignation d'un membre nouveau).

Oliver (1991) en intégrant une multitude de comportements stratégiques face aux pressions institutionnelles, permets d'enrichir la perspective institutionnelle.

Tableau 5 : Les réponses stratégiques aux pressions institutionnelles

Stratégies	Tactiques	Exemples
Acceptation	Habitude	Suivre des règles invisibles et les « pris pour acquis »
	Imitation	Imiter les modèles institutionnels
	Se conformer	Obéir aux règles et accepter les normes
Compromis	Equilibrer	Concilier les attentes des différentes parties prenantes
	Pacifier	Apaiser et accommoder les éléments institutionnels
	Négocier	Négocier avec les parties prenantes
Evitement	Dissimuler	Distinguer la non-conformité
	Faire tampon	Se détacher des attachements à l'institution
	Fuite	Changer de buts, d'activités ou de domaines
Défiance	Rejeter	Ignorer les normes et valeurs explicites
	Défier	Contester les règles et les besoins
	Attaquer	Attaquer les sources des pressions institutionnelles
Manipulation	Coopter	Importer des personnes influentes
	Influencer	Mettre en forme des valeurs et des critères
	Contrôler	Dominer les constituants et processus institutionnels

Source : Oliver, 1991, p.152

- **Un découplage : une forme de résistance aux pressions institutionnelles**

L'une des difficultés liées à la recherche de légitimité est la mise en place d'un découplage. Meyer et Rowan (1991) montrent que même si ces organisations accroissent leur légitimité, un phénomène de découplage peut apparaître car les pratiques effectives des organisations peuvent entrer en conflit (Meyer et Rowan, 1977). En effet, l'isomorphisme qui agit sur les organisations rentre parfois en contradiction avec la performance de ces organisations (Boxenbaum et Jonsson, 2008). Ainsi un découplage des logiques institutionnelles permettra d'avoir des effets symboliques et très peu d'effet en pratique (Brunsson et Olsen, 1993).

Pour maintenir leur légitimité, les organisations peuvent opérer un découplage entre les structures formelles et leurs pratiques organisationnelles (Meyer et Rowan, 1977 ; Boxenbaum, et Jonsson 2008 ; Westphal et Zajac 2001 ; Fiss et Zajac, 2006). Selon Meyer et Rowan (1991), le découplage constitue une réponse à une contradiction entre la pratique mise en place et l'efficience organisationnelle interne, mais aussi entre des pressions institutionnelles multiples. Ainsi, les organisations affichent des changements qui seraient suffisants pour assurer leur légitimité sans effets sur la réalité organisationnelle (Oliver, 1991) et sans pour autant qu'ils soient en rapport avec l'efficience de l'organisation (Weick, 1976 ; Meyer et Rowan, 1977). Une étude dans les hôpitaux danois s'est portée sur les réformes de la gestion et sur le concept du découplage et indique que « *seule la surface a changé et les relations de pouvoir et les attitudes restent largement intactes* » (Jespersen et al., 2002, p.1570). Oliver souligne que *« plus sera réduite la cohérence entre les normes ou les obligations institutionnelles et les buts organisationnels, plus la probabilité d'une résistance organisationnelle aux pressions institutionnelles sera forte »* (Oliver, 1991, p. 164).

- **Un besoin de légitimité pour la survie de l'organisation**

Les théoriciens fondateurs de la TNI mettent en évidence l'homogénéisation des structures organisationnelles, sous l'influence d'institutions coercitives, cognitives et normatives, parfois indépendamment de la recherche de l'efficacité interne de ces structures (DiMaggio et Powell, 1983). Les organisations se conforment aux pressions institutionnelles en adoptant des structures formelles similaires pour gagner en légitimité.

Ainsi, les organisations adoptent des pratiques socialement acceptées, en réponse aux pressions de leur contexte institutionnel, pour maintenir leur légitimité (DiMaggio et Powell, 1983 ; Meyer et Rowan, 1977). Abordée par Dowling et Pfeffer (1975) ou Parsons (1960), comme un comportement approprié de l'organisation dans son environnement, Suchman (1995, p. 574) propose d'opter pour une vision dynamique de la légitimité : « *la légitimité est une perception ou présomption généralisée selon laquelle les actions d'une entité sont souhaitables, convenables ou appropriées au sein d'un système socialement construit de normes, valeurs, croyances et définitions* » (Suchman, 1995, p. 574). La légitimité est donc un jugement social attribué à une organisation par ses parties prenantes (Zimmerman et Zeitz, 2002 ; Ashforth et Gibbs, 1990). A cet égard, les organisations adaptent leurs caractéristiques internes dans le but de se conformer aux attentes des parties prenantes clefs de leur environnement (Ashworth et al., 2007).

La conformité des organisations aux diverses pressions subies, va leur permettre d'acquérir une légitimité. Suchman (1995) aborde trois types de légitimité : cognitive, pragmatique et morale. Selon le cadre du néo-institutionnalisme, la légitimité cognitive met l'accent sur les forces culturelles et cognitives à l'œuvre dans un environnement institutionnel. Dans cette approche, les règles qui fondent l'ordre socialement accepté définissent les catégories d'acteurs qui peuvent exister, leurs droits ainsi que les actions qu'ils peuvent réaliser. La légitimité pragmatique est associée à l'évaluation de l'organisation par les parties prenantes (Suchman, 1995). La légitimité morale est davantage fondée sur un jugement des croyances sociales de l'organisation selon un système de valeur construit ; elle se focalise sur la manière dont l'organisation est perçue (positivement ou négativement) par son macro-environnement (Greenwood et al., 2002 ; Suchman, 1995).

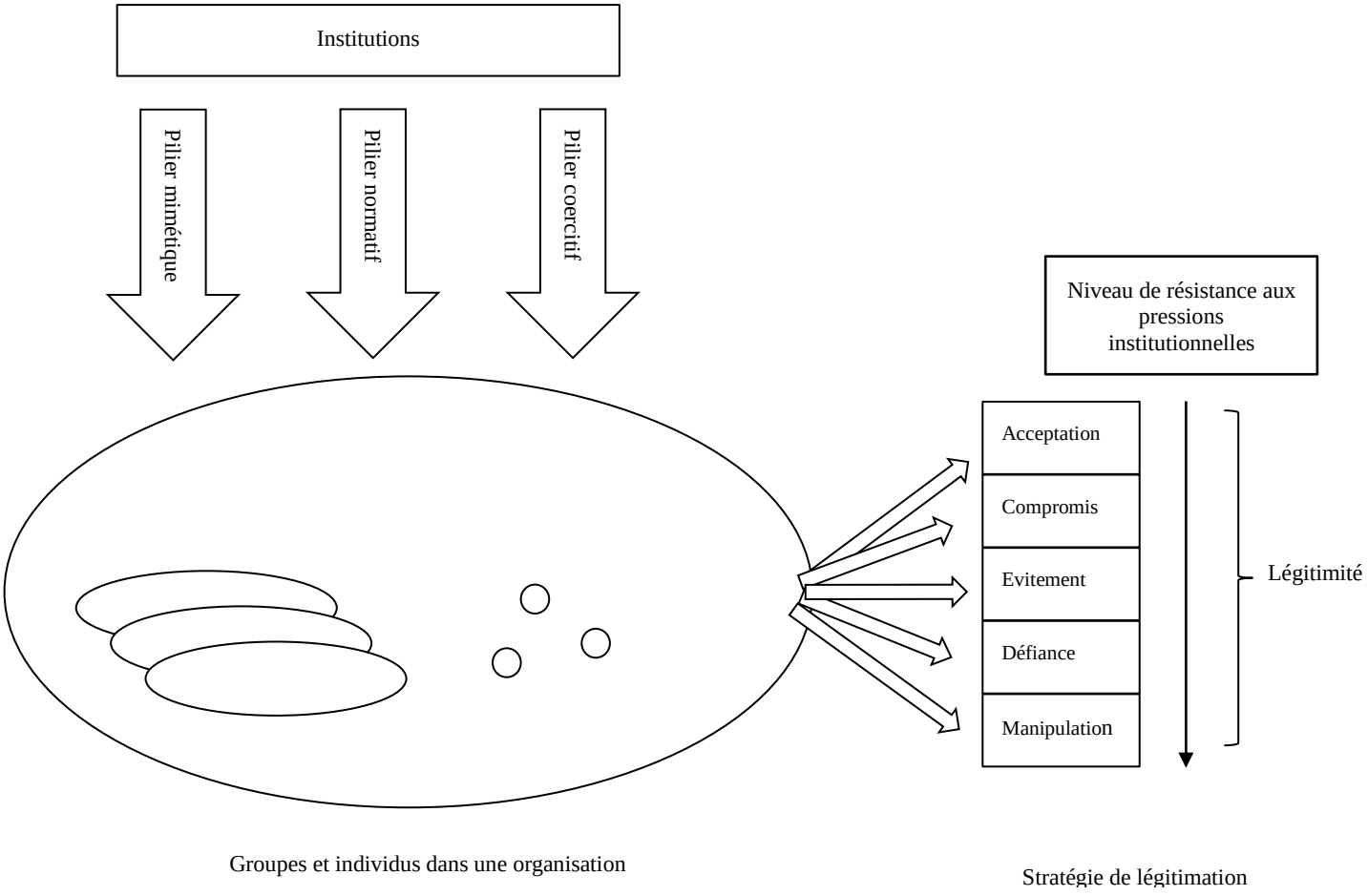
Ces formes de légitimité doivent être obtenues, maintenues et réparées selon les circonstances (Suchman, 1995) afin de survivre dans leur environnement. Dans le secteur de la santé américain, Scott et al. (2000) démontrent que les trois catégories de légitimation contribuent à la survie de l'organisation hospitalière dans un environnement compétitif.

Bien que la légitimité soit conférée à des fins externes, elle évolue également au sein de l'organisation au niveau des individus (Lounsbury et Crumley, 2007, p. 994) qui œuvrent à renforcer leurs actions, pratiques et valeurs décrites comme bénéfiques pour leur organisation (Kostova et Zaheer, 1999).

A cet égard, des règles internes peuvent spécifier les caractéristiques formelles des acteurs de l'organisation, *« quelles procédures ils peuvent suivre et quelles significations sont associées à leurs actions* » (Ruef et Scott, 1998, p.879). Par ces règles, les membres ont connaissance de leurs rôles au sein de la structure. L'hôpital fait face à une variété de parties prenantes. Une première catégorie est interne : administrateurs, gestionnaires, personnel soignant, médecins (Stone et Brush, 1996 ; Glouberman et Mintzberg, 2002). Une seconde catégorie de parties prenantes est externe : financeurs publics, banques et la tutelle (Ruef et Scott, 1998). Afin de répondre aux attentes des parties prenantes externes, le législateur a conduit de nombreuses réformes au sein des organisations publiques hospitalières. Ces réformes ont mené les hôpitaux à l'implémentation de nouveaux dispositifs engageant des changements organisationnels (Merdinger-Rumpler et Nobre 2011). Ces derniers se sont accompagnés d'un fort décalage temporel entre l'identification des problèmes et leur résolution (Schweyer, 2006), l'émergence de contradictions et d'injonctions paradoxales (Detchessahar et Grévin, 2009), l'implémentation forcée mettant en difficulté des professionnels de santé parfois peu formés aux logiques gestionnaires (Minvielle et Contandriopoulos, 2004) et ternissant l'image des administrations hospitalières (Boiteau, 2016).

Pour résumer, la figure 4 présente de manière globale les différents concepts présentés dans ce premier point de section.

Figure 4 : schéma récapitulatif des réponses aux pressions institutionnelles



Source : Adaptée de Mignerat et Rivard, 2005 (figure basée sur les travaux de DiMaggio et Powell, 1991, p67-74 et Oliver, 1991, p.152)

Ainsi, DiMaggio et Powell (1983) ont apporté une compréhension de l'isomorphisme en se concentrant sur les dynamiques structurelles des champs organisationnels. Quelques années après, DiMaggio (1988) met au premier plan le rôle de l'acteur en développant la notion d'entrepreneur institutionnel (Dacin et al., 2002). Cet auteur réintroduit la capacité de l'acteur (dont le comportement était déterminé par les prescriptions institutionnelles selon la TNI (Seo et Creed, 2002) de s'engager dans les changements institutionnels et d'agir pour garder une certaine autonomie vis-à-vis des pressions des institutions.

Ainsi, les organisations faisant face à diverses pressions, il ne faut pas oublier que l'existence de pressions, de règles déterminent également les actions, les conduites et donnent sens à la réalité des acteurs. ***Dans la théorie néo-institutionnelle, cette notion apparaît au travers du concept de logiques institutionnelles (Friedland et Alford, 1991).***

2. Une multitude de logiques institutionnelles dans les organisations publiques

2.1. L'approche par les logiques institutionnelles : un système liant les niveaux micro et macro

Dans les travaux de DiMaggio et Powell (1983), les prémices des logiques institutionnelles prennent en considération les influences que subit l'organisation et qui façonnent ainsi ses règles formelles et informelles pour déterminer les actions et la conduite des acteurs. L'organisation est effectivement sujette à des lignes de conduite, lesquelles s'imposeraient également aux acteurs de ces organisations.

Thornton et Ocasio, (2008, p.100) soulignent qu'« *en fournissant un lien entre institutions et action, l'approche par les logiques institutionnelles fournit un pont entre le niveau macro, les perspectives structurelles de Meyer et Rowan (1977) ainsi que de DiMaggio et Powell (1983) et l'approche par les processus de Zurcker, plus micro* » (Thornton et Ocasio, 2008, p.100).

Pour définir les logiques institutionnelles, plusieurs auteurs proposent des définitions que nous détaillerons ci-après.

- **Les logiques institutionnelles comme système symbolique**

Dans le cadre de la TNI, Friedland et Alford (1991) utilisent le terme de logiques institutionnelles pour décrire les pratiques et croyances présentes dans la société. Ainsi « *ils voient les institutions comme des modèles supra organisationnels d'activité enracinés dans des pratiques matérielles et des systèmes symboliques par lesquels les individus et les organisations produisent et reproduisent leur vie matérielle et rendent leurs expériences significatives* » (Thornton et Ocasio, 2008, p.101). L'institution va ainsi guider par des éléments symboliques, l'action des individus et des organisations.

Ainsi les logiques institutionnelles sont envisagées comme « *(…) des systèmes symboliques, des manières d'ordonner la réalité et de ce fait rendant l'expérience du temps et de l'espace significative* » (Friedland et Alford, 1991, p. 243). Les individus vont donc par conséquent subir les effets des logiques institutionnelles qui vont façonner leur représentation, donner sens à la réalité et guider leur action.

- **Les logiques institutionnelles comme système normatif : approche structurelle et normative**

D'autres auteurs s'attachent à définir les logiques institutionnelles, Jackall (1988, p.112) les définit comme « *le compliqué, construit par l'expérience et, de ce fait, un ensemble contingent de règles, primes et sanctions que les hommes et femmes, dans des contextes particuliers, créent et recréent de telle manière que leurs comportements et perspectives d'accompagnement sont dans une certaine mesure régularisées et prévisibles* ». Pour Jackall, les logiques institutionnelles poussent, et non plus façonnent, les individus à agir. Les individus ainsi vont voir leur action normée par les logiques institutionnelles.

- **Les logiques institutionnelles comme système symbolique et normatif**

Dans le prolongement de Jackall (1988), Thornton et Ocasio (1999) soulignent que les institutions sont porteuses de symboles et de normes, et ont une influence sur les individus présents dans l'organisation. Ainsi les logiques institutionnelles sont considérées comme « *le modèle socio-historique des pratiques matérielles, des suppositions, des valeurs, des croyances et des règles par lesquelles les individus produisent et reproduisent leur substance matérielle,*

organisent le temps et l'espace et donnent du sens à leur réalité sociale » (Thornton et Ocasio, 1999, p.804).

Les logiques institutionnelles vont alors contraindre l'action des acteurs « *(…) elles fournissent les règles formelles et informelles d'action, d'interaction et d'interprétation qui guident et contraignent les décideurs dans l'accomplissement des tâches de l'organisation et dans l'obtention de statuts sociaux, des crédits, des pénalités et des récompenses dans le processus* » (Thornton et Ocasio, 1999, p.804). Ces auteurs intègrent les aspects structurels, normatifs et symboliques comme « *trois dimensions nécessaires et complémentaires de l'institution* » (Thornton et Ocasio, 2008, p 101).

- **Les logiques institutionnelles : un cadre reliant les institutions, les individus et les organisations**

En 2012, Thornton et al. proposent d'élargir leur analyse des logiques institutionnelles. Ils se questionnent sur « *comment les individus et acteurs organisationnels sont influencés par leur situation dans des emplacements sociaux multiples au sein d'un système interinstitutionnel (…)* » (Thornton et al., 2012, p.2). Selon eux, les logiques institutionnelles doivent être analysées comme une notion correspondant à la perception qu'ont les acteurs de l'institution « *l'interprétation de l'aspect symbolique et matériel de l'institution* » (Thornton et al., 2012, p.5). Ainsi selon ces auteurs, les institutions possèdent des éléments matériels mais aussi symboliques, ce qui se distingue de la théorie néo-institutionnelle. Pour Thornton et al., les éléments matériels renvoient à la structure organisationnelle ainsi qu'aux pratiques de l'organisation, alors que l'aspect symbolique correspond aux représentations de la réalité des acteurs.

Les logiques institutionnelles peuvent avoir une influence et guider les intérêts, les pratiques des acteurs (Lok, 2010).

2.2. La présence de différentes logiques institutionnelles : un facteur de tensions au sein de l'organisation hospitalière

Dunn et Jones (2010) soulignent que plusieurs logiques institutionnelles peuvent être présentes dans une organisation. Les organisations, ainsi que les individus pouvant être présents dans un environnement institutionnel pluriel (Thornton et Ocasio, 1999) vont être soumises à différents systèmes normatifs. La pluralité des logiques institutionnelles peut entraîner des ordres institutionnels contradictoires (Greenwood et al., 2010) et une concurrence entre celles-ci (Oliver, 1991). Cette concurrence peut se matérialiser par des tensions entre les individus porteurs de logiques contradictoires (Dunn et Jones, 2010) : « *chacune est associée à différents principes organisationnels et chacune demande différents ensembles de comportements des acteurs sur le terrain* » (Reay et Hinings, 2009, p.630).

Les organisations hybrides (Pache et Santos, 2013), telles que les hôpitaux, sont alors considérées comme des arènes de conflits internes avec une multitude de logiques (Battilana et Dorado, 2010 ; D'Aunno et al., 1991 ; Pache et Santos, 2010). Chaque sphère détient ainsi ses propres valeurs et ses normes. Les logiques professionnelles ont été présentées comme laissant place à une logique administrative et managériale, mais les professionnels résistent aux réformes en essayant de protéger leurs activités de base et leurs valeurs clés (Broadbent et Laughlin, 1998 ; Robbins, 2007). Les professionnels ayant un engagement élevé envers les valeurs professionnelles et un faible engagement envers les valeurs managériales (Comerford et Abernethy, 1999 ; Exworthy et Halford, 1999), ont tendance à résister. Broadbent et al. (2001) montrent l'existence de résistances de médecins face au risque d'évolution de leur relation avec les patients lors de la mise en œuvre de l'*accountability* (p.566). Les médecins ont affirmé être responsables de leurs actes, de leur jugement clinique, et non d'un ensemble de pratiques et de procédures comptables (Bloomfield et al., 1992 ; Rea, 1994). Des conflits entre les médecins et administratifs par la différence entre logiques de soins et comptables peuvent apparaître.

- **La concurrence de logiques institutionnelles : existence de frontières entre les sphères**

Selon Pache et Santos (2013), l'adhésion à une logique institutionnelle dépend de plusieurs critères. Tout d'abord, elle dépend du degré de disponibilité, d'activation et d'accessibilité des connaissances de cette logique institutionnelle. La littérature nous indique que la présence de

logiques institutionnelles concurrentes présente dans une organisation peut conduire à un cloisonnement entre les groupes porteurs de ces logiques concurrentes et peut mener à la création de frontières entre ces groupes d'acteurs. D'après Chreim et al. (2013, p.204), une frontière se réfère « *aux délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles, basées sur les connaissances ou autres qui séparent une entité d'une autre* ». Toutefois ces frontières sont perméables et tout un pan sur le « travail frontière » permet d'agir sur ces dernières. « *Les frontières minces/faibles sont « perméables » (ouvertes aux influences) et « intégrantes » (enclines à la fusion d'éléments de diverses catégories), tandis que les frontières épaisses/fortes sont « imperméables » (fermées aux influences) et « qui va segmenter » (sujettes à diviser les éléments des diverses catégories)* » (Kreiner et al., 2009, p. 705). Selon Chreim et al (2013), trois types de travail frontière peuvent ainsi être énoncés :

- La fermeture permettant de conserver l'autonomie, et protéger le contrôle des ressources
- La contestation/négociation en remodelant la répartition des pouvoirs entre les groupes
- L'ouverture visant un partage de connaissances et de compétences entre les groupes d'acteurs. Dans ce cas, une collaboration entre les mondes peut s'opérer.

Selon Hawkins et al (2012), quatre mécanismes de passage de frontières sont identifiés : les objets-frontières, les pratiques frontières, les discours frontières et les passeurs de frontières. Star et Griesemer (1989) s'attachent à définir les objets-frontières comme des « *objets qui sont à la fois assez souple pour s'adapter à des besoins et contraintes spécifiques des différentes parties qui l'utilisent, mais aussi assez robustes pour maintenir une identité commune entre les mondes. (…) Ces objets peuvent être abstraits ou concrets. Ils ont différents sens dans différents mondes sociaux mais leur structure est suffisamment commune à plus d'un monde pour les rendre reconnaissables* » (p.393). Dans un sens large, les objets-frontières sont également considérés comme « *tout artefact qui intervient dans la coordination entre acteurs ou qui est à la frontière entre deux mondes* » (Trompette et Vinck, 2009, p.11).

Concernant les pratiques frontières, celles-ci ont pour but de dépasser les frontières en incitant les acteurs issus de mondes différents à s'engager dans des activités communes (Hawkins et al., 2012).

Quant aux discours frontières, ils se réfèrent à des discours réduisant les incertitudes et facilitant ainsi les interactions entre groupes d'acteurs et leur collaboration.

Enfin, le passeur de frontières se trouvant à la croisée des mondes, doit être identifié comme faisant partie des différents mondes, disposer de connaissances sur ces derniers et se faire le médiateur (Bergeron et al., 2013). Sa position sociale (Battilana, 2006) est un élément crucial pour l'obtention d'une légitimité qui est nécessaire au passage de frontières.

Williams (2002) propose différents critères pour caractériser le profil type d'un passeur de frontières :

- « Réticuliste » : le passeur de frontières sera sensible à « relier les intérêts, les professions et les organisations » (Webb, 1991, p.231)
- Entrepreneur et innovant : celui-ci doit faire preuve de flexibilité et se protéger sur le long terme. En ce sens, Williams (2002) rapproche la notion de passeur de frontière à celle d'entrepreneur institutionnel (Battilana, 2006)
- Altérité : il a l'appétence de comprendre son environnement et de valoriser « les différences en termes de culture, d'état d'esprit, de profession et de 'regard' » (Williams, 2002, p.110)
- Confiance : la confiance apparaît nécessaire pour la collaboration et la coopération des individus (Mayer et al., 1995)
- Leadership : le passeur de frontière apparaît comme un leader permettant de susciter l'adhésion des différents acteurs autour d'une vision commune

- **De la concurrence à la coexistence entre logiques institutionnelles**

Dans une organisation, si une hiérarchie entre logiques est présente, il est toutefois possible que le positionnement d'une logique par rapport à une autre soit susceptible d'évoluer ; celles-ci en effet sont considérées comme contingentes (Thornton et al., 2012). Une logique dominante peut en période de nouvelle législation par exemple, être fragilisée et laisser une place importante aux autres logiques, et ainsi remodeler la hiérarchie des logiques institutionnelles (Hayes et Rajao, 2011).

Par conséquent, le changement dans les rapports entre logiques institutionnelles peut se dérouler lorsque des individus porteurs d'une autre logique détiendront l'ascendant sur les représentants de l'autre logique (Rao et al., 2003). Cela peut entraîner des conflits mais aussi une coexistence entre logiques concurrentes (Kristen Lê, 2011). Cette coexistence découle d'un processus :

- Séparation des logiques consistant à limiter les contacts entre les individus porteurs de logiques concurrentes
- Confrontation des logiques créant des conflits
- Concilier les logiques et les faire converger vers un objectif commun

Selon d'autres auteurs, la coexistence entre logiques peut résulter d'une codépendance, c'est-à-dire qu'une logique va s'appuyer sur une autre pour perdurer (Greenwood et al., 2010). Ainsi les acteurs porteurs de logiques différentes vont aller dans le même sens.

Selon Kraatz et Block (2008), l'organisation répond de différentes manières à la pluralité institutionnelle : la suppression, la séparation la conciliation et l'institutionnalisation.

La suppression consiste à ne garder qu'une ligne directrice de l'organisation tout en faisant abstraction des pressions institutionnelles exercées sur l'organisation. La séparation vise à distinguer les différentes sphères institutionnelles tout en répondant aux différentes attentes. La conciliation va amener les organisations à réaliser des coopérations des différentes logiques institutionnelles. Enfin, l'institutionnalisation représente une étape supérieure à celle de la conciliation, puisque l'organisation va combiner les différentes logiques institutionnelles pour n'en faire émerge qu'une seule.

Dans un contexte de concurrence de logiques institutionnelles, le manager hybride peut se trouver dans une position favorable pour œuvrer à la conciliation de plusieurs logiques institutionnelles (Sartirana et al., 2013), ainsi que pour trouver des solutions permettant de répondre aux demandes contradictoires (Besharov, 2014).

Pour Battilana et Dorado (2010), le recrutement d'acteurs basé non pas sur les compétences mais sur les capacités des individus à rapprocher les acteurs sur un objectif commun, pourrait permettre de limiter les tensions entre les différentes logiques institutionnelles. La création d'un sens commun est pour Weick (1995, p27-28) comme un « *processus prenant place dans les interactions entre les membres de l'organisation visant à réduire collectivement l'équivocité perçue d'une situation* ». Réduire l'équivocité nécessite d'avoir un discours organisationnel donnant un sens aux actions des membres (Weick et al., 2005), ainsi que de contenir les difficultés liées aux différentes logiques institutionnels présentes dans les organisations (Jay, 2013).

Conclusion de la section 1

Le but de cette section était de présenter le cadre théorique du néo-institutionnalisme. Après un bref retour sur les différentes théories institutionnelles, nous nous focalisons sur la « néo » institutionnelle dont le suffixe indique qu'il s'agit du renouvellement de la théorie institutionnelle. Par le fait qu'elle porte une attention particulière aux pressions de nature réglementaire (les lois et les règlements), normative (les normes et les valeurs) et cognitive (les représentations symboliques tenues pour acquises) (Scott, 2001) qui ont lieu dans les organisations, la théorie néo-institutionnelle constitue un cadre théorique dès plus légitime à notre démarche.

Cette théorie nous a ainsi permis de préciser l'influence de l'environnement institutionnel sur les organisations. Après avoir défini les éléments clés de cette théorie, nous avons montré comment les organisations répondaient aux pressions de leurs environnements et quelles étaient les stratégies de légitimation.

Cette section a montré, que de nombreuses dynamiques d'actions découlent non d'impératifs technologiques et matériels mais plutôt de normes culturelles, de symboles, croyances et rituels (DiMaggio et Powell, 1983). L'objectif principal du changement organisationnel n'est pas la recherche d'une meilleure performance mais une plus grande légitimité. Ainsi, les organisations adoptent des pratiques socialement acceptées, en réponse à la pression de leur contexte institutionnel pour maintenir leur légitimité (DiMaggio et Powell, 1983 ; Meyer et Rowan, 1977). Toutefois, face aux pressions institutionnelles, Westphal et Zajac (1994) mettent en lumière un découplage stratégique entre l'affichage d'un comportement rationnel et l'adoption effective des pratiques.

Dans un second temps, nous nous sommes focalisés vers l'approche par les logiques institutionnelles. En effet, dans les organisations hospitalières, il existe une pluralité de sphères détenant ses valeurs propres, ses normes et ses obligations, induisant ainsi des actions différentes et de multiples rationalités légitimes. Après avoir défini ce concept de logiques institutionnelles, nous mettons en évidence que la multitude de ces dernières peut entraîner des ordres institutionnels contradictoires. Les logiques institutionnelles peuvent ainsi rentrer en conflit et générer éventuellement un découplage (Meyer et Rowan, 1977). Nous soulignons par la suite que l'existence d'un manager hybride peut, sous certaines conditions, atténuer les

tensions entre les différentes logiques institutionnelles et œuvrer à une conciliation de ces dernières.

Cette section nous a permis de mettre en lumière que la conformité d'une organisation avec les pressions institutionnelles (dispositifs d'*accountability*) renforce sa légitimité (Ezzamel et al., 2007). Ainsi, il nous parait pertinent de mobiliser le concept d'*accountability.*

SECTION 2 : L'*accountability*

Nous mobilisons dans notre recherche le concept de l'*accountability*.
L'obligation de rendre des comptes peut prendre la forme de « dispositifs » spécifiques au sens d'Agamben (2007) adoptés par des organisations. Ces dispositifs sont mis en place suite à des pressions de l'environnement dans le cadre de processus de légitimation et s'inscrivent ainsi dans le cadre théorique du néo-institutionnalisme. Les travaux conduits sur l'*accountability* suggèrent que ce concept peut avoir une fonction de légitimation de l'espace financier d'organisations fournissant des services publics (Brunsson, 2006 ; Modell et al., 2007).
Nous tenterons de définir dans un premier temps le concept d'*accountability* puis nous définirons les différentes dimensions de ce concept et les illustrerons par des exemples présents au sein du secteur hospitalier.

1. Etymologie et définitions de l'accountability

« *Rationem reddere* » : cette expression latine s'applique à une personne rendant des comptes à celui qui lui confie une tâche. Le terme ratio renvoie au calcul (les comptes) (Jouanique, 1961). Dumez (2008) dans la même idée, indique que l'*accountability* trouve son fondement dans l'existence d'une relation hiérarchique où un « mandataire agit pour le compte du mandant, et au terme de l'action, lui rend des comptes à propos de sa performance » (Dumez, 2008, p.4). L'*accountability* peut être également socialisante, ou encore individualisante, afin de donner du sens aux pratiques des individus (Roberts, 1991).

Il existe une autre expression plus large « *rationem reddere de aliqua re* » (Dumez, 2008), qui exprime le fait de « rendre des comptes à propos de quelque chose ». Dans cas-là, les chiffres ne sont pas forcément mobilisés.

Traduire la notion d'*accountability* en langue française est complexe. La majorité des traductions renvoient aux termes de reddition de comptes, de responsabilité. D'autres termes tels que transparence sont utilisés, mais certains auteurs (Smyth, 2012, pp. 231-232) sont plus stricts puisqu'ils précisent l'existence d'un contrôle (sanction et récompense) afin de distinguer l'obligation de rendre compte des notions de transparence ou de responsabilité.

La traduction retenue dans cette thèse sera la responsabilité liée à l'obligation de rendre des comptes (Dumez, 2008). Il s'agit à notre connaissance de l'équivalent le plus adéquat en langue

française. Autrement dit, l'*accountability* est définie comme une capacité (ability) à rendre compte (account) du caractère juste de sa conduite (McKernan et Kosmala, 2004).

2. Différentes dimensions du concept d'accountability

Bien qu'il existe une abondante littérature sur ce sujet, il existe un consensus clair sur le fait que l'*accountability* est un concept avec une « ambiguïté notoire », en véritable extension (Mulgan, 2000), et qualifié d'hétérogène, complexe, englobant plusieurs dimensions (Dubnick et Justice, 2004, p.7; Mulgan, 2000 ; Sinclair, 1995 ; Almqvist et al., 2013). Sinclair (1995, p. 219) fait référence au « *caméléon de l'accountability* », qui est un « *concept précieux, prisé mais insaisissable* ».
Il existe une *accountability* interne qui présuppose un acte de délégation, et un volet externe où les organisations sont tenues responsables par les parties prenantes qui sont affectées par leurs actions (Keohane 2006 ; Willems et VanDooren, 2011).

En ce qui concerne les agents des organisations hospitalières, l'accent est mis principalement sur les aspects internes de l'*accountability*, et les définitions de l'*accountability* sont liées à la nature de la relation, laquelle génère une diversité de définitions.

L'*accountability* peut avoir différentes significations, mais fondamentalement l'*accountability* est vue comme une obligation visant à rendre compte et à répondre de l'exécution des responsabilités à ceux qui ont confié ces responsabilités (Roberts et Scapens, 1985).

Edwards et Hulme (1996) définissent l'*accountability* comme les *« moyens par lesquels des individus et des organisations rendent des comptes à une autorité reconnue (ou à plusieurs autorités reconnues) et sont tenues de justifier de leurs actions vis-à-vis de ces autorités »*[15].

La définition d'Edwards et Hulme (1996) met en en exergue deux complications : d'une part, l'identification des « autorités reconnues », c'est à dire des parties prenantes à qui rendre compte, puis d'autre part celle des moyens par lesquels les organisations peuvent se justifier.

Concernant l'identification des parties prenantes prioritaires, selon De Tocqueville (1835), les systèmes d'*accountability* sont vus comme un moyen dans lequel les citoyens sont en droit

[15] *"The means by which individuals and organizations report to a recognized authority (or authorities) and are held responsible for their actions".* – Notre traduction.

d'être informés et disposent par la suite du pouvoir de décision. Ainsi, l'*accountability* au travers de la certification des comptes répond à un impératif démocratique, en justifiant de l'utilisation des fonds publics vis-à-vis des citoyens. Les citoyens disposent d'une information plus complète et plus fiable afin de s'assurer que l'argent public est correctement utilisé (Christensen et al, 2002). Ceci contribue d'une part à façonner des citoyens, qui, informés, sont plus interrogatifs, et d'autre part à assumer « une culture de l'honnêteté de la fonction publique » (Jorge de Jesus, 2010). Le renforcement de la transparence permet aux citoyens de surveiller la qualité des services publics, et devient par la suite un enjeu prioritaire pour leur confiance (Heald, 2006). La confiance dans les institutions publiques s'améliore ainsi grâce à leurs règles administratives, leurs normes, leurs lois et leurs règlements liés à la fourniture de services et d'informations (Welch et al., 2004).

Concernant les moyens de rendre compte, comme nous l'avons vu précédemment l'audit financier et les pratiques budgétaires font partie des dispositifs de l'*accountability*, permettant de rendre des comptes et de renforcer ainsi la confiance des parties prenantes (Power, 2005).

Bovens (2007, p.450) définit l'*accountability* comme « *une relation entre un acteur et un forum, dans lequel l'acteur a l'obligation d'expliquer et de justifier sa conduite, le forum peut poser des questions et rendre des jugements, et l'acteur peut avoir des conséquences* ». Bovens (2007) souligne le problème de « *many eyes* » qui peut se traduire comme « responsabilité à qui » (Byrkjeflot et al., 2014), qui se concentre sur la nature du forum. Les organisations publiques telles que les hôpitaux sont confrontées à plusieurs types de responsabilités, car elles rendent compte à de nombreux acteurs. Selon Bovens (2007), une classification des responsabilités peut être basée sur la nature du forum, la nature de l'acteur (l'institution), la nature du comportement ou la nature de l'obligation. S'inspirant de la recherche de Romzek et Dubnick (1987), Bovens (2007) élabore cinq types d'*accountability* sur la base des différents types de forum :

- La notion d'*accountability* se distingue selon plusieurs volets ; le volet politique implique une relation principal-agent où les électeurs délèguent leur pouvoir à des représentants (Ministre, Parlement) (Mulgan 2003). Dans le cas des réformes de l'hôpital, la capacité de pilotage des ministères et de l'administration centrale a été renforcée : les dirigeants d'hôpitaux doivent rendre des comptes directement au Ministère (Nyland et Pettersen, 2015). La reddition de comptes accrue permet aux établissements d'obtenir une plus grande liberté dans l'allocation des ressources et le choix des moyens d'actions. Toutefois, il existe une tension entre la propriété et le contrôle (Lægreid et al., 2005). Cette forme

d'*accountability* consiste pour les organisations hospitalières à répondre de ses actes devant les parties prenantes (la société au sens large) à travers des rapports de presses.

- L'obligation de rendre compte de nature légale. Ce système repose sur le respect de principes constitutionnels et légaux. Il ne s'agit plus là de rendre compte à des instances à l'intérieur de l'organisation mais bien d'avoir un référent de dimension supra organisationnelle (Cour des Comptes par exemple) qui vient contrôler la conformité de l'organisation vis-à-vis d'obligations légales à travers des *reportings* ou des audits. Dans le secteur hospitalier, le contrôle de légalité et budgétaire relève de la compétence exclusive du Préfet en application de l'article 72 de la Constitution et du code général des collectivités territoriales (Byrkjeflot et al., 2014).

- L'obligation de rendre compte de nature administrative/managériale est traditionnellement liée au fait qu'un supérieur demande à un subordonné de rendre compte de l'exécution de tâches déléguées. La notion d'*accountability* est souvent appréhendée et assimilée à celle de *reporting*. Selon Sinclair (1995), « *l'accountability définie au sein d'un modèle managérial, exige de ceux qui se voient délégués une autorité qu'ils répondent du résultat produit ou de l'utilisation des ressources pour atteindre certains objectifs. (…) Les valeurs qui accompagnent cette acceptation de l'accountability sont la rentabilité, l'efficience et l'autonomie managériale* »[16] (Sinclair, 1995, p.222).

  Dans les hôpitaux selon Fetter et al. (1980), les systèmes DRG ont pour objectif de rendre compte au niveau managérial. Ils décrivent les médecins comme responsables de toute variation importante dans l'utilisation des ressources des Groupes Homogènes de Malades (GHM ou son équivalent anglosaxon DRG) (Neby et al., 2015).

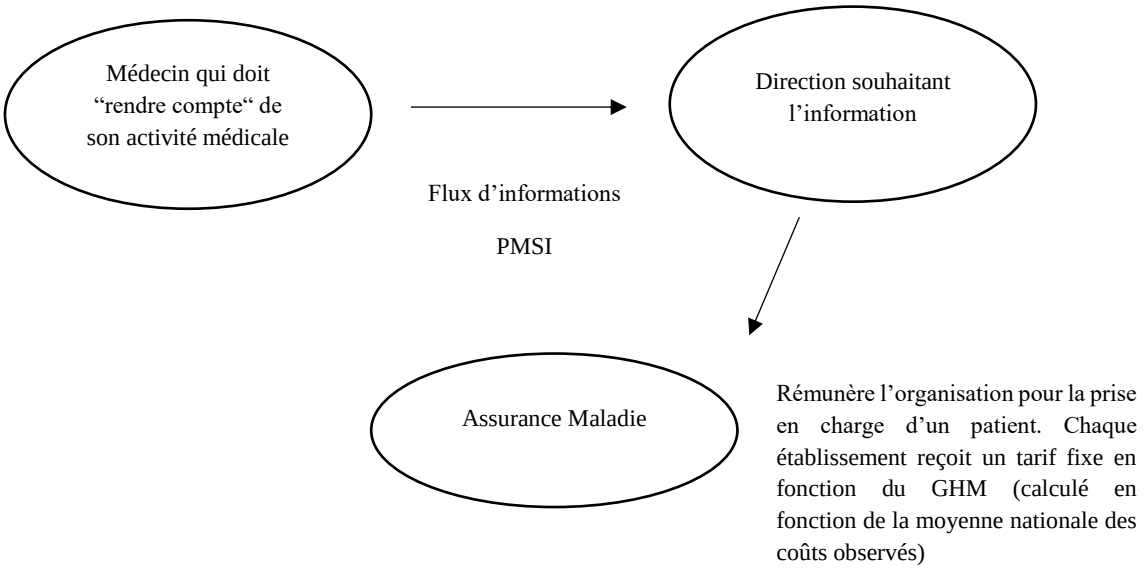
  En France, l'introduction d'outils de gestion comme le PMSI (inspiré du système américain des *DRG*) (Kimberley et al., 2008) représente la consommation des ressources et permet d'identifier la production médicale, l'activité hospitalière. En codant leur activité médicale, les médecins en rendent compte, mesurent la performance de l'unité de soins en termes de PMSI, et permettent ainsi de rendre compte de leur rentabilité économique (Bérard et Steyer, 2013). Ainsi, la mise en place de ce système vient introduire des contrôles

[16] "*Accountability defined within managerial model requires those with delegated authority to be answerable for producting outputs or the use of ressources to achieve certain ends. It is advanced by specification of outcomes, performance or objectives by managers and their superiors, accompanied by a relaxation of formalized controls over inputs and processes (Cullen, 1985; Jenkins et al., 1988). The values embodied in this sense of accountability are cost effectiveness, efficiency and managerial autonomy" (Sinclair, 1995, p.222)* – Notre traduction

administratifs dans la sphère médicale, entraînant alors une tension majeure entre les conceptions détenues des responsabilités professionnelles.

La figure 5 résume le processus de rendu de compte débutant par le codage de leur activité.

Figure 5 : Résumé du rendu de compte des médecins



Source : auteur

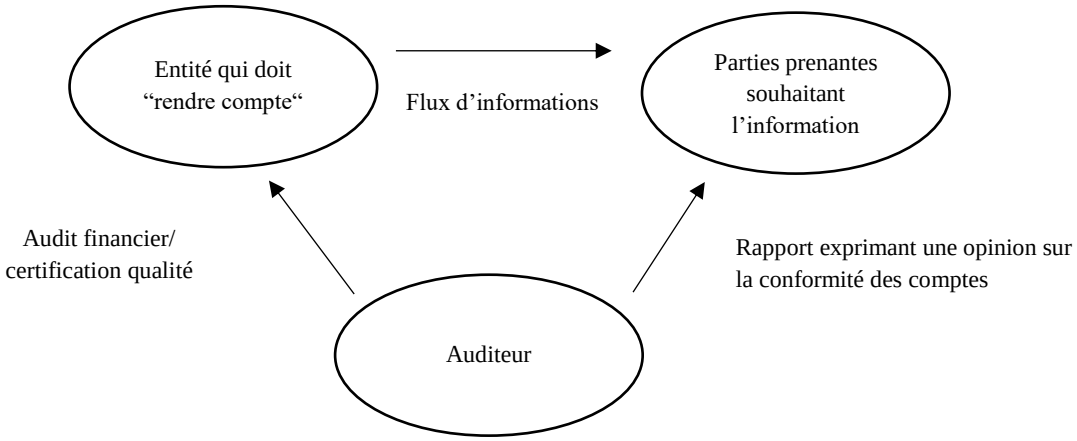
Ce type d'*accountability* n'est pas nécessairement interne. Il peut également être exercé par des autorités externes de contrôle qui assurent une supervision administrative et financière indépendante. En ce qui concerne le système de santé français, le contrôle était jusqu'ici confiné à la Cour des Comptes ainsi qu'à l'Inspection des finances. Désormais dans les hôpitaux publics français, deux types de contrôle se juxtaposent : le contrôle réalisé par la Cour des Comptes qui vérifie la régularité des recettes et dépenses et le contrôle externe réalisé par les cabinets d'audits. La certification des comptes ne se substitue pas au contrôle du comptable public, ni au contrôle de légalité et budgétaire qui est de la prérogative du Préfet. La certification des comptes devient donc un complément aux formes existantes de contrôle des comptes publics (Cour des Comptes, DGFIP).

- L'obligation de rendre compte de nature professionnelle. Il est attendu que l'individu agisse au mieux selon les normes édictées par la profession. Une grande autonomie lui est donc

consentie. Dans le secteur hospitalier, les médecins sont soumis à un contrôle clanique, qui consiste à induire des comportements d'autocontrôle, par l'individu lui-même ou par ses pairs (Ouchi, 1979). Bouquin (2004 ; p 150) présente le contrôle par le clan comme « *faisant appel à la socialisation des individus qui agissent au sein de l'organisation : un contrôle par la culture d'entreprise, par la solidarité, c'est-à-dire par l'informel, l'invisible* ». Ce mode de contrôle entraîne un fort degré d'implication et rend inutile toute autre forme de contrôle reposant sur la mesure de résultats *a posteriori* (Langevin et Naro, 2011). La profession médicale dans les hôpitaux a été mise au défi par les nouveaux systèmes de gestion et voit des obligations de *reporting* et un contrôle accru (Byrkjeflot et al., 2014). Désormais, les médecins relèvent d'une combinaison de modes de contrôle ; un contrôle « hybride » qui associe le contrôle clanique au contrôle bureaucratique, se traduisant par un contrôle sur les résultats (Langfield-Smith et Smith, 2003).

- L'obligation de rendre compte de nature sociale est définie comme la responsabilité des institutions de répondre aux attentes de l'environnement externe. Elle découle d'un manque de confiance dans les institutions et de l'existence de plusieurs parties prenantes dans l'environnement. Ceci exerce une pression sur les organisations publiques qui se sentent obligées de rendre compte de leurs activités vis-à-vis du grand public et des parties prenantes (Malena et Forster, 2004). Selon De Tocqueville (1835), les systèmes d'*accountability* sont vus comme un moyen par lequel les citoyens sont en droit d'être informés. Ce terme d'*accountability* soutient que les dirigeants de la sphère publique sont responsables de leurs actes et doivent rendre des comptes de leur actions. En France, la fiabilité et la transparence des établissements deviennent un engagement majeur dans chacun des corps de la fonction publique de l'Etat, et pour cela une démarche de certification s'étend progressivement depuis les années 2000. La certification place les parties prenantes au cœur de ces préoccupations et peut être un élément moteur dans rétablir le manque de confiance. Selon Halgand (2003), la finalité de l'accréditation, (ordonnance du 24 avril 1996) devenue certification en 2004, consiste à procéder à une évaluation externe obligatoire de la qualité et la sécurité des prestations d'un établissement de santé, et débouche sur une appréciation indépendante pouvant conférer confiance à l'usager. L'audit financier peut également rentrer dans cette catégorie ; le lecteur des comptes dispose de l'avis d'un expert indépendant à l'organisation sur la conformité et la régularité des comptes au regard de la réglementation (figure 6).

Figure 6 : Résumé de l'audit financier



Source : Bethoux et al.,1986, p. 21

Ainsi, pour résumé, le tableau 6 synthétise les différentes dimensions de l'*accountability*.

Tableau 6 : Classification de l'*accountability* par forum et acteur

Types d'*accountability*	Descriptions
Politique	Contrôle externe, autorité démocratique au nom des électeurs, députés, ministres, cabinet
Légale	Autorité judiciaire basée sur la législation, tribunaux
Administrative/ managériale	Autorité hiérarchique (interne et externe).
Professionnelle	Autorité professionnelle. Codes de conduite, standards professionnels ou évaluation par les pairs
Sociale	Autorité des parties prenantes, produisant des pressions à rendre des comptes

Source : Bovens, 2007

Le modèle de Romzek et Dubnik (1987) introduit quant à lui quatre types d'*accountability* (tableau 7) reposant d'une part sur l'origine interne ou externe des contrôles qui sont réalisés ou exercés sur l'organisation, et d'autre part sur le degré d'autonomie que détient l'organisation pour négocier ces contrôles. Ces auteurs apportent une précision sur la forme d'*accountability* hiérarchique qui décrit le fait que l'organisation rend compte à une autorité supérieure disposant d'une capacité de contrôle sur cette dernière.

Tableau 7 : Types *d'accountability* d'une organisation non-lucrative

	Origine des contrôles	
	Interne	**Externe**
Degré d'autonomie faible	1. Hiérarchique	2. Légale
Degré d'autonomie élevé	3. Professionnelle	4. Politique

Source : Kim (2005) et Romzek et Dubnik (1987, p.229)

Conclusion de la section 2

L'*accountability* est un concept flou. Malgré l'absence assez précise de définitions (Mulgan, 2000), la majorité des auteurs s'accordent sur le fait que l'*accountability*, qui regroupe l'audit et les pratiques comptables, permet de rendre des comptes : les agents doivent expliquer et assumer la responsabilité de leurs actions (Sinclair, 1995). Il est appréhendé par la littérature comme une obligation d'expliquer et de justifier de sa conduite et représente plusieurs dimensions (politique, légal, managérial, professionnel et social).

Malgré un manque de clarté quant à sa définition, l'*accountability* apparaît pertinent pour l'objet de cette étude puisqu'il est associé à un « rendu de compte » pouvant être associé à une multitude d'outils. L'analyse des effets intra-organisationnels et des rôles de l'*accountability* parait pertinente pour analyser l'audit financier dans la sphère administrative, ou bien afin d'examiner les conditions qui permettent son infiltration ainsi que ses effets dans la sphère médicale au travers du *reporting* de l'activité médicale.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Nous avons montré dans ce chapitre que la Théorie Néo-Institutionnelle (TNI) (Meyer et Rowan, 1977), qui constitue un cadre théorique majeur en Sciences de Gestion, permet d'examiner les systèmes de contrôle, les changements structurels ainsi que l'adoption de l'audit (Hasselbladh et Kallinikos, 2000, p. 698), et plus largement des pratiques ou structures organisationnelles, comme des systèmes de légitimation et non comme des dispositifs mis en place dans une recherche d'efficience interne.

Les recherches sur l'*accountability* précisent que l'introduction d'outils permettant de se conformer aux attentes de la société en matière de pratiques acceptables. **Ainsi, nous avons pu relier la théorie néo-institutionnelle au concept de l'*accountability***. Ce concept multidimensionnel, nous parait pertinent puisqu'il s'attache, selon sa traduction en langue française, à « rendre des comptes » sur l'impulsion de pressions institutionnelles. Ainsi, les pressions à se conformer à l'audit financier, à l'introduction d'outils budgétaires, d'indicateurs chiffrés, rentrent dans ce cadre. Plusieurs auteurs ont mobilisé la théorie néo-institutionnelle au concept de l'*accountability* (Ezzamel et al., 2007 ; Covaleski et al., 1993 ; Dacin et al., 2002).

CONCLUSION DE LA PARTIE 1

Durant cette partie 1, nous avons mis en lumière le contexte de l'étude par la présentation des différentes réformes que l'hôpital public a connu depuis l'introduction du NPM en France.

La première partie nous a permis d'identifier l'évolution de l'hôpital public. Nous avons souligné que l'hôpital est désormais divisé en pôles d'activité, que son mode de financement repose depuis le plan hôpital sur une logique de résultats, et qu'il se voit soumis à une obligation de faire certifier ces comptes par un tiers extérieur.

C'est pourquoi, dans le second chapitre, nous avons envisagé ces différentes réformes comme des pressions visant à orienter les organisations hospitalières vers plus d'efficience.

Nous avons pu constater que ces pressions pouvaient trouver un ancrage dans le cadre de la théorie néo-institutionnelle.

Par conséquent, l'objectif de notre recherche étant d'étudier les effets et les rôles de ces pressions, ceci nous a conduit à mobiliser le concept de l'*accountability*.

Afin de mieux appréhender le concept de l'*accountability* dans l'organisation hospitalière, nous procédons dans la partie suivante à présenter une revue de littérature portant sur les effets de l'*accountability* dans les hôpitaux étrangers et français.

INTRODUCTION GENERALE

PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Chapitre 1 : Contexte de l'étude : l'hôpital public
Chapitre 2 : Cadre théorique et conceptuel

PARTIE 2 : REVUE DE LITTERATURE SUR L'*ACCOUNTABILITY* DANS LES HOPITAUX

Chapitre 3 : Les travaux menés à l'étranger sur l'*accountability*
Chapitre 4 : Les travaux menés en France sur l'*accountability*

PARTIE 3 : CADRE EPISTEMOLOGIQUE ET ETUDES EMPIRIQUES

Chapitre 5 : Epistémologie et méthodologie générale
Chapitre 6 : L'étude qualitative exploratoire
Chapitre 7 : L'étude de cas

PARTIE 4 : DISCUSSION

CONCLUSION GENERALE

- Objectifs et mise en œuvre de la thèse
- Synthèse des résultats obtenus
- Contributions
- Limites et perspectives de recherche

PARTIE 2 : REVUE DE LITTERATURE SUR L'*ACCOUNTABILITY* DANS LES HOPITAUX

Nous avons présenté, dans les chapitres précédents, le terrain de notre étude ainsi que le cadre théorique et conceptuel de notre recherche.

La seconde partie de ce travail doctoral a pour objet d'examiner les effets de l'*accountability* dans le secteur hospitalier.

Dans une première section, nous présentons l'*accountability* à travers l'implantation d'outils. Nous soulignons ainsi que les organisations hospitalières répondent aux pressions de leur environnement et renforcent alors leur légitimité mais également que la recherche de légitimité peut conduire à un phénomène de découplage.

Dans une deuxième partie, nous montrons que l'*accountability* s'infiltre dans la sphère médicale et tend à faire évoluer l'identité des professionnels. Ces derniers semblent s'hybrider à des rôles de gestionnaire et acquérir ainsi des compétences spécifiques. Nous soulignons que ces nouvelles logiques orientent les professionnels vers une nouvelle conception de leur « rendu de compte ». Si des études mettent en évidence une hybridation des médecins, ce phénomène semble ne pas s'étendre à tous (ce qui s'exprime au travers du terme polarisation).

Dans une troisième partie, nous exposons la capacité de l'*accountability* à diffuser une rationalité économique et ainsi tendre à une réduction du *slack* organisationnel. Nous mettons en exergue que l'organisation hospitalière se dirige vers une entité efficiente en rentrant dans la chasse aux gaspillages.

CHAPITRE 3 : Les travaux menés à l'étranger sur l'*accountability*

Le secteur hospitalier est l'un des domaines dans lesquels les réformes du NPM, comportant de nouvelles formes d'*accountability*, ont été largement mises en œuvre au cours des dernières décennies (Hood, 1991, 1995). Sur la base des nouvelles orientations du management public, l'*accountability* infiltre les hôpitaux publics (Power, 1997).

Ce concept vague et difficilement traduisible est appréhendé par la littérature comme une obligation visant à rendre compte (Jones, 1992), et à répondre de l'exécution des responsabilités à une autorité ou à ceux qui ont confié ces responsabilités (Gray et Jenkins, 1993).

L'introduction de l'*accountability* a pour objectif d'orienter l'institution hospitalière vers une maîtrise des dépenses et une amélioration de son fonctionnement (Free et Radcliffe, 2009).

Le concept de l'*accountability* regroupe une multitude de travaux. Ce chapitre expose les manifestations du concept de l'*accountability* au sein du secteur hospitalier étranger.

Dans une première section, nous montrons que ces dispositifs contribuent à renforcer la légitimité des organisations hospitalières. Toutefois, il apparait qu'un découplage peut se mettre en place afin de protéger les pratiques effectives.

L'objectif de la deuxième section est de mettre en évidence les effets de l'*accountability* sur l'identité médicale des professionnels (hybridation/ polarisation).

Enfin, la troisième section montre comment l'*accountability* contribue à redéfinir le fonctionnement de l'activité professionnelle des professionnels de santé et comment il facilite des changements de valeurs individuelles en construisant un individu plus « calculable ».

SECTION 1 : L'*accountability* à travers l'implantation des outils, dispositifs

Le concept de l'*accountability*, traduit en français par une « reddition de compte » regroupe un certain nombre de travaux. Selon Power (2003) introduire des outils, permettant de répondre aux pressions de l'environnement externe, renforcerait la légitimité externe des organisations. Toutefois, toujours selon ce même auteur, la recherche de légitimité pourrait conduire à un phénomène de découplage.

Cette section expose tout d'abord les effets de l'*accountability* sur les organisations, puis est consacrée au découplage pouvant se manifester lorsque les organisations adoptent de manière formelle les outils sans un réel impact sur leur fonctionnement interne.

1. Une recherche de légitimité…

Dans le secteur public, l'un des courants de recherche les plus dominants a été celui des théories institutionnelles, en particulier la Sociologie Néo-Institutionnelle (Modell, 2005 ; Van Helden et al., 2006). De nombreuses études ont proposé d'expliquer l'adoption d'outils du contrôle de gestion comme une réponse aux pressions institutionnelles (Covaleski et Dirsmith, 1988 ; Covaleski et al., 1993 ; Modell, 2001, 2009). La littérature existante dans le secteur des soins de santé montre que les chercheurs ont étudié comment les hôpitaux réagissaient aux pressions extérieures, et quels étaient ces effets.

Dans un contexte de dégradation des comptes et de pressions financières accrues, l'introduction de l'*accountability* s'accompagne de la mise en place d'outils de gestion permettant d'une part de piloter les organisations publiques et, d'autre part de responsabiliser les dirigeants dans leur gestion des fonds publics. De ce fait, les hôpitaux publics s'engagent dans le contrôle des coûts, la mise en œuvre de processus internes ainsi que dans l'accroissement des ressources financières (Lapsley et Oldfield, 2001). Ils s'inscrivent également dans une dynamique de réduction de leurs déficits financiers et dans l'obligation de rendre des comptes à diverses parties prenantes dans un objectif de transparence (Humphrey et al., 1993). Dès lors, l'*accountability* (Sinclair, 1995) s'infiltre dans les organisations publiques pour renforcer la légitimité externe des structures (Modell, 2004, 2009) et ainsi conserver leur mandat à exercer (Power 1994, 1997).

Aux États-Unis, Covaleski et al. (1993) montrent que les *DRG* (*Diagnosis Related Group*, terme équivalent aux Groupes Homogènes de Malades) peuvent être utilisés comme un moyen permettant de répondre à la pression du gouvernement. Ainsi, l'introduction des *DRG* serait mise en place dans le but de fournir une réponse appropriée, de se conformer aux attentes sociétales d'une pratique acceptable. Par conséquent, le fait de se conformer aux pratiques institutionnalisées jouerait un rôle majeur dans la quête de légitimité des organisations hospitalières (Modell, 2009 ; Covaleski et al., 1993).

Comme le suggèrent Covaleski et Dirsmith (1991), la volonté d'implémenter un système de contrôle de gestion (*DRG*) pourrait être lié à une mode : il s'agit alors pour les organisations d'utiliser les symboles et les modes de pensée du secteur privé ; c'est le cas pour les *DRG* qui se réfèrent à des « lignes de produits » (Starr, 1982, p. 78-186). Ces travaux confirment que l'adoption d'un système de contrôle de gestion peut être dissociée de l'enjeu d'efficience (Abrahamson, 1991) et être seulement considéré comme un mythe rationnel.

De même, de nombreuses organisations publiques ont introduit une méthode de contrôle de gestion (méthode ABC : *Activity Based Costing*), par mimétisme, pour apparaître « modernes » et « conscients des coûts » (Covaleski et al., 1993 ; Arnaboldi et Lapsely, 2003 ; Armstrong, 2002 ; Lapsley, 2001 ; Jacobs, 2005). Des indices convergents sont trouvés dans les travaux d'Arnaboldi et Lapsley (2004) qui voient l'adoption de l'ABC comme un exercice de légitimation. Cet outil de contrôle est promu comme une garantie d'une organisation contrôlée et parait ainsi être une réponse formelle aux pressions exercées sur les organisations.

Les travaux de Power (2003) indiquent également que l'audit peut être un moyen utilisé pour renforcer la confiance des parties prenantes dans les organisations. Ainsi, elles sont considérées comme étant davantage fiables qu'elles ne le seraient sans audit, et assurent ainsi leur légitimité (Broadbent et Guthrie, 2008 ; Modell 2009 ; Covaleski et al., 1993).

Pareillement les tableaux de bord, systèmes de *reporting* (Meyer et Rowan, 1977 ; Covaleski et al.,1996), les indicateurs de performances et de techniques de contrôles (Sinclair, 1995 ; Broadbent et Guthrie, 1992) démontrent de façon symbolique que les organisations sont bien gérées, renforcent la légitimité et semblent, au-delà de cette dimension symbolique, contribuer à l'amélioration de la performance hospitalière (Modell, 2004, 2009 ; McPake et Mills, 2000). Ce point est accentué par l'introduction de comités et services d'audit qui tendent à accroître la transparence et la qualité des informations comptables transmises (Pumphrey et Howard, 1986). Pridgen et Wang (2012), dans une étude menée de 2001 à 2008, montrent par exemple que les

hôpitaux qui ont des comités d'audit et qui emploient des cabinets d'audits renforcent la qualité de leur contrôle interne. C'est pourquoi, les hôpitaux, sous l'initiative de leur direction, se dotent de comités d'audit interne qui ont pour objectifs de contrer la hausse des coûts (Urbancic et Hauser, 1991). Ainsi, l'audit est devenu l'exemple d'une technique qui « *fonctionne moins comme une pratique de vérification et plus comme un moyen explicite pour le changement dans la recherche de « rentabilité », « efficacité », « qualité »* » (Power 1997, p.91).

Non loin d'être déconnectée de l'audit financier, une littérature sur l'audit médical plus connu sous le terme d'accréditation, puis dans un deuxième temps de certification, devient abondante. Ce mécanisme de production de transparence, à travers l'évaluation objective par des organismes indépendants, renvoie également à la notion d'*accountability* (McGregor, 2001) et consiste à procéder à une évaluation externe obligatoire de la qualité et la sécurité des prestations d'un établissement de santé. Ce dispositif débouche sur une appréciation indépendante pouvant conférer confiance à l'usager.

Aux États-Unis, la conformité aux pratiques prévues dans l'accréditation (Westphal et al., 1997) représente une source majeure de légitimité dans le secteur de la santé. Son introduction amène des changements lorsqu'il existe des écarts avec la réglementation (Daucourt et Michel, 2003) et des changements organisationnels tels que la création d'une structure organisationnelle dédiée à l'amélioration de la qualité (Pomey et al., 2010). Ce dispositif permet également d'adopter de nouvelles activités telles que la rédaction de protocole de traitement et la mise en place d'indicateurs pour le suivi du traitement (Pomey et al., 2004). Cette optique élargit le rôle de l'audit quant à la réflexion des professionnels sur l'amélioration des pratiques et comportements du personnel soignant.

Des études empiriques portant sur le secteur public hospitalier fournissent des éléments suggérant que les organisations s'adaptent et mettent en place, comme dans le secteur privé, des changements organisationnels (Pridgen et Wang, 2012), tels que des comités d'audit (Krishnan, 2005 ; Owens-Jackson et al., 2009), afin d'obtenir des rapports financiers de meilleure qualité et une réduction de problèmes de contrôle interne (Pridgen et Wang, 2007), ainsi que dans le but d'acquérir une légitimité (Hasselbladh et Kalinikos, 2000 ; Scott, 2001).

En obtenant la légitimité, l'hôpital renforce ainsi sa position et se protège contre les pressions (Cardinaels et Soderstrom, 2013).

Toutefois, Power (2005) précise que la création de sous unités (comme les comités d'audit, auditeurs internes, responsables d'audit) fournissant une interface avec les auditeurs externes,

mènerait ainsi à la certification de structures formelles de contrôle. On peut alors assister à une situation de découplage où l'entité auditée met en place une barrière entre l'audit et l'activité réelle de l'organisation auditée.

2. … mais une utilisation cérémoniale de l'accountability à travers un phénomène de découplage

D'après les études menées sur le sujet (Sandholtz, 2012), les organisations adoptent tardivement les dispositifs d'*accountability* non pas pour des raisons techniques, ni pour des pressions réglementaires, mais simplement pour gagner en légitimité (Westphal et al., 1997). Une fois atteinte, la conformité à la norme devient cérémonielle et, par conséquent, découplée du travail technique de l'organisation (Meyer et Rowan, 1977 ; Fiss et Zajac, 2006). Ainsi la conformité symbolique, découplée de l'activité, est une façon pour les organisations d'affirmer leur autonomie qui considèrent le découplage « *non pas comme un problème mais comme une solution* » (Storz, 2007, p. 236).

S'agissant des pressions institutionnelles, Brignall et Modell (2000) supposent, si une intensification de ces dernières se produit et mène le secteur public à adopter des techniques du secteur privé que le découplage se produira. Le concept de découplage ressemble à ce que Meyer et Rowan (1977) appellent la « *conformité sagace* »[17], dans laquelle de nouvelles techniques semblent être utilisées en surface « vitrine symbolique » (image légitimée en externe), mais sont dissociées du fonctionnement interne (Weick, 1976 ; Meyer et Rowan, 1977). Dans le secteur hospitalier, une grande partie des recherches se sont intéressées à la méthode *ABC* et partagent ce point de vue (Armstrong, 2002 ; Jones et Dugdale, 2002 ; Jarviven, 2006).

Une étude longitudinale menée par Jones et Dewing (1997) a également révélé au sein d'hôpitaux peu d'effets significatifs des réformes comptables, sur la pensée et l'action médicales.

[17] *Traduction libre de « sagacious conformity » (Meyer et Rowan, 1977)*

L'étude a conclu que les médecins découplaient leur pratique des réformes comptables et « *continuaient en grande partie [leurs] activités médicales quotidiennes comme auparavant* » (Jones et Dewing, 1997, p. 276)[18]. Un découplage apparaît comme un moyen d'assurer l'équilibre dans un environnement contradictoire (Meyer et Rowan, 1977), et est l'une des difficultés liées à la recherche de légitimité. Dans les hôpitaux, cet « échec » (Preston, 1992) lors de l'élaboration d'instruments de contrôle de gestion a été analysé sous l'angle de la théorie néo-institutionnelle (Covaleski et Dirsmith, 1983 ; Pettersen, 1995 ; Nyland et Pettersen, 2004 ; Covaleski et al., 1993).

Selon ces études, il existerait un découplage entre l'activité des professionnels de santé (décisions cliniques) et l'utilisation des instruments de gestion (utilisation de budget) (Nyland et Pettersen, 2004). Suivant ce raisonnement, les hôpitaux peuvent se comporter de manière rationnelle et apparaissent alors conformes aux attentes de son environnement extérieur (Covaleski et al., 1993). Ce phénomène de découplage impliquant un échec de la mise en œuvre des systèmes comptables (Abernethy et Stoenwinter, 1995) apparaît lorsque la logique managériale entre en conflit avec le contrôle professionnel.

Hood (2006) met en avant que les audits de performance, dans le secteur des soins en Grande-Bretagne, peuvent être contournés et ainsi faussés pour répondre aux attentes gestionnaires. Hood (2006) souligne que « *la Commission (...) pour l'Amélioration de la Santé (2003) a trouvé des preuves que les patients étaient souvent obligés d'attendre dans les files d'ambulances à l'extérieur des salles d'urgence jusqu'à ce que l'hôpital en question soit sûr que le patient pouvait être pris en charge dans un délai de quatre heures (l'objectif fixé); dans certains cas, pour atteindre l'objectif selon lequel les patients doivent être admis dans un lit d'hôpital dans les 12 heures suivant leur admission en urgence, les hôpitaux ont installé des « lits » dans les couloirs et ont transformé des brancards mobiles en enlevant leurs roues.*[19] ».

[18] *"continue[d] their day-to-day medical activities as before" (Jones & Dewing, 1997, p. 276)* – Notre traduction

[19] *"The Commission for Health Improvement (2003) found evidence that patients were often required to wait in lines of ambulances outside emergency rooms until the hospital in question was confident that the patient could be seen within a four-hour waiting target; in some cases, hospitals responded to the target that patients had to be admitted to a hospital bed within 12 hours of emergency admission by putting "beds" into hallways and turning gurneys into beds by removing their wheels", (p.516).* – Notre traduction.

Généralement, la littérature souligne que l'introduction de la budgétisation dans la pratique clinique représente un processus cérémoniel (Abernethy et Stoelwinder, 1995 ; Preston, 1992 ; Jacobs, 1995 ; Jones et Dewing, 1997 ; Nyland et Pettersen, 2004 ; Robbins, 2007) et reflète une nécessité de se conformer aux attentes sociétales d'une pratique acceptable pour instaurer ou consolider une rationalité (Covaleski et al., 1993, p. 65 ; Pettersen, 1995).

Macinati (2010) montre dans une étude menée dans deux hôpitaux, que le système de comptabilité de gestion entre en conflit avec leur identité professionnelle. Un des deux hôpitaux étudiés montre ainsi une forte résistance des cliniciens au changement. Bien que ces derniers reconnaissent l'importance des questions financières, ils ressentent une forte contradiction avec leur culture professionnelle. En conséquence, les cliniciens ont refusé leur implication dans le processus budgétaire, l'utilisation de la terminologie comptable a été limitée, et les informations financières n'étaient pas utilisées dans la prise de décision. Les routines existantes sont restées stables et la réforme n'était qu'un « symbole » qui ne s'étendait pas à la routine clinique quotidienne. Cet exemple d'hôpital met ainsi en évidence un phénomène de découplage, ce qui signifie que l'introduction d'outil budgétaire n'a pas sensiblement modifié l'activité des cliniciens.

Cependant, les deux études de cas ont également révélé des différences : dans l'autre hôpital, l'adoption active de la comptabilité par les cliniciens, les outils budgétaires et l'évaluation de l'efficacité de la pratique clinique semblent être considérés comme « des choses à faire ». Ainsi, la résistance initiale au changement a été surmontée par les cliniciens qui ont progressivement accepté la responsabilité financière de leurs actions. Ainsi, sans renoncer aux valeurs professionnelles, les cliniciens ont eu un engagement plus fort vers les exigences budgétaires et ont introduit progressivement les outils budgétaires dans leur quotidien afin de prodiguer des soins aux patients plus efficaces. Le conflit entre culture professionnelle et l'orientation managériale de l'hôpital semble donc se réduire.

Par ailleurs, les outils du contrôle de gestion peuvent être couplés de manière lâche (Orton et Weick, 1990) afin de maintenir les différentes logiques présentes dans les organisations hospitalières. Différentes études ont conclu que les hôpitaux sont des organisations faiblement couplées : en Norvège (Pettersen, 1995), aux USA où Covaleski et Dirsmith (1983) suggèrent un couplage lâche entre les strates hiérarchiques c'est-à-dire que les représentants infirmiers endossent des « masques bureaucratiques » pour communiquer avec les administrateurs de

l'hôpital et des « masques de clan » pour les communications avec les infirmières. Selon Covaleski et Dirsmith, un couplage lâche peut apparaître lorsque les membres sont capables de s'immerger dans le langage selon les populations concernées.

Ainsi, malgré un découplage marqué face aux réformes du NPM, les professionnels de santé semblent progressivement adopter les instruments de gestion afin de répondre aux demandes d'*accountability*.

Conclusion de la section 1

Cette section montre que les dispositifs de contrôle s'introduisent et viennent faciliter la légitimité externe des organisations. Ces nouveaux dispositifs peuvent amener à reconfigurer la structure organisationnelle et modifier les pratiques quotidiennes des membres internes.

Toutefois, un phénomène de découplage peut apparaître pour protéger le cœur de l'activité.

Un grand nombre de recherches s'est intéressé au rôle de l'audit dans la création de légitimité (DiMaggio et Powell, 1983 ; Power, 2005 ; Suchman, 1995), et aux changements structurels (comités d'audit), cependant peu de travaux dans les études néo-institutionnelles explorent les effets intra organisationnels que l'audit financier provoque dans le secteur hospitalier public français, notamment sur les professionnels. Si la théorie institutionnelle prétend traditionnellement que la légitimité est un phénomène extérieur à l'organisation (DiMaggio et Powell, 1983 ; Scott, 2001 ; Suchman, 1995), la prise en compte de la réponse interne se doit d'être examinée. De plus, Power (2003, p.379) souligne que peu de choses sont connues sur l'audit *« dans des contextes pratiques, par opposition aux contextes expérimentaux »*[20] et que le rôle de l'audit dans la production de légitimité et ses conséquences restent peu étudiées (p.392). Humphrey (2008) ainsi que Power (2003) soulignent que les recherches en audit sont dominées par des approches quantitatives, et incitent les chercheurs à privilégier les études qualitatives.

Par conséquent, il parait pertinent d'étudier les conséquences au niveau intra-organisationnel de l'audit financier dans le secteur hospitalier afin d'examiner comment les hôpitaux publics répondent aux pressions coercitives de leur environnement. Ainsi, l'idée que la présence d'un audit financier favorise une prise de conscience de la sphère administrative sur l'intérêt de cet outil est apparue. De plus ceci laisse suggérer une conduite au développement d'outils favorisant la légitimité externe. Pentland (1993) avance que l'audit est un processus de « réconfort » au niveau micro, qui à son tour rend possible sa fonction de légitimation au niveau macro.

[20] "*Very little is known about auditing in practical, as opposed to experimental settings*" (Power 2003, p. 379) – Notre traduction

Toutefois, si la théorie institutionnelle se limite aux notions d'isomorphisme afin d'acquérir une légitimité, et de découplage (Modell, 2009), la perspective de la sociologie néo-institutionnelle a été adoptée pour analyser les réponses organisationnelles aux pressions institutionnelles. Certaines études ont mis en évidence que dans un cadre complexe, tel qu'une organisation hospitalière, lorsque les professionnels de la santé adoptent des techniques budgétaires, les logiques managériale et professionnelle s'associent et donnent lieu à un phénomène d'hybridation (Kurunmäki, 2004).

Dans la prochaine section de cette revue de littérature, nous analysons la littérature qui porte sur l'évolution de l'identité médicale et sur les compétences gestionnaires des professionnels de santé.

SECTION 2 : Evolution de l'identité médicale : un phénomène d'hybridation/polarisation

Dans cette section, nous passons en revue la littérature sur les changements subis par les professionnels de santé. Nous détaillons dans un premier temps, l'infiltration de l'*accountability* dans la sphère médicale à travers la mesure de l'activité, puis nous montrons comment l'*accountability* modifie le rôle mais aussi les compétences des médecins.

1. Phénomène d'hybridation des professionnels de santé

Le phénomène d'*accountability* a fait l'objet de très nombreuses recherches depuis plus d'une vingtaine d'années. Il s'étend aussi bien dans les entreprises privées que dans le secteur public depuis la mise en œuvre du *New Public Management* (NPM). Le secteur hospitalier est l'un des domaines dans lesquels les réformes du NPM mettent en avant la responsabilisation des acteurs sur leurs utilisations des ressources, et une obligation de rendre compte sur les résultats (Power, 1997 ; Hood, 1991, 1995). De ce fait, malgré leur résistance (Arnaboldi et Lapsley, 2004), l'*accountability* a infiltré la sphère des professionnels de santé (Jacobs, 1995 ; Kurunmäki, 1999 ; Robbins, 2007) au travers de la responsabilité financière *« financial accountability »* laquelle concerne le suivi et le *reporting* des ressources financières (Brinkerhoff, 2004) ainsi que la mesure de l'activité médicale (Kurunmäki, 1999 ; Kurunmäki et al., 2003).

Dans le secteur de la santé norvégien, les acteurs (cadres supérieurs) (Modell, 2001) en réponse aux pressions institutionnelles font le choix d'être pro-actifs (Scott, 1995 ; Beckert, 1999) et facilitent l'adoption de ces outils au sein de l'organisation (Czarniawska et Joerges, 1996). Ces outils (*DRG*) sont utilisés par l'organisation en réponse aux pressions institutionnelles pour rendre les activités « visibles » aux politiciens dans un but de légitimation (Modell, 2001). Toutefois, ces travaux mettent également en évidence que leur adoption serait réalisée pour des raisons d'efficience interne (Modell, 2001), notamment dans une recherche d'amélioration du contrôle financier. Ces indicateurs ont pour mission de sensibiliser les cliniciens-gestionnaires à lier les activités au financement. Ces résultats contredisent l'idée que les DRG seraient mis en place par des pressions coercitives pour se conformer à un mythe rationalisé de l'efficacité (Covaleski et al., 1993).

La mise en place d'outils peut être adoptée à des fins de légitimation, ainsi que dans le but d'établir des mécanismes pour améliorer le contrôle des coûts (Modell, 2001 ; Arnaboldi et Lapsley, 2005). En effet, les réformes dans les hôpitaux (Preston, 1992 ; Lapsley, 2001, 2009 ; Nyland et Pettersen, 2004) visent à accroître la rentabilité et rendre les gestionnaires plus responsables de la performance de l'hôpital (Covaleski et Dirsmith, 1983 ; Kurunmäki, 1999, 2004). Ceci les oriente vers des techniques de gestion de coûts et affecte ainsi les pensées et les actions des professionnels de la santé (Jacobs, 2005 ; Kurunmäki et al., 2003 ; Llewellyn et Northcott, 2005 ; Järvinen, 2016).

L'introduction de ce contrôle, différent du contrôle clanique auquel les médecins ont l'habitude de se référer, entraîne parfois des conflits entre les différentes conceptions du rendu de comptes, conflits motivés par la protection de l'autonomie de la profession (Kurunmäki, 1999, 2004 ; Mutiganda, 2013). A ce propos, Byrkjflot et al. (2014) montrent que l'*accountability* managériale se heurte à l'*accountability* professionnelle.

Mintzberg (1982) explique que, dans les bureaucraties professionnelles, les changements sont difficiles à se mettre en œuvre et demandent du temps. Les professionnels cherchent à conserver leur autonomie du fait de leur capacité à gérer des tâches complexes, et à limiter le contrôle de la sphère professionnelle par la sphère administrative. En effet, *« lorsque les processus clés de production deviennent dépendants de l'expertise des professionnels, l'individu bien souvent gagne une autonomie considérable au sein de l'organisation »* (Abernethy et Stoelwinder, 1995, p.2).

Malgré la différence de conceptions de rendu de comptes détenues par les professionnels de la santé, la concurrence entre les logiques institutionnelles (Brown et Duguid, 2001), ainsi que des tensions entre le système public et les principes importés de la sphère privée (Christensen et Laegreid, 2011), il semble que le « management » modifie le statut particulier des médecins (Denis et al., 2013). En effet, bien que la plupart des études soulignent que l'activité gestionnaire est considérée comme une perte de temps, temps non consacré aux patients (Domin, 2006, p. 28), et révèlent une résistance à l'appropriation des outils budgétaires et comptables, on peut observer un phénomène d'hybridation de la profession médicale. Le terme "hybridation" est utilisé pour définir la fin du processus par lequel les compétences traditionnelles des professionnels de santé ont été complétées par de nouvelles techniques souvent destinées aux gestionnaires, qui leur ont permis de préparer des budgets, calculer des coûts (Kurunmäki, 2004). Dès lors, l'hybridation (Kurunmäki, 2004 ; Lehtonen, 2007) a été démontrée auprès des médecins qui se sont appropriés le langage et la logique comptables, ainsi

que le calcul des coûts, pour gérer leurs services (Kurunmäki, 2004 ; Lehtonen, 2007 ; Broadbent et Laughlin, 1998). En sus de leurs compétences médicales (Mintzberg, 1982), des indicateurs comptables (coûts) et d'activités (par exemple, durée de séjour) s'ajoutent, renforcent la technocratie au niveau du noyau d'exploitation, et sensibilisent les médecins aux contraintes de coûts (Dunham et al.,1994). Les professionnels sont progressivement hybridés (Kurunmäki, 1999) car ils acquièrent de nouvelles compétences liées à l'utilisation de l'outil budgétaire ou plus largement quand un statut de gestion leur ait conféré (Fitzgerald et Ferlie, 2000). On parle de « médecins gestionnaires » (Ashburner et al., 1996) au Royaume-Uni (Fitzgerald et Ferlie, 2000), en Nouvelle-Zélande (Doolin, 2002), en Finlande (Kurunmäki, 2004), et aux Pays-Bas (Noordegraaf, 2007). Le médecin aux compétences hybrides (Kippist et Fitzgerald, 2009) doit concilier les cultures gestionnaires et professionnelles (Sartirana et al., 2014). En endossant des fonctions de gestions en sus de leurs expertises médicales (Fitzgerald et Ferlie, 2000), ils contribuent à lier le monde administratif et le monde médical qui coexistent à l'hôpital (Sartirana et al., 2014 ; Llewellyn, 2001) et bénéficient ainsi d'une double légitimité (Hoff, 1999 ; Hafferty et Light, 1995).

Toutefois, l'hybridation du « professionnel-manager » peut amener des difficultés dans ses relations avec ses pairs.

« *Maintenir une identité professionnelle – la pratique de la médecine – est important pour les médecins managers afin d'exercer une influence sur leurs collègues et de diminuer le risque d'être vu par eux comme des « traitres » envers la profession* » (Witman et al., 2011, p.479).

La littérature souligne que le maintien de la légitimité médicale rendrait l'acquisition d'une légitimité auprès des gestionnaires plus difficile (Hoff, 1999). Dès lors, pour le « professionnel-manager », toute la complexité est d'acquérir une double légitimité (McGivern et al., 2015) et d'intégrer ainsi différentes valeurs et pratiques du monde managérial (Creed et al., 2010), tout en limitant le risque d'être considéré comme « un espion de la direction » (McGivern et al., 2015, p.425).

Comparant les systèmes de santé en Finlande et au Royaume-Uni à la suite de réformes managériales, Kurunmäki (2004) constate qu'en Finlande, cas différent du Royaume-Uni, les médecins assimileraient les techniques comptables à leurs compétences médicales, se transformeraient en professionnels hybrides (Miller et al., 2008) « professionnels-managers » (Denis et al., 2013 ; Byrkjeflot et Kragh Jespersen, 2014 ; Kurunmäki, 2004). Ils seraient ainsi capables de rapprocher les mondes de la médecine et du management (Noordegraaf, 2007)

traditionnellement opposés et cloisonnés (Sartirana et al., 2013 ; Fitzgerald et Ferlie, 2000 ; Kippist et Fitzgerald 2009).

L'étude de Kurunmäki (2004) nous montre que cette infiltration est réalisée par l'absorption de nouveaux savoirs des professionnels de la santé, plutôt que par une imposition venant de la Direction. La littérature distingue différents types d'hybridation comme le transfert d'outils et de compétences (Kurunmäki, 2004 ; Jacobs, 2005 ; Miller et al., 2008 ; Noordegraaff, 2011) où les médecins s'approprient des outils de gestion dans une perspective de réaffirmation de la posture médicale (révision des relations de pouvoir par l'implication des médecins dans la gestion) ; ou comme une émergence de raisonnements nouveaux (Narins et al., 2005 ; Campanale et Cinquini, 2016). Une étude montre que certains médecins adhèrent à ces nouvelles fonctions, et que s'ils le pouvaient, presque tous, suivraient les formations qui sont organisées (Kurunmäki, 2004). Selon plusieurs travaux les médecins s'adaptent et ne manifestent pas la nécessité d'un soutien sur les aspects financiers de leur activité (Kurunmäki, 2004).

Le concept d'hybridation (Kurunmäki 2004, Kurunmäki et Miller, 2006) fournit un exemple de « colonisation comptable » (Power et Laughlin, 1992) dans lequel les chiffres et les valeurs comptables pénètrent le cœur opérationnel de l'organisation hospitalière. Les médecins élargissent leur responsabilité en conciliant désormais responsabilités clinique et managériale (Neby et al., 2015), c'est-à-dire sur l'utilisation des ressources pour atteindre certains objectifs. Ainsi, la « colonisation comptable » (Power et Laughlin, 1992) entraîne des contrôles et une redistribution des pouvoirs favorable aux « financiers de la santé » (Kurunmäki, 1999). Dans le cas hospitalier, des travaux soulignent le recrutement d'administratifs comme un moyen de renforcer leur pouvoir et faciliter l'émergence des valeurs gestionnaires au sein de la sphère médicale (Chua et Degeling, 1993 ; Jones et Dewing, 1997).

L'introduction d'indicateurs comptables ou de mécanismes de contrôles (mesures) facilitent ainsi la diffusion des valeurs managériales (Ezzamel et al., 2008).

Chua et Degeling (1993) aux Etats-Unis montrent que l'introduction de système de tarification dans les organisations hospitalières mène à recruter du personnel administratif, comme par exemple des personnes chargées de coder l'activité médicale présente dans les dossiers médicaux (Chua et Degeling, 1993). Ce phénomène est aussi présent en Nouvelle-Zélande (Lowe et Doolin, 1999).

On retrouve le même constat dans l'étude de Jones et Dewing (1997) qui souligne que le secteur hospitalier britannique recrute des gestionnaires dont le rôle est de gérer de nouveaux systèmes d'information et de faire le lien entre les attentes d'économies des pouvoirs publics et les priorités de soins gérées par les médecins.

Kurunmäki (2004) a trouvé que l'intégration des connaissances en comptabilité par les professionnels de santé s'avère être un atout pour l'organisation (Bolton, 2004 ; Llewellyn, 2001). Elle permet de davantage les impliquer dans les activités managériales, encourage l'efficacité dans l'utilisation des ressources. Les médecins détiennent désormais un rôle central dans la gestion et l'organisation des soins (Noordegraaf 2007 ; Goodall, 2011 ; Ferlie et McGivern, 2013), ainsi que pour la performance de l'hôpital (Goodall, 2011). A ce propos, des études questionnent sur l'implication des médecins dans la gestion qui fournirait un mécanisme pour maintenir la domination médicale ou au contraire pour l'affaiblir (Kirkpatrick et al., 2009).

Par ailleurs, certains auteurs avancent que l''introduction de nouvelles logiques issues du secteur privé dans les hôpitaux pénètre et modifie « les processus opérationnels internes des hôpitaux » (Covaleski et al., 1993, p. 65). A travers l'introduction d'outils et d'indicateurs comptables, leur activité devient ainsi plus visible (Ezzamel et al., 2008), calculable et par conséquent normalisée (Llewellyn et Northcott, 2005). L'expertise est alors susceptible d'être surveillée, contrôlée par des administratifs (Lowe et Doolin, 1999), et laisse la possibilité d'évaluer les « zones d'incertitude » pour améliorer l'utilisation des ressources (Or, 2014). L'emprise croissante des techniques comptables sur les professionnels éloigne les médecins de leur mission spécifique du soin et permet un « contrôle à distance »[21] de leurs activités. Un climat se développe ainsi où seul le « *management by number* » est porteur de sens (Naro, 2010) et tend à normaliser le comportement des individus, le rendre « calculable » (Miller et O'Leary, 1994). Ces deux chercheurs soulignent la capacité de la comptabilité à manifester des « espaces de calcul » (p.38). Chua et Degeling (1993) montrent que le système de paiement prospectif rend l'activité du médecin plus visible : en résumé, les outils implémentés au sein des hôpitaux font du praticien un « objet de surveillance » (Lowe et Doolin, 1999, p.182) ou « un sujet de production » (Chua et Degeling, 1993, p.309) et favorisent une représentation « économique ou instrumentale » de l'activité de l'organisation (Hood, 1991).

[21] Dans ces travaux, la notion de « contrôle à distance » est inspirée de B. Latour, La Science en action, Gallimard, 1995.

Selon Dent (2003), les organisations de santé cherchent à rendre les médecins « comptables » de leur décision médicale. Le raisonnement économique tient donc désormais une place importante dans le milieu de la santé (Kurunmäki, 1999).

2. Hybridation vs Polarisation

Cependant, les résultats de Jacobs et al. (2004) et Jacobs (2005) auprès de médecins exerçant en Allemagne, Grande Bretagne, Italie contrastent avec le constat d'hybridation de Pettersen (2003). Jacobs (2004) met en lumière l'existence d'une « polarisation ». Il montre qu'une partie des praticiens évoluent vers des « clinico-managers » (Jacobs, 2005) plutôt qu'une hybridation générale de la profession médicale telle que décrite en Finlande (Kurunmäki, 2004).

Ainsi, en fonction du pays, les évolutions de l'identité professionnelle des médecins sont plus ou moins marquées.

Si Kurunmäki et al. (2003) concluent à une « hybridation » des médecins finlandais, en Grande-Bretagne, les professionnels « mettent en quarantaine » les nouveaux savoirs gestionnaires pour préserver leur pouvoir. Les travaux de Pettersen (2003) menés en Norvège et au Danemark confirment ceux de Kurunmäki (2004) : les réformes du NPM participent à hybrider logiques médicale et gestionnaire. Toutefois il précise que l'hybridation n'est pas complète, puisque le mode de contrôle dominant des médecins reste celui du jugement professionnel.

Ainsi, la comptabilité a entraîné l'hybridation ou la polarisation des professionnels (Broadbent et al., 1991 ; Jacobs, 2005 ; Kurunmäki, 2004). Collectivement, les études ont fourni des indications importantes sur le niveau d'engagement des médecins. Selon Jacobs (2005), au Royaume-Uni, la « mise en quarantaine » des contrôleurs de gestion soulignée par Kurunmäki et al., (2003) se traduit par le fait que les fonctions comptables sont assurées par un comptable. Par conséquent, l'écart mis entre les outils de contrôle et les médecins leur permet de maintenir leur légitimité et également de rendre des comptes sur leur activité (justifier leurs coûts) (Jacobs, 2005).

Par ailleurs, la littérature suggère des niveaux variables d'engagement des professionnels de la santé envers l'adoption des valeurs et outils de gestion (Martinussen et Magnussen, 2011), certains la choisissant activement (Kitchener, 2000), tandis que d'autres hésitent à passer du

« côté obscur » (Ham et al., 2011). Plus récemment, McGivern et al. (2015) distinguent les « hybrides volontaires » des « hybrides accessoires », qui utilisent temporairement des rôles hybrides pour « représenter » et « protéger » leur identité professionnelle. Ils se positionnent dans des rôles hybrides par obligation envers des pressions organisationnelles, la demande des collègues professionnels ou de manière active pour résoudre les problèmes organisationnels ou managériaux dans leur service. Koelewijn et al. (2014) indiquent que les médecins s'hybrident lorsqu'ils n'ont aucune influence sur la politique de l'hôpital et perçoivent un fort niveau de bureaucratie.

En résumé, les effets de l'introduction de l'*accountability* sur les professionnels sont contrastés même si un consensus révèle que la perception de l'identité professionnelle est affectée. En fonction des contextes nationaux, certains professionnels sont parvenus à protéger le cœur de leurs activités, et à mettre à distance les aspects gestionnaires ; d'autres intègrent ces pratiques comptables à leur compétences primaires lors d'un processus d'hybridation.

Dans la section suivante, nous analysons la littérature qui montre que l'*accountability* au travers d'indicateurs chiffrés crée de nouvelles subjectivités auprès des membres composant l'organisation hospitalière.

Conclusion de la section 2

En synthèse, la littérature souligne l'infiltration de l'*accountability* par la mesure de l'activité médicale, au sein de la sphère médicale des organisations hospitalières. Même si certains résultats montrent que l'adoption des dispositifs d'*accountability* peut rester symbolique, sa diffusion contribue à modifier le vocabulaire et les modes de contrôle auxquels les praticiens avaient l'habitude de se référer. La littérature indique que l'introduction des logiques, des valeurs et des principes gestionnaires du secteur privé au nom de l'efficacité dans la sphère médicale, incitent les médecins à développer de nouveaux rôles et de nouvelles compétences gestionnaires.

L'émergence et la diffusion des dispositifs d'*accountability* (représentant les outils guidant vers la « performance ») couplées à des pressions organisationnelles, suffisent à justifier l'acceptation de leur mise en œuvre par les professionnels de santé. Toutefois, si la littérature montre une hybridation des médecins, Jacobs (2005) nuance ces résultats et emploie le terme polarisation : seuls certains professionnels de santé (et non pas la totalité) évoluent vers une identité hybride.

Ceci nous amène dans la section suivante à comprendre comment l'*accountability* transforme l'activité professionnelle des professionnels de santé. Après avoir défini le concept du *slack* organisationnel, nous développons ci-dessous la littérature concernant le champ hospitalier.

SECTION 3 : Rôle et influence de l'*accountability* : la capacité transformatrice de l'*accountability* dans la réduction du *slack*

Dans cette section, nous analysons la littérature décrivant comment les établissements publics de santé, soumis à l'impératif du *New Public Management* (Hood, 1995) et à une gestion efficiente des ressources allouées, adoptent des outils du secteur privé et tentent d'accroître leurs recettes (Lapsley et Oldfield, 2001). Nous mettons en évidence que les établissements de santé font l'objet de pressions croissantes pour fournir des preuves de l'efficacité de leurs organisations (Evans et al., 1997). Ceci souligne la nécessité de « revisiter » les organisations hospitalières vers un esprit d'entreprise. Les principes du *lean management* ont été appliqués dans de nombreux hôpitaux (Mazzocato et al., 2010) pour rationaliser les activités de soins (Laursen et al., 2003) en supprimant les processus qui n'ajoutent pas de valeur ajoutée (Waring et Bishop, 2010). Ceci suggère que l'hôpital entre dans une phase de réduction de gaspillage (Hines et al., 2004 ; Holweg, 2007) appelé *slack* organisationnel que nous définissons et illustrons par la suite.

Nous mettons en évidence que la mise en œuvre de pressions financières et logiques de réduction de coûts (Or et Bellanger, 2011) crée un climat du chiffre qui contribue à modifier les valeurs historiques des professionnels, leurs schémas cognitifs, et les sensibilisent à une rationalité économique.

Enfin dans le dernier point, nous soulignons que plusieurs études ont étudié les effets du climat organisationnel sur les pratiques de soins des infirmières. Nous montrons que ce dernier tend à modifier les prestations des infirmières ainsi que leurs compétences.

1. Définition du slack organisationnel et application dans le secteur privé et public

Cyert et March (1963) ont défini le *slack* comme un matelas de ressources financières et humaines disponible au sein d'une organisation, qui lui est nécessaire pour faire face aux pressions internes ou externes de l'environnement (Cyert et March 1963 ; Bourgeois, 1981, p.33). Au sens strict, il est défini comme une marge de manœuvre pour le pilotage de l'organisation (Bourgeois, 1981, p. 30). Bourgeois définit le *slack* comme *« un coussin de ressources réelles ou potentielles qui permet à une organisation de s'adapter avec succès aux pressions internes ou aux pressions extérieures pour le changement de politique, aussi bien que pour initier des changements dans sa stratégie face à l'environnement externe »*[22]. Le *slack* est analysé par la littérature (Lawson, 2001) comme un surplus à supprimer, un potentiel inexploité (Ruiz Moreno et al., 2008), du gaspillage (Geiger et Cashen, 2002).

En plus de l'aspect financier, humain et matériel permettant de répondre aux pressions de l'environnement (Meyer, 1982), Lawson a proposé que le *slack* pouvait prendre la forme de ressources temporelles : « *temps disponible - ou argent pour acheter ce temps- qui n'est pas entièrement engagé dans la livraison du produit ou du service* » (Lawson, 2001, p. 126). Estabrooks et al. (2009) définissent le *slack* time comme une suppression de temps pour réussir à concilier les pressions internes et externes.

La plupart des modèles économiques soutiennent que le *slack* devrait être réduit à zéro (Cyert et March, 1963), ou du moins réduit au minimum, pour des raisons d'efficacité. Cependant, il détient une importance dans les organisations parce qu'il permet de prévenir, de s'adapter aux pressions de l'environnement et de réduire les conflits. (Cyert et March, 1963). Il existe deux catégories de *slack* : le *slack* « absorbé » et le *slack* « disponible » (« non absorbé ») (Bourgeois et Singh, 1983). Dans une recherche d'efficacité, les organisations fournissent des efforts pour tenter de réduire leurs coûts. Des études avancent que les organisations, face à des pressions, chercheraient à améliorer leur performance en réduisant le *slack* organisationnel à travers la réduction des effectifs (Geoffrey Love et Nohria, 2005 ; Cameron et al., 1993).

[22] « *Organizational slack is that cushion of actual or potential resources which allows an organization to adapt successfully to internal pressures for adjustment or to external pressures for change in policy, as well as to initiate changes in strategy with respect to the external environment*» (Bourgeois, 1981, p. 30). – Notre traduction

Face à la hausse des coûts, le système de santé est sous pressions croissantes pour utiliser de manière efficace ses capacités. Ainsi, pour combler et optimiser les journées, dans le cas où les patients ne se présenteraient pas à leur rendez-vous, le médecin peut recourir une alternative en proposant des créneaux de « libre accès », afin de combler des créneaux vacants et optimiser leurs journées (Robinson et Chen, 2010). D'autres études ont cherché également une politique optimale lorsque des cas de non-présentation ou d'annulation apparaissaient (Kolisch et Sickinger, 2008).

Dans la même idée, des études (Erdogan et al., 2015) étudient la mise en place de systèmes en ligne permettant aux clients d'obtenir des rendez-vous avant leur arrivée et ainsi réduire les temps morts (enchaînement de rendez-vous et planification en ligne). Dans le monde médical, face à la hausse des coûts, les organisations auraient donc recours à des alternatives pour réduire les temps de mou dans leur planning afin d'optimiser leurs journées (Robinson et Chen, 2010).

A l'étranger comme en France, au vu de l'importance des dépenses de santé, les pouvoirs publics sont à la course aux économies de santé et poussent à une véritable réorganisation (Jarvinen, 2006). Au travers d'une multitude de réformes, la législature, en souhaitant améliorer l'organisation hospitalière ainsi que sa gestion, diffuse des logiques issues du secteur privé et des outils comptables (Or, 2014) permettant d'allouer au plus juste les moyens nécessaires et sensibiliser les professionnels de santé aux préoccupations financières (Kurunmaki et al., 2003 ; Covaleski et al., 1993). L'émergence de ces réformes et outils semble faire naître un climat où la gestion efficiente des ressources est primordiale.

2. Capacité de l'accountability à diffuser une rationalité économique : redéfinir l'organisation hospitalière publique comme une entité efficiente

Tout un pan sur les conséquences de l'*accountability* a aussi été abordée dans la littérature notamment à travers les effets produits par ces dispositifs sur les comportements des médecins (Or et Bellanger, 2011 ; Hood, 2011), sur l'évolution de leur vocabulaire comptable dans leurs discours (Malmmose, 2015 ; Kurunmäki, 2004). Pour rappel, on note désormais l'émergence de professionnels-gestionnaires (Mcgivern et al., 2015), mettant en évidence que le statut particulier de la profession tend à évoluer et concilie désormais logiques de soin et gestionnaire/managériale. Les médecins en plus de réaliser leurs activités médicales doivent se préoccuper des moyens de la réaliser.

D'autres études (Narins et al., 2005 ; Campanale et Cinquini, 2016) soulignent une modification de schémas cognitifs, caractérisée par l'émergence de nouveaux modes de raisonnement, une sensibilité croissante à la rationalité économique, et amènent les médecins à une nouvelle appréhension de leur activité via l'apparente objectivité des données. Llewellyn et Northcott (2005) ont fait valoir que l'adoption de systèmes de financement avait rendu les hôpitaux britanniques « plus normatif » et la pratique clinique « plus standardisée » (p. 556-557). En effet, dans le secteur anglais, il existe des standards et des démarches de benchmarking. Ces deux auteurs montrent que l'une des priorités des gestionnaires est de s'assurer que les durées de séjour des patients, cruciales pour obtenir le coût moyen de la pathologie, n'excèdent pas la « moyenne » des autres organisations hospitalières.

« *Les standards sont (…) utiles aux décideurs politiques en matière de santé, car ils permettent de remettre en question l'autonomie des cliniciens par rapport à leurs jugements sur les pratiques médicales. Les politiciens et les gestionnaires sans expertise clinique spécialisée peuvent ainsi définir des « normes » pour les soins cliniques. De plus, exercer une gouvernance par le biais d'un système de « benchmarking » permet d'imposer des sanctions si la « norme » n'est pas respectée* [23]. » (Llewellyn et Northcott, 2005).

[23] *"Standards are [...] useful to policy makers in health as they permit challenge to the autonomy of clinicians over judgements about medical work. Politicians and managers without specialized clinical expertise can set ''standards'' for clinical care [...]. Moreover, governance exercises through benchmarking, can impose sanctions if the ''standard'' is not met [...]."* (p.558). – Notre traduction.

Pour eux, la mise en place de ces normes est réalisée dans une perspective politique (réaliser des économies) et sert à discipliner les médecins (Miller et Rose, 1990). Pour Chua et Degeling (1993) et Covaleski et al. (1993), l'introduction d'un système de calcul de coût des soins dans la sphère médicale a pour but d'amener les médecins à se « gérer » pour se trouver en conformité avec les attentes gestionnaires (améliorer l'écart coût-recettes).

Dans le secteur hospitalier anglais, Broadbent et Laughlin (2005) ainsi que Llewellyn et Northcott (2005) montrent que l'introduction d'un système de calcul du coût moyen par jour/patient et la diffusion de ces informations par hôpital dans un tableau de classement a permis de comparer les hôpitaux entre eux. Par conséquent ce contrôle de coûts renforce la concurrence entre les hopitaux pour afficher de meilleurs résultats.

En Nouvelle Zélande (Lowe et Doolin, 1999), des recherches confirment l'infiltration d'outils et de gestionnaires (contrôleur de gestion) au sein de la sphère médicale. Macinati (2010) souligne que l'adoption de techniques de budgétisation dans un hôpital italien a entraîné « *l'intégration d'évaluations de l'efficacité dans la pratique clinique* » (p.437), tandis que Jackson et al. (2014) suggèrent que l'introduction d'un budget limité sur les médicaments en Écosse a entraîné des changements importants dans les prescriptions ainsi qu'une « diminution du pouvoir médical[24] » (p.403).

Ainsi, les réformes du *New Public Management* (NPM) exigent que les cliniciens s'orientent vers un rôle de gestionnaires et contrôlent les coûts de leurs processus (Hood, 1995). Pour ce faire, les organisations de santé ont progressivement mis en place des outils budgétaires pour coloniser les valeurs fondamentales des cliniciens sur la voie du managérialisme dans le but d'atteindre les objectifs fixés par les réformateurs (Kurunmäki, 2004 ; Jacobs, 2004).

Dans le secteur italien, Campanale et Cinquini (2016) analysent l'interaction entre les outils budgétaires et les changements des schémas cognitifs des cliniciens. Ils montrent que les gestionnaires cliniques et infirmières ont modifié leur schéma d'interprétation. Ils expliquent ceci par plusieurs facteurs. Tout d'abord, ils soulignent que les tâches réalisées par les gestionnaires cliniques ont facilité la colonisation, puisqu'ils sont censés agir selon une « culture managériale » liée à leur rôle. Ensuite, ils montrent que la colonisation des outils budgétaires dans les subjectivités des acteurs organisationnels dépend de la pression externe exercée et interne au travers d'acteurs internes. Ainsi les chefs des départements ont été identifiés comme des acteurs clés contribuant à modifier le système d'interprétation des

[24] "*shrinking medical jurisdiction"* (p. 403). – Notre traduction.

infirmières. Malgré le fait que les infirmières jouent un « rôle clinique » majeur orienté vers une culture de soins, les chefs de département ont aidé à diffuser un nouveau langage « budgétaire » et à créer un environnement positif pour déjouer les rejets de changement et les tensions (Campanale et Cinquini, 2016).

Toutefois, cette étude montre que la distorsion du système d'interprétation des cliniciens concernant les intérêts du gouvernement peut avoir des effets négatifs sur les objectifs des organisations de santé. En effet, l'introduction d'outils budgétaires pénètre les schémas cognitifs des gestionnaires cliniques, des infirmières et prévaut sur leurs objectifs cliniques. Il est à souligner que les informations fournies par ces outils deviennent plus importantes que les informations cliniques dans le schéma cognitif des cliniciens. Cela modifie ainsi l'objectif principal des organisations de santé et les conduit à des objectifs politiques (Preston et al., 1997).

Ainsi, l'*accountability* au travers d'outils a le potentiel de pénétrer ainsi que de modifier les processus internes des hôpitaux. En se concentrant sur le cas du *British National Health Service* (*NHS*), Gebreiter et Ferry (2016) soutiennent que les réformes de la comptabilité hospitalière ont joué un rôle important dans l'émergence de modèles standardisés de la pratique clinique. Face à ces contraintes de ressources et à l'intrusion croissante des problèmes budgétaires, il n'est pas surprenant que les médecins se retrouvent avec une liberté clinique réduite (Eve et Hodgkin, 1997). Selon Colla et al. (2010), l'introduction de système de financement basé sur les HRG (*Healthcare Resource Group*) en Angleterre, *Diagnostic Related Group* aux USA, ou en France (GHM), implique un rationnement selon le diagnostic du patient (Qian et al., 2011). Avec cette incitation à suivre les normes établies dans le but d'améliorer leur efficacité, il devient plus difficile pour les cliniciens de s'engager dans des pratiques qui peuvent entraîner une augmentation des coûts. « L'écart clinique » fait l'objet d'un examen chaque fois qu'une catégorie HRG dépasse la moyenne. Ainsi ce système de financement ne tient pas compte de la qualité de soin et conduit à réduire les séjours des patients (Kosecoff et al., 1990) afin de maintenir les coûts en dessous de la rémunération fixe. En France, le système de financement crée également une pression sur les médecins dans le but de réduire le coût des séjours hospitaliers, sans tenir compte des résultats thérapeutiques (Or et Bellanger, 2011 ; Simonet et Alkafaji, 2017). Chua et Degeling (1993) montrent que certains médecins, pour diminuer le coût de revient, décident de réduire la durée de séjour de patient, notamment en sélectionnant les patients avant leur entrée dans l'établissement.

Même si certains outils sont contournés pour répondre aux objectifs gestionnaires, ces réformes hospitalières via les outils de gestion tels que les DRG semblent être plus qu'un simple outil répondant aux pressions externes (Meyer et Rowan, 1977) et permettent aux composantes administratives, de rendre visible les coûts de l'activité ainsi que la durée de séjour.

La littérature présentée montre que l'introduction de l'*accountability* (techniques budgétaires) rend plus transparente l'activité de l'organisation. Cette meilleure visibilité permet à certains membres internes (les gestionnaires), auparavant peu informés sur l'activité des organisations, d'interroger les professionnels de santé sur leurs pratiques.

Ceci laisse ainsi aux agents administratifs, la possibilité de surveiller l'activité des médecins, d'évaluer les « zones d'incertitude » (Crozier et Friedberg, 1977) et de mettre en place de nouvelles règles pour améliorer l'utilisation des ressources (Or, 2014), et optimiser l'organisation des soins en vue d'une meilleure efficacité (Womack et al., 1990 ; Waring et Bishop, 2010). A travers l'introduction de logiques de rationalisation, de standardisation et de redevabilité (*accountability*), les organisations hospitalières rentrent dans la course aux économies et font naître un climat du chiffre. Par exemple, la mise en place d'indicateurs dans la sphère médicale permet d'observer l'activité médicale et d'inculquer une culture « d'atteinte des chiffres », des objectifs (Ezzamel et al., 2008) dans les services.

3. Le rôle du corps infirmier dans la pratique de soins

Dans le domaine de la santé, le climat organisationnel a été étudié en relation avec l'absentéisme des infirmières (Shiverick et Janelle, 2009 ; Hemmelgarn et al., 2006), leurs accidents du travail (Mosser et Walls, 2000), leur perception de leurs relations avec les médecins (Malloy et al., 2009) et leur turnover (Aarons et Sawitzky, 2006 ; Tschannen et al., 2010). Les recherches (Liou et Cheng, 2010) montrent que le climat organisationnel dans lequel évolue les infirmières joue un rôle dans leur engagement envers leurs organisations. C'est un facteur important qui peut mener à la satisfaction ou non-satisfaction des infirmières et affecter leur intention de quitter leur emploi.

De plus, le climat organisationnel perçu par le personnel soignant tend à influencer le bien-être des infirmières, y compris les problèmes de santé au travail (Gershon et al., 2007). Selon Giorgi et al. (2016), le climat pourrait être associé à l'épuisement professionnel chez les infirmières et menés à problèmes physiologiques (fatigue, douleur) et psychologiques (concentration, anxiété et dépression).

Dans le cas des infirmières, la littérature avance que le climat organisationnel et le style de gestion dans certaines organisations font que les infirmières se sentent démotivées, incapables d'accomplir les activités désirées, et frustrées par le milieu de travail (Laschinger et al., 2001). Pour limiter ces effets, Ellis et Hartley (2000) ont rapporté que la participation (*empowerment*), processus par lequel un leader partage le pouvoir avec les autres ou leur permet d'agir, permis par un soutien de la direction et un climat organisationnel favorable (McVey, 2004), donne aux employés un fort sentiment d'identité qui les encourage à exceller.

En outre, il est à souligner que les infirmières n'échappent pas à la colonisation des objectifs de la culture managériale et l'intègrent dans leur quotidien (Campanale et Cinquini, 2016).

Ainsi soumises à des contraintes de temps et un manque de soutien (Roch, et al., 2014), les pratiques de soins des infirmières semblent évoluer. Des études montrent que dans les situations dans lesquelles les ressources sont limitées, une majorité d'infirmières, sous la pression du temps, abandonnent une partie du relationnel avec les patients (Kalisch et al., 2009 ; Aiken et al., 2001), et réduisent le soutien affectif apporté aux patients (Kalisch et al., 2009), dimension fondamentale pour la qualité des soins d'après Duffy (2008). D'après Kalish (2006), plusieurs

raisons, dont un manque d'effectif, un faible travail d'équipe et un faible temps requis pour l'intervention, peuvent être données par le personnel infirmier pour justifier les soins manquants. L'étude de Roch et al. (2014) va dans le sens de résultats d'Aiken et al. (2001) et Kalisch et al. (2009) concernant l'abandon des infirmières sur certaines tâches de soins. Roch et al. (2014) indiquent que les infirmières pratiquent toujours régulièrement des pratiques de soins malgré une perception généralement négative de leur milieu de travail. Cependant face à une réduction du nombre d'infirmières et à une insuffisance de ressources pour fournir des soins nécessaires aux patients, un rationnement des tâches infirmières (Schubert et al., 2007) apparaît et semble être associé à des effets négatifs sur les résultats des patients (Schubert et al., 2009).

Une autre étude suggère que les pratiques de soins ont été affecté par le climat organisationnel. Un manque d'infirmières et des pressions budgétaires ont conduit à repenser les modèles de soins et à redéfinir le champ d'application des pratiques (White et al., 2008) entre les professionnels de santé (Nancarrow et Borthwick, 2005). L'intensité de la charge de travail et l'ambiguïté du rôle ont mené les infirmières à limiter leurs pratiques de soins et à les déléguer à d'autres membres de l'équipe (McKenna et al., 2004). La littérature nous montre que certaines pratiques de soins qui tirent parti des connaissances professionnelles en soins infirmiers ont été réalisées par des infirmières auxiliaires et des aides-soignantes (personnes qui ne sont pas habilitées pour ce type de responsabilités) (Roch et al., 2014).

Le climat organisationnel semble faire évoluer le champ de la pratique infirmière, faire glisser les compétences destinées aux infirmières vers de nouvelles personnes. Toutefois, il est important de clarifier le rôle de l'infirmière vis-à-vis du patient, par rapport aux rôles des autres membres de l'équipe soignante (McKenna et al., 2004), sans compromettre la qualité des soins ou le bien-être des infirmières et leur satisfaction professionnelle (Roch, 2008).

Par ailleurs, d'autres études ont suggéré que le climat organisationnel fournit aux infirmières un effet positif sur le développement de compétences et savoirs infirmiers (Ying et al., 2007). De plus, dans la littérature, plusieurs auteurs (Dogherty et al., 2012), notent que les infirmières-gestionnaires possèdent une position stratégique et des qualités relationnelles (Dogherty et al., 2010 ; Grimshaw et al., 2012) pour amener à une réflexion sur la manière de travailler (Doran et Sidani, 2007 ; Greenhalgh et Wessely, 2004) et contribuer à instaurer un climat organisationnel favorable à l'implantation des *Evidence based practices* (pratiques fondées sur la preuve).

Ces exemples suggèrent que le climat organisationnel aurait une influence sur l'activité professionnelle des infirmières et sur les relations de soins vis-à-vis des patients. La question des conséquences du climat organisationnel sur le corps soignant est ainsi abordée dans la littérature académique (Kalisch et al., 2009 ; Glisson et Green, 2011 ; Schneider et al., 2013). Cependant la littérature indique peu de choses, à notre connaissance, concernant les effets du climat organisationnel sur les médecins.

Conclusion de la section 3

En synthèse, des nombreuses recherches ont montré que l'*accountability* tend à modifier les normes, soit à travers l'appropriation, soit par l'intériorisation des différents dispositifs qui se diffusent au sein des organisations hospitalières (Miller et O'Leary, 1987).

Nous avons souligné qu'en renforçant les contrôles au travers de la mise en œuvre de l'*accountability*, les professionnels de santé devenaient « calculables » (Miller et O'Leary, 1987 ; 1994) et se voyaient incités à adhérer aux objectifs et valeurs gestionnaires.

Dans le secteur hospitalier, la « colonisation comptable » permet de créer une visibilité de la performance des professionnels de santé et tend à normaliser et rationaliser l'activité des médecins. Ainsi, la standardisation des pratiques (importation d'outils de gestion du secteur privé, indicateurs…) peut être considérée comme une réponse organisationnelle à l'hybridation de logiques et s'inscrit dans une recherche de réduction de surplus non exploité (connu sous le nom de *slack* organisationnel).

Cette revue de littérature montre comment le secteur hospitalier, face à l'introduction des dispositifs d'*accountability*, diffuse un climat du « chiffre ». Ainsi, certains chercheurs montrent comment l'*accountability* modifie les conditions de travail des professionnels de santé et comment l'appropriation de ces dispositifs entraîne une évolution de leurs valeurs et activités professionnelles.

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Dans ce chapitre, nous avons montré que les recherches menées dans les secteurs hospitaliers étrangers fournissent des résultats contrastés.

En synthèse, l'introduction de l'*accountability* dans les organisations hospitalières peut d'une part transformer les structures organisationnelles, renforcer leur légitimité, et d'autre part, être découplée des pratiques effectives. La littérature a montré que l'implantation d'outils gestionnaires dans le secteur hospitalier entraîne un renforcement des compétences gestionnaires et tend à modifier l'identité médicale des professionnels de santé. L'infiltration de l'*accountability* conduit soit à une hybridation totale des professionnels de santé, soit à une polarisation.

L'analyse de la littérature montre comment l'appropriation des outils gestionnaires par les professionnels de santé modifie leurs conditions de travail, entraîne des changements dans leur comportement : nous soulignons que les médecins intègrent l'importance d'une culture « d'atteinte des chiffres » et réduisent ainsi les durées de séjour pour minimiser les coûts. La littérature montre également que les infirmières, sous contrainte de temps, abandonnent une partie du relationnel avec les patients.

Par conséquent, les travaux menés à l'étranger sur l'*accountability* semblent peu tranchés. C'est pourquoi, il parait pertinent d'orienter le prochain chapitre sur les études menées dans le cas français.

CHAPITRE 4 : Les travaux menés en France sur l'*accountability*

Malgré l'implantation tardive des réformes du NPM en France, le secteur hospitalier français connaît depuis plusieurs décennies des réformes, induisant de nouvelles formes d'accountability.

Dans ce chapitre, nous analysons la littérature sur les effets de l'accountability dans le secteur hospitalier français. Cette littérature montre comment ces dispositifs contribuent à redéfinir le fonctionnement des hôpitaux et ne restent pas sans conséquences tant sur les compétences des membres internes qui les composent, que sur leur activité professionnelle.

En fonction des pays, les manifestations de l'*accountability* sont variées. Depuis les années 1980, en Amérique du Nord, en Grande Bretagne ainsi qu'en Europe, les organisations publiques ont adopté une sélection d'outils provenant du secteur privé, comme un moyen d'améliorer leur performance (Diefenbach, 2009, p. 893).

En France, les réformes du NPM, favorisant l'émergence du concept d'*accountability* (Bovens, 2007), se sont implantées plus tardivement que dans les pays anglosaxons, et les outils de gestion peinent à modifier et moderniser le fonctionnement des organisations publiques (Gibert et Thoenig, 1993, p. 11).

En effet, si les outils de gestion portent des valeurs en contradiction avec celles qui fondent les valeurs professionnelles, ou s'il existe une faible concordance entre les outils et le fonctionnement de l'organisation, ces derniers peuvent être rejetés.

Comme le soulignent Dechamp et Romeyer (2006, p. 5) : *« On oppose encore souvent la normalisation imposée par les outils de gestion à la nécessaire liberté du médecin. L'intégration de l'approche managériale et de l'activité médicale suppose un apprentissage par construction progressive dans laquelle la logique contractuelle a un rôle à jouer dans la transformation et l'intégration des pratiques de gestion à la culture médicale, dans le sens où c'est l'adaptation des pratiques de gestion à la culture médicale que l'on doit rechercher.* ».

En France, les médecins ont tendance à protéger leur identité professionnelle (Georgescu et Naro, 2012), sont ainsi moins sujets à s'intéresser aux aspects gestionnaires et se préoccupent davantage de protéger leur autonomie professionnelle (Simonet, 2017).

Toutefois, il est à souligner une évolution progressive depuis une vingtaine d'années.

Dans le secteur hospitalier français, le rendu de compte s'accroît tant en matière financière, que sur la qualité des soins délivrés. Le classement des hôpitaux (apparu en France en 2006) et les procédures d'accréditation (1996) considérés comme des dispositifs d'*accountability* portant sur la qualité des soins, se sont développés pour comparer les établissements de santé entre eux, et évaluer les pratiques cliniques des professionnels travaillant dans ces derniers. Il est à souligner que l'introduction de la procédure d'accréditation est instaurée depuis 1996 en France, alors qu'aux Etats-Unis, ces dispositifs existent depuis les années 1950 (sous le nom de « *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)* ») (Roberts et al., 1987). Ainsi, cette accréditation devenue par la suite une certification hospitalière se veut constituer un levier de changement (Halgand, 2003). L'évaluation de la qualité s'effectue *« à l'aide d'indicateurs, de critères ou de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement* » (article L. 710-5 du Code de la santé publique). Comme Fraisse et al. (2003) le soulignent : « *L'accréditation est (…) présentée comme un outil de changement dans les établissements de santé, par la « qualité totale* ». Cet outil doit inciter au dialogue, à l'apprentissage, permettre une véritable réflexion sur les pratiques des professionnels et sur leur organisation (Jolivet, 2011), et amener à la correction d'actions afin d'améliorer les pratiques (Kimberly et Minvielle, 2000).

En France, le premier classement ministériel (apparu en 2006) introduit une nouvelle manière de rendre des comptes. Cet outil apparaît comme une réponse à la critique de l'opacité d'un secteur à dominante professionnelle. Ainsi, il semble que l'*accountability* du monde médical évolue et n'est pas un exercice aisé (Minvielle et Schilte, 2008) dans un monde où les professionnels ont l'habitude à se référer à un contrôle clanique. Ainsi, depuis 2006 le classement hospitalier a été introduit, reposant sur le fait de diffuser publiquement des informations sur la qualité des soins prodigués. Si les professionnels de santé représentent les acteurs rendant compte, les destinataires sont multiples. Minvielle et Schilte distinguent 4 formes d'*accountability* (tableau 8) : le citoyen (renforce son droit démocratique) ; le régulateur (réduit l'asymétrie d'information), le patient (moyen pour éclairer le patient sur les résultats du

classement) et les professionnels (afin de se comparer pour s'améliorer) (Minvielle et Schilte, 2008). Ils affirment que l'introduction de dispositifs d'*accountability*, en incitant les professionnels à améliorer leur qualité, génère une modification des comportements des professionnels hospitaliers, même si des déviances paraissent inéluctables.

Tableau 8 : Quatre formes d'*accountability* associées aux classements

Rendre compte	Au citoyen (1re forme)	Au payeur (2e forme)	Au patient (3e forme)	Au professionnel (4e forme)
Objectifs	Renforcer la démocratie, la transparence	Réduire les risques liés à l'asymétrie d'information	Éclairer le consommateur dans le choix de l'établissement	Améliorer sa pratique
Résultats observés	Cela confirme l'intérêt du public pour les classements	Une base contractuelle est ainsi formée	L'information est peu utilisée comme prioritaire dans le choix de l'établissement	Cela modifie le comportement, surtout dans le cas d'un « mal » classé
Effets inattendus	Inégalité informationnelle, incompréhension	Optimisation sur certains thèmes	Préférence pour le « bouche à-oreille », les expériences antérieures	Risque de transfert de certains patients, culture du blâme
Types de classement	Palmarès de médias, Classements ministériels	Classements des assureurs publics ou privés (aux États-Unis)	Palmarès de médias, Classements ministériels	Classements ministériels

Source : Minvielle et Schilte, 2008

Toutefois, si l'impact du NPM sur la qualité des soins n'est pas clair, tant en France (Or, 2014) qu'en Europe (Pollitt et Dan, 2011), et que les professionnels résistent, ses répercussions sur le corps médical ont été amplement ressenties ces dernières années. Ainsi, Nobre et Biron (2001) montrent, début des années 2000, que la sensibilisation des acteurs de l'hôpital à la notion de

performance commence à porter ses fruits. Même si les professionnels restent méfiants quant à l'interprétation des informations, ils souhaitent obtenir des indicateurs en lien avec leur pratique « *Les acteurs de l'hôpital et plus particulièrement certains médecins et chirurgiens ne se satisfont plus d'un système qui est prévu, au départ, pour un contrôle externe par la tutelle. Ils sont demandeurs d'informations qui permettent un pilotage interne* » (Nobre et Biron, 2001).

D'autres auteurs (Burellier et Valette, 2011) mettent en avant que la résistance ou l'acceptation du changement varie selon les personnes et font ainsi référence au terme de polarisation (Jacobs, 2005) où l'adoption de techniques de management et de gestion est assumée par un groupe limité. En effet même « *si les logiques managériales contredisent globalement les logiques de soins, l'enquête du sociologue montre que tous les soignants n'offrent pas la même résistance aux réformes* » (Berger, 2011, p.44).

En France, le « Plan Hôpital 2007 » introduit la création de pôles où des médecins vont se voir déléguer des activités de gestion en sus de leur activité clinique. Ces changements visent à impliquer les médecins dans des logiques gestionnaires. Des études (Valette et Burellier, 2014) montrent que désormais les médecins évoluent vers des rôles hybrides en devenant chefs de pôle, censés résoudre les tensions entre les pratiques cliniques et les pratiques de gestion (Bernardini-Perincolo, 2016). Malgré la réforme en rigueur, leur étude souligne que l'identité de ces gestionnaires est toujours médicale. Ces médecins sont enrôlés dans la gestion dans le cadre de leurs actions où l'hybridation est une affaire de « bricolage individuel » (Valette et Burellier, 2014). Le transfert de gestion au niveau des pôles soulève le problème des compétences et de la volonté des médecins à se l'approprier (Grenier et Bernardini, 2012).

De plus, l'introduction d'outils tels que les tableaux de bord de pilotage, utilisés en premier lieu par la direction générale pour contrôler l'affectation des ressources de l'hôpital, semblent se décentraliser et être délégués au niveau des responsables de services (Nobre, 2001).

Également, l'injonction managériale, à travers l'introduction du PMSI (Engel et al., 2000), intègre les médecins dans la production d'informations et de données sur leurs activités médicales. Cette nouvelle responsabilité est vécue comme une bureaucratisation du rôle du médecin hospitalier (Domin, 2006, p. 28). Ainsi certains médecins sont dorénavant considérés comme des « professionnels gestionnaires » (Loubet, 2011).

Quelques travaux ont introduit l'idée que les instruments de gestion ont un impact dans la structuration du rôle hybride (Valette et Burellier, 2014). D'autres études ont suggéré que l'hybridation concerne les médecins quelle que soit leur position au sein de l'organisation, à la fois par le développement de compétences dans la maitrise des outils de gestion, mais également par l'évolution de leur décision médicale (Georgescu et al., 2016). L'hybridation semble être également favorisée par des menaces accrues pour les hôpitaux et un risque de fermeture (le niveau d'endettement des hôpitaux publics a presque triplé entre 2003 et 2011) (GAO, 2013). Les médecins hospitaliers sont désormais plus intéressés par leur efficacité et intègrent les aspects gestionnaires dans leur quotidien (Simonet, 2017).

Des recherches indiquent que l'hybridation peut se faire par des cadres de santé qui facilitent le passage vers un rôle gestionnaire (Valette et Burellier, 2014). Dès lors l'hybridation parait être favorisée par des membres du monde médical. De même, nous constatons que les médecins perçoivent des pressions financières internes provenant de diverses sources, et notamment du monde administratif (Georgescu et Naro, 2012). Georgescu et Naro observent que des directeurs administratifs de pôles, envoient des comptes rendus d'activité à chaque médecin pour qu'ils se comparent aux prévisions ou à l'activité réalisée par leurs pairs.

La littérature traitant de la mesure de l'activité médicale dans le cas hospitalier français révèle que les médecins, poursuivant des logiques institutionnelles multiples et souvent concurrentes, (Friedland et Alford, 1991), ont des comportements opportunistes (Cots et al., 2011).

Ainsi, si dans le système français, le NPM a légitimé l'adoption de mécanismes comptables visant à renforcer l'*accountability* et à lutter contre la fraude (Groupes Homogènes de Malades) (Or et Bellanger, 2011), les études ne sont pas concluantes sur ce point (Georgescu et Naro, 2012). L'un des effets pervers de ces pratiques budgétaires est alors la manipulation du codage de leur activité médicale pour qu'une maladie plus grave puisse maximiser les revenus perçus (Or, 2014) ou pour atteindre les objectifs gestionnaires (Georgescu et Naro, 2012).

De plus, certains médecins abandonnent des activités jugées non rentables (comme en témoigne la délégation des services de maternité à des opérateurs privés), sélectionnent des patients (notion de malades plus rentables que d'autres, rentrant en contradiction avec l'éthique médicale et la notion de mission de service public (Cordier, 2013)), ou réalisent des sorties

prématurées des patients (Or, 2014). Ces exemples révèlent ainsi des problèmes pour assurer la pertinence des sois.

Halgand et Garrot (2015), à travers les réformes du NPM, voient des « signes de réification de l'humain et du social à l'hôpital ». Leur article montre comment à travers la T2A, les comportements des professionnels se normalisent : ainsi le chiffre discipline le corps médical et soignant dans leur comportement de soin. Ces auteurs soulignent une pression concernant la réduction des durées de séjour pour accélérer le flux de patients soignés et par conséquent les recettes allouées à leur établissement. A ce propos, selon Or et al. (2013) la durée moyenne des séjours aurait diminué, en particulier pour les interventions chirurgicales avec le développement de la chirurgie ambulatoire. Ainsi, l'introduction des DRG (GHM) engendre une modification des pratiques de soins (Simonet, 2017). Nobre (2001) décrit l'introduction d'outils de contrôle comme des « *instruments (…) du pouvoir du gestionnaire (…) ce qui ne fait que confirmer l'hypothèse du contrôle externe et par les résultats des médecins* » (p.130).

Par ailleurs, le financement des hôpitaux publics français reposant sur la tarification de l'activité sous-entend un codage de l'activité médicale afin de percevoir les ressources allouées. Les médecins voient leur contenu de travail modifié et sont désormais responsables de coder leur activité médicale. En effet, le Code de la Santé Publique prévoit une implication des professionnels dans le processus de codage (article R 6113-1 du Code de la Santé Publique). De ce fait, ils sont sensibilisés à reporter leur activité médicale et à suivre des indicateurs de performance (Le Menn et Milon, 2012).

Toutefois en raison de la charge de travail supplémentaire, y compris le temps consacré au codage et à la documentation des cas (fort nombre de catégories du classement des GHM), le mécontentement des médecins augmente (Simonet, 2017), ainsi, diverses modalités d'organisation du codage sont identifiées.

Dans certains hôpitaux publics français, le codage n'est alors pas seulement réalisé par des professionnels médicaux prenant en charge les patients, mais aussi par des Techniciens d'Information Médicale (équivalent aux « *medical coders* ») (Steinbusch, et al., 2007) lesquels retracent l'activité médicale réalisée auprès d'un patient dans le but de la facturer.

Ainsi, deux types d'organisation sont rencontrés : (1) le codage décentralisé où le codage est effectué dans les services cliniques par les professionnels médicaux ; (2) le codage centralisé où les TIM codent dans les locaux du DIM, mais aussi dans les pôles cliniques avec les médecins (Jousse, 2012). Ainsi, certains établissements réalisent un système de « codage partagé » (Gariepy, et al., 2013), vecteur d'une collaboration entre professionnels et administratifs (TIM).

Par conséquent, en France, par l'implantation tardive des réformes du NPM, les résultats restent contrastés mais dessinent une « colonisation comptable » de la sphère médicale qui mérite plus d'attention.

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

Si la littérature nous indique que la montée en puissance des logiques et instruments managériaux dans le secteur public est un mouvement largement transnational, sa temporalité et ses modalités varient selon les pays (Leicht et al.2009 ; Pollitt et Bouckaert, 2011). Certains pays (comme l'Australie et les États-Unis) sont des exemples ayant connu des changements significatifs dans les pratiques de gestion, alors que d'autres n'ont connu que peu de mutations (Leicht et al., 2009).

Ainsi, en Grande-Bretagne, l'introduction des réformes du NPM a été plus rapide, brutale et contraignante qu'ailleurs (Allsop 2006 ; Dent 2003). La littérature montre à cet égard que ces réformes sont analysées par les professionnels du domaine de la santé comme des attaques sur les valeurs du secteur public (Dent 2003 ; Exworthy et Halford 1999 ; Scott, 2008).

Des dynamiques comparables ont été également observées dans des contextes nationaux variés, en Allemagne (Kuhlmann et al., 2009), aux Pays-Bas (Oomkens, 2010), au Danemark (Kirkpatrick et al., 2009) ou en Suède (Blomgren, 2003). Ces travaux analysent les effets des réformes et les réponses des professionnels de santé dont certains diagnostiquent la montée en puissance des logiques privées comme un déclin de la domination professionnelle (Scott et al., 2000).

En France, depuis les années 1990, les idées du NPM ont été lentement élaborées et diffusées et se sont cristallisées à travers la LOLF (Loi Organique relative aux Lois de Finances du 1er aout 2001). Toutefois depuis quelques années, les réformes s'accélèrent dans le secteur hospitalier public. A l'étranger, comme en France, au vu des résultats contrastés et peu étudiés sur les interactions entre membres de sphères différentes concernant l'infiltration de l'*accountability* dans le milieu du soin, la poursuite de travaux est nécessaire car la réalité semble plus complexe. Nous tentons ainsi d'éclairer ce concept en nous focalisant sur le secteur hospitalier public français.

CONCLUSION DE LA PARTIE 2

Tout au long de cette partie, nous avons mis en lumière les travaux de l'*accountability* dans le secteur hospitalier.

Dans un premier temps, le chapitre 3 nous a permis de souligner les effets de l'*accountability* à travers l'implantation d'outils et de dispositifs. Nous avons montré que l'introduction de l'*accountability* dans les organisations hospitalières leur permettait d'afficher une forte légitimité auprès des parties prenantes externes. D'autre part, l'implantation d'outils peut favoriser un découplage entre l'image externe et le cœur de l'activité.

Nous avons également montré que l'introduction d'outils d'*accountability* hybride les identités professionnelles en intégrant des normes gestionnaires. Nous avons souligné également que les professionnels de santé s'approprient les outils gestionnaires, réorientent leurs subjectivités pour les rendre compatibles avec les indicateurs chiffrés. En particulier, la littérature met en évidence que les professionnels de santé réduisent le *slack* présent dans leur quotidien.

Au regard de ces résultats contrastés et peu tranchés, nous allons présenter les travaux menés dans le cas français dans le chapitre 4. Toutefois, au vu des réformes du NPM qui se sont implantées tardivement en France, la poursuite de travaux parait pertinente. Ce qui nous a conduit dans la partie suivante à étudier plus en détails les effets et les rôles de l'*accountability* par le biais d'une étude qualitative.

Question de recherche

Les résultats de notre revue de littérature montrent que la mise en place de l'*accountability* à travers différentes réformes est venue apporter des changements internes dans le secteur hospitalier public malgré l'implantation tardive du *New Public Management* dans le secteur français.

Toutefois, des résultats contrastés concernant l'introduction de l'*accountability* tant dans la sphère administrative que dans la sphère médicale appellent à une poursuite des travaux. En effet, soit les outils viennent coloniser les organisations hospitalières, soit un découplage se met en place. Les études portant sur l'introduction de l'*accountability* manifestent une variété de réponses des groupes professionnels : l'hybridation ou la polarisation. Ces deux termes marquent l'évolution des rôles et des compétences de certains professionnels de santé vers les « médecins-gestionnaires » (Loubet, 2011).

L'étude des effets et des rôles de l'*accountability* nous conduit à poursuivre les travaux au sein du secteur hospitalier public français, dont les organisations (comme nous l'avons précisé) sont soumises à une multitude de pressions coercitives depuis quelques années. Ces dernières sont fortement intéressantes à étudier en raison de l'appropriation que s'en font les membres internes, et des enjeux qui sous-tendent une telle introduction. Pour évaluer les conséquences de ce déploiement en interne, il semble important de développer une meilleure compréhension de la capacité de ces organisations, à un niveau d'analyse micro, de leur réponse aux pressions externes, et de l'application dans la pratique des effets intra-organisationnels de l'*accountability*.

A l'étranger ainsi qu'en France, les recherches académiques portant sur les effets de l'*accountability* ont été explorés et témoignent d'une influence plus ou moins marquée de ses outils (exceptés l'audit financier) chez les professionnels. Toutefois, il reste difficile de limiter le champ de compréhension du phénomène de l'*accountability* car l'organisation est également un lieu d'interaction entre acteurs (Campanale et Cinquini, 2016).

Ce faisant, ce travail doctoral montre comment les organisations répondent aux réformes au niveau micro, parfois négligé dans les travaux socio-institutionnels (Ezzamel et al., 2004,

p.299), et identifie les mécanismes par lesquels l'*accountability* fait évoluer les professions et l'organisation hospitalière. Nous avons ainsi choisi de réaliser une étude qualitative afin d'appréhender la complexité de la réalité du cas français.

Dans notre travail, nous proposons d'étudier les effets et les rôles de l'*accountability* à travers différentes approches, au niveau « micro », que ce soit au travers de la sphère administrative ou de la sphère médicale. Ceci nous permet de contribuer à la compréhension des effets des pratiques institutionnalisées (Gupta et al, 1994) au sein du secteur hospitalier français.

Nous souhaitons également examiner de plus près les interactions existantes de la sphère administrative sur la sphère médicale.

L'ensemble de ces éléments suggère qu'une exploration des effets intra-organisationnels de l'*accountability* dans le secteur hospitalier public français paraît pertinente au regard des différents enjeux économiques et sociaux, et nous conduit à définir la **problématique générale** de ce travail doctoral :

Comment les dispositifs de l'accountability sont-ils utilisés par les acteurs de la sphère administrative ? Quels sont les effets qui en découlent pour les professionnels de santé ?

Ce travail s'articule autour de deux **sous questions de recherche :**
La première étape de la recherche est de comprendre, au travers d'entretiens semi-directifs menés auprès de DAF, les effets de la mise en œuvre de la certification des comptes à l'hôpital public. En d'autres termes, il s'agit d'explorer l'impact interne de l'*accountability*, au travers du dispositif de certification des comptes, dans ces organisations. **Quels sont les effets de l'*accountability* à travers l'exemple de la certification des comptes dans le secteur hospitalier public ?**
La seconde étape de la recherche porte sur la façon dont la sphère administrative s'organise pour sensibiliser les praticiens à l'*accountability*. Afin d'explorer les interactions entre ces groupes d'acteurs porteurs de logiques institutionnelles différentes, nous avons réalisé une étude de cas dans un hôpital public français. Nous souhaitons comprendre les effets d'« un climat d'*accountability* » sur les professionnels de santé. De là en découle notre seconde question de recherche : **Quels sont les effets et les rôles de l'*accountability* sur les professionnels de santé ?**

INTRODUCTION GENERALE

PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Chapitre 1 : Contexte de l'étude : l'hôpital public
Chapitre 2 : Cadre théorique et conceptuel

PARTIE 2 : REVUE DE LITTERATURE SUR L'*ACCOUNTABILITY* DANS LES HOPITAUX

Chapitre 3 : Les travaux menés à l'étranger sur l'*accountability*
Chapitre 4 : Les travaux menés en France sur l'*accountability*

PARTIE 3 : CADRE EPISTEMOLOGIQUE ET ETUDES EMPIRIQUES

Chapitre 5 : Epistémologie et méthodologie générale
Chapitre 6 : L'étude qualitative exploratoire
Chapitre 7 : L'étude de cas

PARTIE 4 : DISCUSSION

CONCLUSION GENERALE

- Objectifs et mise en œuvre de la thèse
- Synthèse des résultats obtenus
- Contributions
- Limites et perspectives de recherche

PARTIE 3 : CADRE EPISTEMOLOGIQUE ET ETUDES EMPIRIQUES

La partie 3 de ce travail a pour objectif de présenter le paradigme retenu ainsi que les études empiriques menées dans cette recherche.

Ainsi, le chapitre 5 a pour objet de présenter notre positionnement épistémologique ainsi que la méthodologie générale déployée au cours de ce travail.

Le chapitre 6 est consacré à l'étude qualitative exploratoire menée auprès de 19 DAF, nous permettant de mieux comprendre le concept d'*accountability* ainsi que ses effets en interne. A cet effet, nous exposons en premier lieu la méthodologie retenue, puis les résultats.

Le chapitre 7 se propose de poursuivre les résultats obtenus dans notre étude exploratoire, au travers la réalisation d'une étude de cas (CHU de grande taille). Nous présentons ainsi la méthodologie et les résultats.

CHAPITRE 5 : Epistémologie et méthodologie générale

Si l'épistémologie et la méthodologie sont quelquefois confondues (Avenier et Gavard-Perret, 2012), elles représentent tout de même deux notions bien distinctes.

Dans une première section, nous présentons les trois principaux paradigmes épistémologiques selon Perret et Séville (2007). Puis nous précisons notre choix de posture épistémologique adoptée dans le cadre de ce travail : le paradigme épistémologique interprétativiste. Ce positionnement n'est pas sans conséquences puisqu'il conditionne notre manière de mener notre recherche.

Dans une deuxième section, nous énonçons la méthode générale et outils utilisés pour mener à bien notre recherche.

SECTION 1 : Démarche épistémologique

Nous présentons, dans un premier temps les différents paradigmes épistémologiques puis, dans un second temps le cadre épistémologique dans lequel nous nous inscrivons et sur lequel notre travail de recherche repose.

1. Distinction entre les paradigmes épistémologiques

L'épistémologie peut être définie comme « *une activité réflexive qui porte sur la manière dont les connaissances sont produites et justifiées* » (Allard-Poesi et Perret, 2014, p. 15).

Le paradigme dans lequel s'inscrit le chercheur permet d'évaluer la scientificité de sa recherche.

Le tableau 9 résume les trois principaux paradigmes : positivisme, interprétativisme et constructivisme.

Tableau 9 : Positions épistémologiques et paradigmes positiviste, interprétatif et constructiviste

Les paradigmes / Les questions épistémologiques	Le positivisme	L'interprétatif	Le constructivisme
Quel est le statut de la connaissance ?	Hypothèse ontologique Il existe une essence propre à l'objet de connaissance	Hypothèse phénoménologique L'essence de l'objet ne peut être atteinte (constructivisme modéré ou interprétatif) ou n'existe pas (constructivisme radical)	
La nature de la « réalité »	Indépendance du sujet et de l'objet Hypothèse déterministe Le monde est fait de nécessités	Dépendance du sujet et de l'objet Hypothèse intentionnaliste Le monde est fait de possibilités	
Comment la connaissance est-elle engendrée ?	La découverte Recherche formulée en termes de « pour quelles causes… »	L'interprétation Recherche formulée en termes de « pour quelles motivations des acteurs… »	La construction Recherche formulée en termes de « pour quelles finalités… »
Le chemin de la connaissance scientifique	Statut privilégié de l'explication	Statut privilégié de la compréhension	Statut privilégié de la construction
Quelle est la valeur de la connaissance ? **Les critères de validité**	Vérifiabilité Confirmabilité Réfutabilité	Idéographie Empathie (révélatrice de l'expérience vécue par les acteurs)	Adéquation Enseignabilité

Source : Perret et Séville, 2007, p.14-15

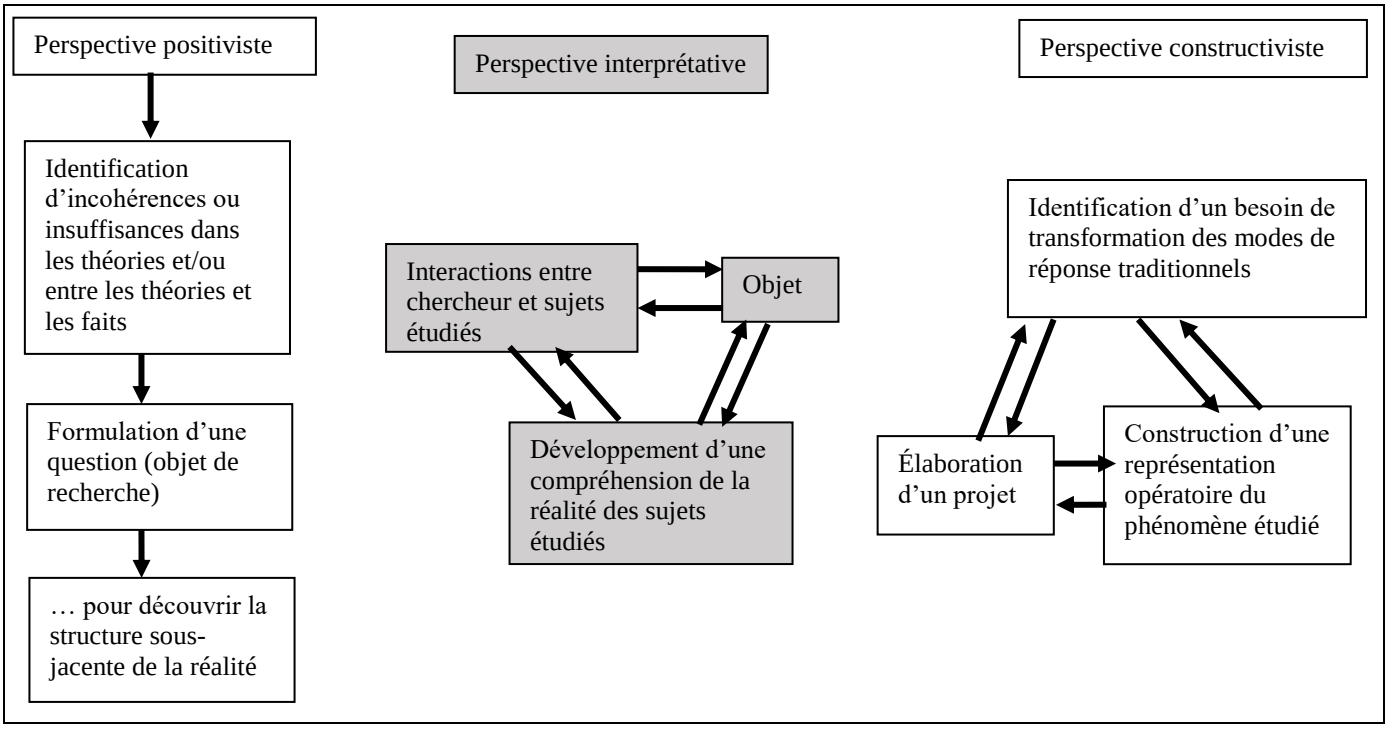
Le positivisme postule que la connaissance que constitue progressivement la science est la connaissance de la réalité, une réalité en soi, objective, indépendante des observateurs qui la décrivent. *« Il postule l'existence d'une réalité stable, extérieure et indépendante du sujet. Cette réalité peut être appréhendée par l'expérience scientifique ou la méthode expérimentale. La connaissance qui en résulte est alors considérée comme étant le miroir de la réalité. Le critère*

de fidélité entre les savoirs ainsi générés et la réalité extérieure devient l'indicateur de validité ou de scientificité de la connaissance » (Lapointe, 1996, p.10).

Concernant les paradigmes interprétatif et constructiviste, ils partagent un certain nombre d'hypothèses sur la nature de la réalité. Néanmoins, quant au processus de création de la connaissance et aux critères de validité de la recherche, ces deux paradigmes ont des conceptions particulières. « *Le monde social est fait d'interprétations. Ces interprétations se construisent grâce aux interactions entre acteurs, dans des contextes toujours particuliers.* » (Perret et Séville, 2007, p.19). « *Les individus créent leur environnement par leur pensée et leurs actions, guidés par leurs finalités* » (Perret et Séville, 2007, p.20). Un chercheur dans le paradigme interprétatif aura pour objectif d'appréhender la réalité par la compréhension du sens que les acteurs donnent à cette réalité : il ne s'agit plus d'expliquer cette réalité mais de la comprendre au travers des interprétations qu'en font les acteurs (Berger et Luckmann, 1967). Quant au constructivisme, la connaissance est construite par le sujet et elle n'a pas de sens en dehors de lui, le chercheur ici assurera sa participation à la construction de la réalité.

Contrairement à ce que postule la perspective positiviste, dans laquelle le chercheur est censé découvrir la structure sous-jacente de la réalité (le positivisme vise à expliquer la réalité), les partisans de l'approche constructiviste pensent que le chercheur peut seulement interpréter celle-ci, alors que l'interprétativisme vise avant tout à comprendre la réalité (figure 7).

Figure 7 : Construction de l'objet de recherche selon les trois grands paradigmes de recherche



Source : Allard-Poési et Maréchal, 1999 cités dans Thiétart

2. Le paradigme interprétatif retenu pour notre recherche

L'approche épistémologique retenue guide et oriente le chercheur dans ses actes de production d'une connaissance. Perret et Seville (2003) estiment que la réflexion épistémologique s'impose à tout chercheur soucieux d'effectuer une recherche sérieuse, car elle permet d'asseoir la validité et la légitimité de la recherche. Ainsi, l'épistémologie permet au chercheur d'exprimer son acception du monde et reflète sa façon d'aborder les faits et les données auxquels il est confronté au cours de sa thèse. **Notre posture épistémologique choisie dans ce travail repose sur une démarche interprétative.**

Étant donné que le positionnement épistémologique a une influence sur la méthodologie de recherche et sur les techniques de collecte des données, à ce niveau, la justification de notre positionnement épistémologique est primordiale. Afin de légitimer notre démarche de recherche, nous étayons notre raisonnement au travers de trois critères soulevés par Thietart : la distinction entre la nature de la connaissance produite, le chemin de connaissance et les critères de validité de la connaissance.

- **La nature de la connaissance produite**

Dans le paradigme interprétatif, il existe une certaine interaction et dépendance entre le sujet et l'objet de recherche, le chercheur essaie d'interpréter la réalité, cependant la nature de la connaissance est contextuelle et subjective. La réalité est alors dépendante de celui qui l'observe. Le chercheur ne peut alors que reconstituer une réalité.

Pour Lukka et Modell (2010), ce type de démarche vise à décrire « *des phénomènes sociaux pour transmettre une compréhension riche et approfondie des significations qui leur sont associées par les individus, comme élément explicatif important* »[25] (Lukka et Modell, 2010, p. 463).

Dans le cadre de notre recherche, il ne s'agit pas d'expliquer la réalité ou de la construire, mais simplement de la comprendre, de comprendre le sens que les acteurs lui donnent. Comprendre les effets du phénomène de l'*accountability* revient à en cerner la réalité à travers les interprétations qu'en font les acteurs au sein de l'organisation. Notre objet de recherche

[25] Traduction libre de : "(*describe) social phenomena in order to convey a rich, in-depth understanding of the meanings attached to them by researched individuals to also encompass an important explanatory element."*

implique l'appréhension de la démarche de l'*accountability* dans le secteur hospitalier français, et la compréhension de son impact au niveau intra-organisationnel.

- **Le chemin de la connaissance**

La création de la connaissance dans un processus interprétatif, passe par la compréhension du sens que les acteurs donnent à la réalité. En d'autres termes, pour analyser le fonctionnement quotidien de l'organisation, le chercheur interprétativiste sera conduit à privilégier une démarche de recherche contextualisée, en mobilisant l'observation directe et les entretiens en situation. Dans notre recherche, nous avons analysé l'impact interne de l'*accountability* dans la sphère administrative ainsi que dans la sphère médicale : il s'agit donc pour nous de donner des interprétations à ces comportements. Les données recueillies n'ont pas pour vocation à être considérées comme des vérités, mais comme des discours faisant passer un message à un instant précis.

- **Les critères de validité**

Un chercheur évalue la connaissance qu'il produit grâce à un certain nombre de critères de validité. La question des critères de validité n'est pas traitée de la même manière dans chacune des épistémologies. Elle dépend de la façon dont chacun des paradigmes répond à la question de la scientificité des connaissances (Perret et Séville, 1999, cité dans Thiétart). Pour les interprétativistes, la validité de la recherche se fera au travers, d'une part, du caractère idiographique (cas singulier) des recherches et d'autre part, des capacités d'empathie que développe le chercheur (Perret et Séville, 1999 cité dans Thiétart). Les recherches de nature idiographique se distinguent des recherches de type nomothétique par le fait qu'elles s'intéressent à des évènements singuliers, se centrent sur l'étude d'individus, et non sur la volonté d'établir une généralité. Toute recherche sera qualifiée d'idiographique dès lors qu'elle étudiera les phénomènes en situation. C'est le cas pour notre objet de recherche, où nous allons analyser la perception des acteurs de l'organisation ainsi que les effets intra-organisationnels de l'*accountability* sur celle-ci.

L'empathie (Thiétart et al., 2007) est la faculté du chercheur à se mettre à la place d'autrui, à être attentif aux situations, à percevoir ce qu'il ressent, afin d'atteindre et de comprendre son discours et sa représentation de la réalité. Le chercheur doit s'adapter, s'approprier le langage et les terminologies propres aux acteurs. La valeur d'une recherche sera mesurée au regard de sa dimension empathique (Perret et Séville, 1999). Une proximité entre le chercheur et le terrain s'est développée au fur et à mesure de notre immersion dans ce domaine.

La validation de la connaissance, produite par une démarche interprétativiste, résulte principalement du respect de ces deux conditions.

Conclusion de la section 1

Dans cette section, nous avons exposé ce qui constitue notre positionnement épistémologique. Pour ce faire, nous nous sommes attachés à décrire brièvement les trois paradigmes considérés comme principaux en Sciences de gestion.

Par la suite, nous avons exposé le paradigme épistémologique retenu pour cette recherche.

Il convient de souligner que les critères (validité et fiabilité de la recherche) n'ont pas les mêmes implications selon le positionnement épistémologique retenu (David, 1999).

Selon Gavard-Perret et al. (2012), pour apprécier le critère de **validité interne**, trois conditions doivent être remplies : la cohérence interne de la recherche dans son design, la validité du construit et la rigueur de la recherche.

Pour renforcer la validité interne, Drucker-Godard et al. (2007) recommandent de « *décrire et expliciter de manière détaillée la stratégie d'analyse et les outils de l'analyse des données, ce qui contribue à rendre plus transparent le cheminement permettant l'élaboration des résultats, ou tout du moins permet de les livrer à la critique* » (p. 280).

Dans la prochaine section, nous avons porté une attention particulière à présenter et justifier les différentes options méthodologiques. Cela doit aider le lecteur dans la compréhension de la manière dont les résultats ont été établis.

La « **validité externe** » désigne la validité des connaissances au-delà de la base empirique à partir de laquelle elles ont été élaborées (Gavard-Perret et al., 2012, p.45). Dans le cadre d'un positionnement interprétativiste, il ne s'agit pas d'émettre une généralisation des résultats.

Toutefois, n'ayant sélectionné qu'une organisation hospitalière, la validité externe de notre recherche est discutable. La possibilité de comparer nos résultats dans le futur, avec ceux d'autres études, permettrait de garantir leur transférabilité (Koenig, 2005). En effet, mener des études sur des hôpitaux dans un environnement et contexte organisationnel similaires, ayant un type de management proche de celui présent dans notre étude, pourrait renforcer la validité externe de notre recherche.

Enfin, **la fiabilité** consiste « *à établir et vérifier que les différentes opérations d'une recherche pourront être répétées avec le même résultat par des chercheurs différents et/ou à des moments différents* » (Drucker-Godard et al., 2014, p.316). Toutefois, selon le positionnement épistémologique, nous considérons que ce critère ne s'applique pas de la même manière.

De plus, selon Drucker-Godard et al. (2007), la fiabilité renvoie à l'honnêteté du chercheur :
« *le fait que la fiabilité dépende de la capacité et de l'honnêteté du chercheur dans son processus de travail concerne à la fois le chercheur qualitatif et quantitatif* » (p. 283). Afin de rassurer le lecteur sur ce point, il est pertinent de veiller à une description précise du processus de recherche. Nous avons porté, dans cette partie 3, une attention particulière à rendre accessible pour le lecteur, les éléments ayant servis à la constitution de la connaissance (Gavard-Perret et al., 2012).

SECTION 2 : Démarche de recherche

Nous présentons dans le premier point la démarche de recherche suivie, qui est celle d'une étude qualitative. Nous justifions la cohérence entre notre approche de recherche (qualitative et compréhensive), et sa mise en œuvre. Nous exposons les raisons qui nous ont amené à recourir à une approche qualitative pour aborder notre question de recherche.

1. Une étude qualitative cohérente avec la problématique de recherche

Cette recherche doctorale a pour but de comprendre les effets et les rôles de l'*accountability* dans le secteur hospitalier public sur la sphère médicale.

Malgré l'absence assez précise de définitions (Mulgan, 2000), la majorité des auteurs s'accordent sur le fait que l'*accountability*, qui regroupe l'audit et les pratiques comptables, permet de rendre des comptes (Roberts et Scapens, 1985) : les agents doivent expliquer et assumer la responsabilité de leurs actions (Sinclair, 1995).

Dans le secteur hospitalier, les études menées démontrent l'infiltration des données comptables et financières dans les activités de ces bureaucraties professionnelles (Mintzberg, 1983 ; Power, 1997). Diverses justifications peuvent être apportées à ce phénomène.

Une première explication est contingente et contextuelle. Selon Gebreiter et Ferry (2016, p.719), les coûts des soins de santé se justifient davantage par les facteurs historiques, que par les évolutions démographiques et technologiques.

Une seconde explication est liée aux jeux de pouvoirs existants dans ces organisations. L'introduction de la comptabilité crée des espaces visibles et permet de contrôler les professionnels. Les outils comptables rendent manifestes des activités complexes souvent difficilement mesurables (Preston, 1992 ; Miller et Rose, 1990). Ainsi, pour défendre leur périmètre, les professionnels de santé s'approprient les outils budgétaires et comptables afin de manager leurs services (Broadbent et Laughlin 1998 ; Jacobs 1995 ; Kurunmäki, 1999 ; Robbins, 2007). Ces pratiques constituent un moyen de fournir des explications sur les

dépenses de santé, et permettent dans une moindre mesure, d'établir des actions stratégiques (Kurunmäki et al., 2003 ; Nyland et Pettersen, 2004 ; Pettersen et Nyland, 2006 ; Scarparo, 2006).

Une troisième justification porte sur la volonté de répondre aux pressions externes. En se basant sur le cadre théorique néo-institutionnel, les recherches montrent que l'*accountability* a une fonction de légitimation de l'espace financier d'organisations fournissant des services publics (Brunsson, 2006 ; Modell et al., 2007).

En nous basant sur la littérature, nous observons que les outils de l'*accountability* sont introduits pour répondre aux pressions externes. Cette définition implique que nous souhaitons analyser les effets en interne de ce concept, mais aussi d'analyser la manière dont les membres internes des organisations hospitalières sont influencés par ce concept.

Afin de répondre à notre problématique, une recherche empirique semble indispensable. Nous avons choisi de privilégier une méthodologique qualitative dans le but de comprendre comment, et non pourquoi, l'*accountability* influence les organisations hospitalières et les membres de ces organisations. Ce secteur fait l'objet depuis plusieurs années de réformes concernant tant les professionnels de santé que les administratifs.

Au regard de cette situation, il semble pertinent de développer une meilleure compréhension de ce concept complexe, ainsi que d'étudier la manière dont sont perçues les réponses organisationnelles par les acteurs considérés, et les conséquences dans leurs pratiques.

De plus, l'approche méthodologique de nature qualitative semble être le modèle de recherche le plus pertinent et dominant dans la théorie institutionnelle (Järvinen, 2016 ; Kantola et Järvinen, 2012), et plus spécifiquement sur des études de cas (Leotta et Ruggeri, 2012 ; Nyland et Pettersen, 2015 ; Berg et Byrkjeflot, 2014).

Cette recherche doctorale souhaite étudier le concept de l'*accountability* sous différentes dimensions, ce qui suggère un contact, une immersion ainsi qu'une proximité forte sur le terrain afin de comprendre comment les membres réagissent à l'introduction de « rendu de compte ». Allard-Poesi et Perret (2014, p. 57) soulignent à cet égard que la proximité entre le chercheur et son terrain d'étude représente un moyen : « *de développer une compréhension de l'intérieur*

de la réalité sociale, et en particulier d'appréhender les problématiques, les motivations et les significations que les différents acteurs y attachent ».

Cette citation souligne l'importance d'une approche compréhensive des interactions ou des situations : ce point fera l'objet du paragraphe suivant.

2. Une approche compréhensive

Notre sujet de recherche est d'explorer les effets et les rôles de l'*accountability* et fournir des descriptions de phénomènes encore peu étudiés. Comme notre objectif est de comprendre les effets et le rôle des dispositifs d'*accountability*, adopter une posture de recherche compréhensive est ainsi justifié.

Dumez (2013) souligne que la recherche qualitative s'appuie obligatoirement sur une approche compréhensive et doit tâcher de décrire et de narrer la réalité du phénomène que vivent les acteurs.

Nous nous sommes attachés à obtenir différents points de vue et à accéder au terrain de différentes manières, ainsi que de varier les techniques de collecte de données qualitatives mises en place. Si un premier mode d'accès au terrain a consisté à réaliser des entretiens semi-directifs, nous avons également mené une période d'observation non-participante dans un CHU de grande taille. Le choix d'une étude qualitative se justifie pour plusieurs raisons : d'une part, celle-ci facilite la compréhension détaillée d'un phénomène grâce à une étude approfondie et riche (Yin, 2009), et d'autre part elle permet de dépasser les a priori et d'accéder à diverses réalités directement collectées à partir du terrain (Thiétart *et al.*, 2007).

De manière générale, les données qualitatives *« permettent des descriptions et des explications riches et solidement fondées de processus ancrés dans un contexte local »* (Miles et Huberman, 2003).

La variété des protocoles possibles d'étude de cas pour améliorer la validité interne et la fiabilité (Patton, 1990) et donc la richesse de l'analyse, nous a conduit à choisir ce type d'approche qualitative. L'objectif n'est pas d'avoir des résultats standardisés et généralisés, mais plutôt de parvenir à la compréhension et à l'interprétation de la réalité (Creswell, 2003). Ces approches

reposent en outre sur « *des études de cas, dans lesquelles le chercheur explore en profondeur un événement, une activité, un processus ou une ou plusieurs personnes* » (Creswell, 2003, pp14-5).

Pour mener à bien notre travail, nous avons donc opté pour une méthodologie qualitative. Dans une première phase, nous avons mené une étude qualitative exploratoire sur la base d'entretiens semi-directifs (échelle nationale) et d'observations flottantes (dans un centre hospitalier de la région Occitanie). Les 32 entretiens semi-directifs effectués concernent différents niveaux hiérarchiques : Directeur général, directeurs financiers, référent certification des comptes, banquiers, ARS et trésorier public. Cependant, nous nous sommes concentrés uniquement sur les entretiens menés avec les directeurs financiers (total de 19 entretiens).

La seconde phase de notre travail de recherche a consisté en une étude de cas unique. L'objectif de cette recherche par étude de cas permet de voir le cas en relation avec son « contexte historique, économique, technologique, social et culturel » (Eriksson et Kovalainen, 2008, p. 115). Nous avons mené une période d'observation non participante de 320 heures et 45 entretiens semi-directifs (membres du DIM, TIM, médecins, sages-femmes, membres de la DOP, cadres administratifs et de santé, infirmières).

Dans cette étude nous cherchons à comprendre le rôle de l'*accountability*. Nous nous sommes attachés à prendre en compte différents points de vue : les membres administratifs (première étude) et les professionnels de santé ainsi que les interactions entre ces deux sphères (deuxième étude). Une première collecte de données s'est fondée sur une série d'entretiens exploratoires basée sur le point de vue d'administratifs concernant l'introduction de la certification des comptes à l'hôpital public. Dans un second temps, nous avons réalisé une démarche ethnographique dans un CHU (phase d'observation non participante dans un CHU ainsi que des entretiens semi-directifs). Nous avons ainsi mis en lumière les interactions des acteurs administratifs et des soignants, porteurs de logiques différentes.

Pour rappel, la tableau 10 présente les deux questions de recherche de ce travail.

Tableau 10 : Résumé des questions de recherche

Question de recherche Etude qualitative exploratoire	**Quels sont les effets de l'*accountability* à travers l'exemple de la certification des comptes dans le secteur hospitalier public ?**
Question de recherche Etude de cas dans un CHU	**Quels sont les effets et les rôles de l'*accountability* sur les professionnels de santé ?**

Source : auteur

Conclusion de la section 2

Dans cette section, nous nous sommes attachés à décrire notre positionnement épistémologique. Nous nous sommes inscrits dans un paradigme épistémologique interprétatif.

Ensuite, nous avons exposé le cadre méthodologique de cette recherche. Plus particulièrement, notre recherche s'est orientée vers une étude qualitative pour répondre à la question du « comment » (Yin, 2009). Cette étude s'est concentrée sur le secteur hospitalier public : nous avons mené dans un premier temps une **étude exploratoire qualitative** auprès de 19 directeurs administratifs financiers. Elle nous permet de mieux comprendre l'*accountability* au travers de la certification des comptes ainsi que ses effets sur la sphère médicale.

Dans un second temps, nous nous sommes orientés vers une **étude de cas unique** d'un centre hospitalier du fait de son caractère révélateur (Yin, 2011). Ainsi, notre deuxième étude a pour objet de comprendre comment la sphère administrative s'organise pour infiltrer l'*accountability* dans la sphère médicale. Pour cela, nous avons mené une étude de cas dans un CHU.

Si notre recueil principal de données est l'entretien semi-directif (74 entretiens réalisés lors des deux études), nous avons également mené une observation non-participante (de 40 jours dans un CHU).

La figure 8 présente de façon synthétique le déroulement de nos études.

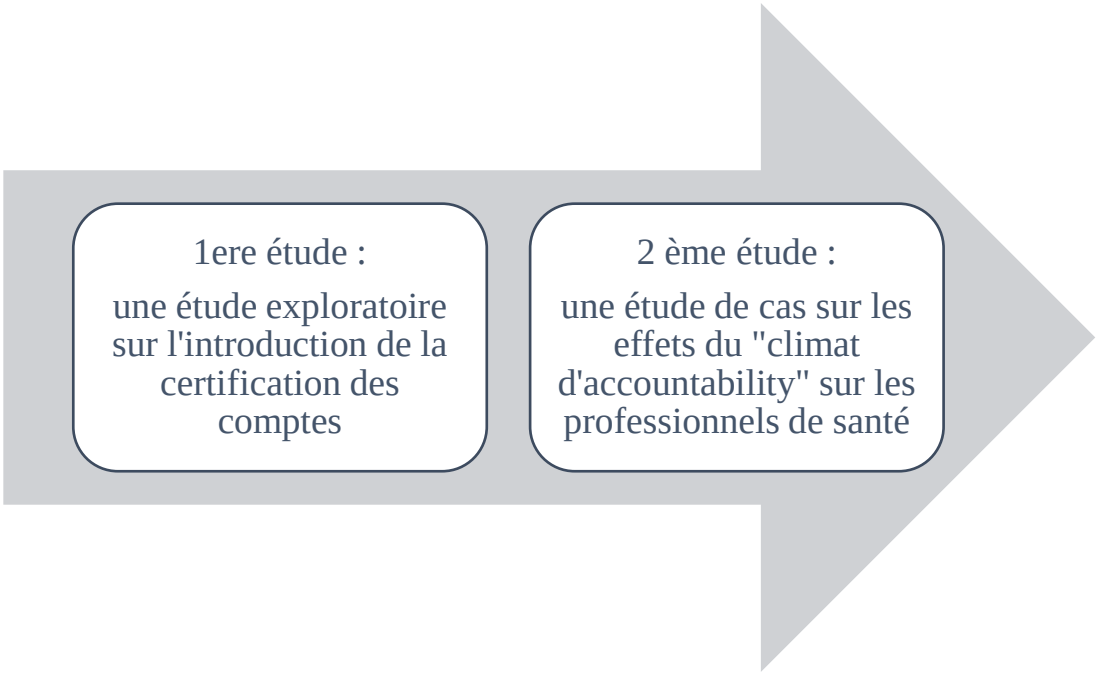


Figure 8 : Résumé de notre démarche qualitative (source : auteur)

CONCLUSION DU CHAPITRE 5

Dans ce chapitre, nous avons fait état de notre positionnement épistémologique, pour présenter par la suite le cadre méthodologique général.

Ainsi, nous avons élaboré une méthodologie tentant de répondre à notre problématique de recherche. Plus précisément, nous avons fait le choix d'études qualitatives en menant d'abord une étude exploratoire qualitative puis une étude de cas unique dans un CHU de grande taille.

CHAPITRE 6 : L'étude qualitative exploratoire

Dans les chapitres précédents, nous avons présenté le cadre conceptuel de notre recherche doctorale, ainsi que le terrain de notre étude.

En nous basant sur la littérature, nous avons identifié les effets et les rôles de l'*accountability* dans le secteur hospitalier. Malgré le constat selon lequel nous en savons beaucoup sur la fonction de légitimation (Power, 2005) et de la qualité de l'audit (Francis, 2004), les effets internes de l'audit financier demeurent peu étudiés, notamment dans le secteur hospitalier. Des auteurs comme Power (2003) soulignent que peu de choses sont connues sur l'audit dans des contextes pratiques et que le rôle de l'audit dans la production de légitimité et ses conséquences restent peu analysées.

Les récentes réformes à l'hôpital public, au travers de la loi HPST, introduisent l'audit financier pour les établissements publics de santé dépassant un certain seuil de recettes. De ce fait, une nouvelle logique issue du privé est introduite dans l'hôpital public.

Par ailleurs, les précédentes recherches sur l'audit financier, ont pour la plupart mobilisé des études quantitatives. Or selon Humphrey (2008) ainsi que Power (2003), réaliser une étude qualitative permettrait de mieux comprendre ce concept et ces effets en pratique.

C'est pourquoi à partir d'une étude exploratoire auprès de 19 DAF, nous tentons de comprendre quel est le rôle et les effets de l'*accountability* à travers l'exemple de la certification des comptes à l'hôpital public.

Nous avons mené une étude qualitative exploratoire (Miles et Huberman, 2003) pour obtenir une meilleure compréhension des effets de la certification des comptes dans les hôpitaux publics français et des précisions concernant notre problématique de recherche. En effet, les méthodes qualitatives sont jugées plus efficaces pour des études à visée exploratoire (Thiétart, 2014 ; Brabet, 1988), notamment du fait qu'elles permettent la mise en lumière de certains aspects méconnus ou ignorés sur le sujet investigué. Cette première étude nous a permis d'étudier ce phénomène selon des aspects auxquels *« le chercheur n'aurait pas pensé spontanément lui-même »* (Quivy et Van Campenhoudt, 2006), ainsi que d'amener des précisions sur la problématique de recherche. En management, l'exploration « *consiste à*

découvrir ou approfondir une structure ou un fonctionnement pour servir deux objectifs : la recherche de l'explication et la recherche d'une compréhension » (Thiétart et al., 2007).

Une première partie est consacrée à la méthodologie de l'étude exploratoire menée, puis dans un second temps, les résultats sont présentés.

SECTION 1 : La méthodologie de l'étude

Dans cette section, nous proposons dans un premier temps le mode de recueil des données puis, dans un second temps, le mode de traitement utilisé pour notre recherche exploratoire.

1. La collecte des données

1.1. La constitution de l'échantillon et du guide d'entretien

De mai à août 2016, ce sont en tout 32 entretiens semi-directifs qui ont été menés auprès de différents acteurs impactés par la problématique de la certification des comptes. Afin de cibler les perceptions ainsi que d'autres aspects sur la certification des comptes, nous avons constitué un échantillon large. Nous avons identifié dans un premier temps les organisations les plus intéressantes et les plus avancées dans cette démarche (vague 1 et vague 2 de certification). Nous avons en premier lieu contacté (annexe 1) et réalisé des entretiens avec des directeurs administratifs et financiers implantés dans les CHU certifiés ou en voie de l'être et des chargés de certification des comptes à l'aide d'un guide d'entretien (tableau 11 et annexe 2 pour plus de détails), tout en gardant une certaine souplesse dans son déroulement.

Les thèmes développés portent sur une approche générale de la certification des comptes, son impact sur le management interne, ses apports, ses manifestations. Cette première série de questions vise à comprendre le dispositif de certification des comptes dans le secteur hospitalier. Une autre série de questions essaie d'éclairer les apports que l'audit financier amène à la DAF quant à ses relations avec ces parties prenantes. Nous avons ainsi conduit l'entretien vers les rapports entre la DAF et l'ARS, ses partenaires financiers mais aussi ses parties prenantes internes. Au moment de solliciter les membres sur le terrain de recherche, nous disposons d'une palette de cadres théoriques. Nous menons une grande partie des entretiens exploratoires tout en ayant déjà une pré disposition pour la théorie néo institutionnelle.

Nous avons ensuite étendu notre collecte de données à d'autres acteurs tels que le trésorier public, des référents certification des comptes et directeur général. La sélection des personnes à interroger dans l'organisation s'est fondée sur deux critères : le premier était leur lien avec la certification des comptes ; le deuxième était de couvrir une multitude d'individus afin de saisir dans sa globalité ce dispositif, et plus précisément de comprendre comment ce nouvel outil allait impacter la sphère administrative. Pour affiner notre compréhension de ce dispositif, nous

nous sommes rapprochés d'acteurs externes tels que des membres de l'ARS et des banquiers. Nous avons finalement complété nos entretiens par 3 entretiens auprès de membres de la DGOS et DGFIP : nous avons interrogé à deux reprises une chargée de mission « certification des comptes » à la DGOS ainsi qu'un agent à la DGFIP, et assisté à une réunion présentant les avancées de la certification vague 1 au Ministère de la Santé.

L'ensemble de ces données n'a pas été retenu dans la thèse puisqu'il n'abordait que de façon marginale notre question de recherche. **Intégrer le segment des « Directeurs Administratifs Financiers »** (tableau 12) constitue un choix, puisqu'ils sont disposés à détenir une vision interne des effets de l'*accountability* dans leur organisation. De plus, le déploiement de ce dispositif est accompagné par la DGOS et la DGFIP dans un premier temps, lesquels laissent ensuite aux directions la liberté de penser et d'adapter leur organisation aux demandes des audits financiers. En ce qui concerne un CHU de grande taille, la direction financière a été le pilote en interne de ce projet : elle a eu recours à des réorganisations et fait émerger des chefs de certifications de comptes ainsi que des cellules d'audit interne.

Tableau 11 : Résumé du guide d'entretien de l'étude exploratoire

Approche générale :
Qu'est-ce que la certification des comptes vous a apporté ? Avez-vous des exemples ?
La certification des comptes vous a-t-elle amené à modifier votre organisation interne ?
Pensez-vous que la certification des comptes permet d'aboutir à des états financiers plus transparents ?
Sur quoi porte la transparence ?
La certification des comptes vous permet d'être transparent envers qui ?
Qu'est ce qui a été mis en place concrètement pour avoir la transparence ?
La certification des comptes en tant qu'outil d'information
Comment votre processus d'information interne a-t-il été affecté par la certification des comptes ? En quoi ? Comment cela se manifeste ? Avez-vous anticipé ? Comment ?
La politique d'information des parties prenantes
Quels sont pour vous les principaux acteurs auxquels vous êtes particulièrement attentifs ? Pourquoi ?
Qu'est-ce que la certification peut vous amener dans vos rapports avec ces acteurs ?
Comment cela se traduit il concrètement pour vous ?

Tableau 12 : Présentation des enquêtés pour certification en 2016 et en 2015 (pour les comptes N-1) (fonctions des répondants, type d'établissement, région, département des établissements, nombre de lits et places pour l'année 2015)

Première certification	Type	N	Fonction	Région	Département	Nombre de lits et places
2016	CH	1	Directeur adjoint aux finances	Haute Normandie	Seine maritime	958
2016	CHU	2	Directeur des finances	Grand Est	Meurthe et Moselle	938
2016	CH	3	Directeur adjoint aux finances	PACA	Vaucluse	650
2016	CH	4	Directeur des finances	Nouvelle aquitaine	Pyrénées atlantiques	275
2016	CH	5	Directeur des finances	Hauts de France	Nord	325
2016	CH	6	Directeur adjoint aux finances	Auvergne - Rhône Alpes	Allier	239
2016	CH	7	Directeur des finances	Bretagne	Morbihan	471
2016	CH	8	Directeur adjoint aux finances	Nouvelle Aquitaine	Corrèze	301
2016	CH	9	Directeur des finances	Centre	Cher	336
2016	CH	10	Directeur adjoint aux finances	Grand Est	Haut Rhin	490
2015	EPSM	11	Directeur des finances	Hauts de France	Nord	136
2015	CHU	12	Directeur des finances	Occitanie	Hérault	1 024
2015	CHI	13	Directeur des finances	Hauts de France	Oise	38
2015	CHI	14	Directeur des finances	Hauts de France	Oise	354
2015	CHU	15	Directeur adjoint aux finances	Bourgogne - Franche Comté	Doubs	663

2015	CH	16	Directeur adjoint aux finances	PACA	Vaucluse	487
2015	CH	17	Directeur adjoint aux finances	Hauts de France	Oise	272
2015	CH	18	Directeur des finances	Auvergne - Rhône Alpes	Savoie	585
2015	CH	19	Directeur adjoint aux finances	Pays de la Loire	Sarthe	639
-	*DGOS*	*20*	*Chef de projet certification des comptes (Interwiew en 2015)*	*Ile de France*	*Paris*	-

1.2. La réalisation des entretiens

Selon Wacheux (1996), quatre formes d'entretiens sont envisageables : directif, semi-directif, non-directif et l'entretien de groupe (tableau 13).

Nature	**Définition**
Directif	L'acteur, orienté par le chercheur, répond à une suite de questions courtes et précises sur des faits, des opinions et des représentations.
Semi-directif	L'acteur s'exprime librement sur des questions précises, sous le contrôle du chercheur. L'implication est partagée.
Non-directif	La conversation est libre et ouverte sur des thèmes préalablement définis. Le chercheur intervient pour recentrer, reformuler et accepter le discours de l'acteur.
Entretien de groupe	Forme spécifique d'entretien qui s'intéresse aux interactions entre les acteurs et à la construction groupale des explications et de représentations.

Tableau 13 : Définition des quatre formes classiques de l'entretien (Source : Wacheux, 1996)

L'objectif de notre travail étant de comprendre les effets de l'*accountability* au niveau intra-organisationnel, l'entretien de groupe n'était pas compatible car nous souhaitons nous baser sur les perceptions des individus. De même, l'entretien directif ne peut être envisagé puisque nous souhaitons explorer un sujet encore mal appréhendé. Enfin, l'entretien non-directif parait pertinent mais ne permet pas d'établir des comparaisons d'un entretien à l'autre.

Dans le cadre de notre étude exploratoire, nous avons donc utilisé *« une des méthodes qualitatives les plus utilisées en sciences de gestion* » (Roussel et Wacheux, 2005) : nous avons choisi comme outil **l'entretien individuel semi-directif** (Gavard-Perret et al., 2008). Mené à l'aide d'un guide d'entretien, il favorise la flexibilité des échanges, l'adaptation au répondant, permet de laisser les répondants s'exprimer sur les sujets qu'ils souhaitent (Silverman, 2013), élargit donc les pistes de réflexion (Baumard et al., 2003) et permet facilement comparer les réponses de chacun des répondants. Cet outil donne l'opportunité aux répondants de donner de nombreuses informations (Thiétart et al. 2007) en l'influençant très peu (Roussel et Wacheux, 2005), tout en pouvant structurer la discussion autour de nos thématiques (Nils et Rimé 2003). C'est d'ailleurs ainsi que l'objet de recherche a émergé de nos données.

La prise de rendez-vous s'est effectuée par mail en indiquant que nous étions doctorants en Sciences de Gestion. Nous avons contacté ainsi 40 DAF des établissements soumis aux vagues 1 et 2 de certification. Seuls 19 DAF ont répondu à notre sollicitation par voie électronique. Par la suite, nous avons procédé à une série de **19 entretiens semi-directifs** entre les mois de mai et août 2015 en suivant un guide d'entretien (annexe 2 pour le guide complet). L'entretien en face à face a été privilégié lorsque nous le pouvions (contrainte géographique) ; lorsque les entretiens ne permettaient pas de rencontre physique, nous avons procédé à des entretiens téléphoniques.

En préambule à l'entretien, nous demandions l'autorisation d'enregistrer la conversation à l'aide d'un dictaphone. Nous assurions également l'anonymat de la conversation afin de laisser les répondants libres de s'exprimer. Les interviews ont eu une durée comprise entre 30 minutes et 1h30.

Dans le cadre de cette première étude, nous estimions avoir interrogé suffisamment de personnes lorsque le contenu des entretiens nouveaux n'apportait rien de nouveau par rapport aux précédents (seuil de saturation). Une taille d'échantillon comprise entre 15 et 25 personnes est acceptable car elle permet d'atteindre le principe de saturation (Creswell et al., 2007). Nous avons ainsi jugé peu utile de continuer notre collecte de données.

2. Le traitement des données

2.1. La mise en œuvre de la technique qualitative : une analyse de contenu manuelle

L'analyse des données s'est effectuée en plusieurs étapes. Etant donné que notre échantillon premier ciblait une multitude d'individus, nous avons choisi de nous focaliser sur les directeurs administratifs et financiers. Les 19 entretiens réalisés auprès des DAF représentent plus de 15 heures d'enregistrement. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité de manière exhaustive. Cette étape nous a permis de nous immerger dans le contenu de ces entretiens. La retranscription des entretiens s'est toujours effectuée dans un délai très court après le déroulement de l'entretien.

Suite à l'étape de retranscription, pour traiter les données collectées, nous avons procédé à une analyse de contenu (Bardin, 2013), dans le but de l'analyse de contenu est de fournir des

connaissances et de la compréhension au phénomène étudié (Downe-Wamboldt, 1992, p. 314). Il s'agit d'« *un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages* » (Bardin, 2003). L'analyse de contenu consiste ainsi à identifier non la fréquence, mais la présence de thèmes dans chaque entretien (Bardin, 2007).

L'analyse de contenu peut s'effectuer de deux façons : il est possible de réaliser une analyse manuelle ou une analyse automatisée des données (Gavard- Perret et Helme-Guizon, 2008).

L'analyse de contenu manuelle a été choisie puisque l'étude « papier-crayon » demeure la méthode conseillée pour analyser un phénomène complexe, et faire émerger du sens (Capdevieille-Mougnibas, 2009). L'analyse de contenu nous permet de donner une explication aux comportements des répondants.

2.2. Le découpage du corpus

Le codage du corpus a été réalisé lorsque tous les entretiens ont été retranscrits de manière exhaustive.

Selon Bardin (1977), il existe trois grandes phases de l'analyse de contenu :

- La pré-analyse qui représente « l'étape préliminaire d'intuition et d'organisation pour opérationnaliser et systématiser les idées de départ afin d'aboutir à un schéma ou à un plan d'analyse » (Wanlin, 2007, p.250).
  Durant cette phase, nous avons effectué une lecture de toutes les données plusieurs fois pour obtenir une immersion de la totalité du matériau (Ayache et Dumez, 2011, p.35). Cette phase nous permet également d'obtenir une vision d'ensemble de notre terrain et d'établir des règles de codage.

- L'exploitation des données qui « consiste essentiellement en opération de codage, décompte ou énumération » (Bardin, 1977, p.132). Le codage des différentes retranscriptions consiste « *à découper le contenu d'un discours ou d'un texte en unités d'analyse (mots, phrases, thèmes…) et à les intégrer au sein de catégories sélectionnées en fonction de l'objet de recherche*. » (Blanc et al., 2014, p. 555).
- L'interprétation qui a pour but d'obtenir des résultats significatifs (Bardin, 1977)

Nous avons suivi cette démarche pour l'analyse de notre corpus.

Après une lecture flottante, nous avons effectué un pré-codage des données de notre corpus sur la base de la littérature, puis des codes complémentaires ont émergé. En effet, la littérature souligne que la catégorisation peut se réaliser au préalable de l'investigation du terrain et peut aussi se réaliser de manière inductive (Ayache et Dumez, 2011). Ainsi, la catégorisation peut se faire a priori, au moyen d'une « liste de départ » (Miles et Huberman, 2003, p.114) en s'appuyant sur la littérature. A l'inverse, la catégorisation inductive va émerger au fur et à mesure du traitement du matériau empirique. Dans notre étude exploratoire, nous nous sommes attachés à réaliser une revue de littérature sur notre objet de recherche. Nous avons également laissé une place à une catégorisation émergente puisque nous souhaitions réaliser une démarche exploratoire. Dans notre étude, nous avons considéré que l'usage strict d'une méthode de catégorisation a priori pouvait limiter de nouvelles connaissances qui ne sont pas encore soulevées.

Pour l'analyse de contenu de données textuelles, Fallery et Rodhain (2007) présentent quatre types (tableau 14).

	Analyses Lexicales	**Analyses Linguistiques**	**Analyses Cognitives**	**Analyses Thématiques**
Cadre méthodologique	- exploratoire - modèle	- exploratoire - modèle	- exploratoire - modèle	- exploratoire - modèle
Implication du chercheur	- faible	- forte - faible	- forte	- forte
Axe temporel	- instantané - longitudinal	- instantané	- instantané	- instantané
Objet d'analyse	- un groupe	- un individu	- une situation	- un projet
Taille du corpus	- importante	- limitée	- limitée	- importante
Lisibilité du corpus	- forte	- forte	- faible	- faible
Homogénéité du corpus	- faible	- forte	- forte	- faible
Structuration du langage	- faible	- faible	- faible - forte	- forte
Moment de l'analyse statistique	- découverte ex-ante - contrôle ex-post	- ex-ante	- ex-post	- ex-post

Tableau 14 : Facteurs de choix d'un type d'analyse de données textuelles (Source : Fallery et Rodhain, 2007)

Dans notre étude, les analyses lexicales « de quoi parle-t-on ? », linguistiques « Comment en parle-t-on ? » et cognitives « Comment structurer une pensée ? », ont été mises à l'écart puisqu'elles n'étaient pas adaptées à notre travail de recherche.

Bardin (2013) distingue deux types d'analyse : analyse lexicale ou thématique. Dans notre travail, nous n'avons pas souhaité nous s'attacher à analyser la fréquence d'apparition des mots,

même si l'analyse lexicale présente des avantages en termes de fiabilité, comparabilité et stabilité des résultats obtenus (Morris, 1994).

Pour analyser nos données, nous avons donc opté pour une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2012) afin d'apprécier l'importance et la valeur des thèmes présents dans le corpus.

Pour Paillé et Mucchielli (2012) :

« *L'analyse thématique consiste (…) à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation* » (p.232).

Cette démarche permet d'identifier les thèmes en lien avec notre question de recherche. Pour Paillé et Mucchielli (2012), un « thème » est défini comme un « *ensemble de mots permettant de cerner ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant, tout en fournissant des indications sur la teneur des propos* » (p.242).

Nous avons ainsi réalisé un découpage thématique du contenu des entretiens où des unités d'analyses ont émergé. Selon Weber (1990), six unités d'analyse peuvent être retenues : le mot ou le groupe de mots, la phrase ou le thème qui représente « une unité de texte *« ne comportant pas plus d'un de chacun des éléments suivants* » (Weber, 1990, p.122) : l'observateur ; l'observé ou acteur ; l'action ; la cible de l'action. Les deux dernières unités d'analyse sont le paragraphe ou le texte intégral.

Concernant notre recherche, nous avons retenu les phrases, les morceaux de phrases ainsi que les paragraphes. Les mots sont trop limitants et peuvent tronquer notre analyse. Ces unités vont représenter des codes permettant de lier les éléments similaires ou opposés. « *Les codes sont des étiquettes qui désignent les unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude* » (Miles et Huberman, 2003, p.112). Toutefois, il incombe au chercheur de déterminer la façon dont les codes vont naître, on parle ainsi de catégorisation.

Dans un deuxième temps, nous avons placé ces codes dans des catégories, puis classé en groupes (Patton, 2002) (annexe 3). Selon Thiétart (2014), une catégorie représente un groupement d'unités d'analyses (découpage du corpus) qui sont supposées avoir des significations similaires. Elle peut s'exprimer sous la forme d'un concept, ou sous la forme de thèmes plus vastes, d'un mot par exemple.

Durant la phase de notre analyse, nous avons attribué des thèmes à notre corpus (thèmes intuitifs), puis nous avons effectué un regroupement plus large. Une deuxième étape a consisté à comparer les thèmes pour faire émerger une liste de thèmes représentant tous les thèmes identifiés dans le traitement des données. Notre approche est continue puisque nous avons thématisé notre corpus au fur et à mesure du traitement des données.

Pour le traitement, dans l'étude exploratoire, nous avons parcouru les retranscriptions de manière horizontale (Gavard-Perret *et al.*, 2012), crayon en main, tenant de mettre en lumière les thèmes émergents d'un entretien à un autre, par un code couleur. Les codes étaient inscrits dans la marge du document. Nous avons eu recours au support de word pour classer les thèmes récurrents. Chaque segment de retranscription d'entretien a été transposé dans un tableau word (3 colonnes), la seconde colonne identifie la catégorie, et la troisième sert à donner un thème plus large pour comparer les différents thèmes.

Afin de traiter les données recueillies, il nous a semblé pertinent d'utiliser une analyse de contenu manuelle (Fenneteau, 2002) (contrairement à la tendance actuelle) pour se retrouver immergé dans les données recueillies et contextualiser ainsi plus facilement les données collectées. Lorsque l'on a peu de données, le recours aux logiciels peut en effet être évité (Wanlin, 2007).

Conclusion de la section 1

Cette partie nous a permis de présenter le mode de collecte de données pour notre étude exploratoire.

En synthèse**, après avoir interviewé plusieurs populations en lien avec la certification (membres ARS, banquiers, DG…), le choix des Directeurs Administratifs et Financiers** nous parait pertinent. En effet, comme nous cherchons à comprendre l'impact interne de l'*accountability* au travers de l'audit financier, nous pensons qu'au vu de l'introduction récente de la certification des comptes dans le secteur hospitalier public français, les directions financières représentent une opportunité pour comprendre les changements amenés par ce dispositif. Ainsi, nous focaliser sur la perception des directeurs administratifs et financiers constitue notre premier choix. **L'analyse thématique a été retenue pour cette étude exploratoire.**

Par la suite, nous avons présenté la méthodologie déployée pour l'analyse des entretiens s'appuyant sur une analyse de contenu manuelle pour le traitement des données.

SECTION 2 : Les résultats de l'étude

Nous avons présenté précédemment les tensions auxquelles sont soumises les organisations hospitalières, notamment au travers de nombreuses réformes, telle que la loi HPST qui vient introduire depuis 2014 l'audit financier dans le secteur hospitalier public.

La section 2 est consacrée à la présentation des résultats. Dans un premier temps, nous nous intéressons aux changements organisationnels liés à l'introduction de la certification des comptes, puis dans un second temps nous avons mis en lumière la perception des DAF concernant le renforcement de leur légitimité.

Ainsi, notre étude se propose de mettre en évidence les principaux **changements organisationnels** intervenus pour répondre aux pressions institutionnelles et souligne les différents effets selon le contexte et les critères des organisations hospitalières. Elle révèle également que les Directeurs Administratifs Financiers perçoivent la certification des comptes comme un levier pour gagner en **légitimité notamment auprès de la sphère professionnelle.**

1. Structuration du projet et déploiement du dispositif

1.1. L'impulsion de la direction générale dans la mise en œuvre de la certification des comptes

La réalisation du projet repose sur une implication du chef d'établissement. Il impulse la démarche institutionnelle de la certification des comptes, et il permet une véritable implication de l'ensemble des directions et acteurs dans la conduite du projet. La direction explique en interne la démarche de certification des comptes ce qui permet de mobiliser des référents.

« En interne, le processus repose sur une implication forte du chef d'établissement, c'est-à-dire sa présence au sein du comité de pilotage stratégique, le fait qu'il donne l'orientation en disant que c'est une priorité institutionnelle » N3

« Le DG, il est généralement impliqué à partir du moment où il lance le chantier dans son établissement. Il est aussi partie prenante dans la démarche, en fait, en réclamant, en faisant des points très réguliers en Comité de Direction » N11

A contrario, lorsque la démarche de certification n'est pas impulsée par la direction générale, sa mise en œuvre peut être ralentie. En effet, la certification des comptes constitue un projet transversal, impactant l'ensemble des directions et services des établissements. Le portage du chantier de préparation à la certification des comptes par la direction générale parait être un point important pour l'issue du processus de certification des comptes. L'absence de soutien de la direction générale et la structuration de la démarche autour du DAF impactent la mise en œuvre du dispositif.

« On a connu des difficultés, notamment les établissements, les directeurs d'établissement ont beaucoup considéré que la certification des comptes était le problème du DAF, et non pas leur problème en tant que chef d'établissement, et en fait les établissements qui vont dans le mur aujourd'hui c'est des établissements où il n'y a pas eu de portage par le chef d'établissement, où il n'y a pas eu de gouvernance » N20

« Il y a eu un défaut de gouvernance, et les établissements ont fait porter ça par les DAF car la certification des comptes s'était basée sur un discours financier, et du coup il y a eu des directions qui ont eu du mal à s'approprier la démarche, le DAF s'est retrouvé tout seul, quand il allait parler à la DRH, le service ne comprenait pas pourquoi il était concerné par le contrôle interne. Les DAF étaient seuls, après il y a eu des établissements qui ont structuré la gouvernance et là ils ont nettement plus avancé, il y a des établissements qui ont fait des réunions de sensibilisation, de toutes les équipes. Ce projet est transversal et il doit être porté par le chef d'établissement » N20

1.2. Développement des comités de pilotage

Les observations faites dans l'étude montrent que la certification des comptes s'accompagne par la création d'un comité de pilotage stratégique qui fixe les grandes orientations du contrôle interne. Ces structures paraissent être un préalable à la constitution d'une cellule de contrôle interne. La cellule contrôle interne aura pour mission de centraliser, coordonner, d'harmoniser ainsi que d'aider les équipes à la formalisation des procédures de contrôle interne**.**

« En interne, en l'absence de telles organisations visibles, la mobilisation d'un grand nombre d'acteurs est également plus difficile à obtenir, et donc la légitimité à exiger des résultats moins grands, une majorité d'acteurs restant sensibles à la visibilité de leur action plus qu'aux résultats de fond obtenus » N16

« Il y a un comité de pilotage qui a regroupé l'ensemble des intéressés à la certification, y compris le comptable public et puis ensuite, on a fait une déclinaison par cycle, les RH, les achats, les immobilisations, les recettes. Donc, on faisait des groupes de travail ensemble » N8

« Le contrôle interne, c'est chacun qui le fait à son niveau dans chacun de ses processus, c'est juste qu'il n'est pas documenté, formalisé, et la cellule contrôle interne aide les équipes à centraliser les documents, aide les équipes à les formaliser » N12

Dans certains établissements, la démarche s'est progressivement structurée avec la création d'un comité de pilotage stratégique (piloté par la Direction Générale) et un comité de pilotage opérationnel piloté par la DAF. Ce dernier élabore la mise en application des orientations du comité de pilotage stratégique et mobilise, dans chaque direction, un référent permettant en interne de porter la démarche de certification.

« On a organisé les choses avec un comité de pilotage stratégique au niveau des directeurs, et ensuite un comité opérationnel avec un encadrement terrain qui était plus piloté par la DAF puis il a fallu mettre en place, ben déjà désigner des référents opérationnels dans toutes les directions fonctionnelles » N3

- ## Le rôle du contexte

Le rôle des ressources financières de l'établissement dans la mise en œuvre de structures portant le projet de certification des comptes

Que ce soient des établissements de la vague 1 ou 2, la création d'un poste dédié au pilotage de la certification dans un contexte budgétaire restreint, peut apparaître comme un frein pour mettre en œuvre des changements. Certains hôpitaux n'ont pu dégager les moyens nécessaires.

« D'autres ont créé une cellule, un comité de pilotage de certification, avec une personne qui gère tout ça (…) C'est un boulot supplémentaire, l'hôpital X a-t-il des moyens de trouver 40, 50 000 € pour payer quelqu'un pour faire ça ? » (…) La réponse est non » N1

« On n'a pas forcément identifié, je ne sais pas moi, audit interne par exemple ou contrôle interne etc. Ça on n'a pas fait, on n'est pas un CHU donc on n'a pas tout à fait les mêmes moyens » N14

Certains établissements ont tenté de contourner la contrainte de moyens et ont procédé à une réorganisation du service ou ont fait glisser ces tâches attribuées à des agents.

« On a été obligé de dégager, alors ça n'a pas été avec des moyens supplémentaires, on a été obligé de réorganiser pour pouvoir dégager du temps pour ce projet » N17

« J'ai à réorganiser la direction des finances pour faire émerger un chef de projet parmi mes collaborateurs » N3

- **Le rôle de la taille de l'établissement dans la mise en œuvre de structures portant le projet de certification des comptes**

La mise en place d'une cellule « contrôle interne » ne semble pas être justifiée dans tous les établissements. Ceci s'explique par la taille des établissements. Par exemple dans les établissements de grande taille (205 millions de recettes T2A en 2015), on peut observer des changements dans l'organisation du service financier.

« On fusionnait (…) et du coup on a modifié l'organisation en créant un secteur contrôle interne comptable (…) c'est une personne qui en a la responsabilité » N18

A contrario, dans les établissements dont la taille est plus modeste (147 millions de recettes T2A en 2015), les répondants ont déclaré que la création de poste lié à l'articulation du pilotage du contrôle interne n'était pas envisagée.

« Nous ne sommes pas grands (…) on n'a pas créé, comme dans certains établissements, un responsable du contrôle interne » N4

2. Renforcement de la légitimité de la DAF en interne

2.1. La certification des comptes : un soutien à la demande de formalisation des procédures de contrôle interne

La mise en place de la certification légitime le service financier sur l'importance de la prise en compte du contrôle interne dans les services ainsi qu'à la formalisation des procédures. Certains perçoivent les changements imposés par la réforme comme un nouveau contexte leur permettant de renforcer leur rôle.

« En interne, auprès des correspondants de la DAF, la certification des comptes permet de renforcer la légitimité des demandes faites, souvent depuis longtemps, aux différents services gestionnaires (pharmacie, service achat, DRH etc.) quant à la nécessaire formalisation des

procédures de gestion d'une part, et à l'importance des contrôles internes à réaliser d'autre part » N18

« En interne, les directions des finances qui ont porté les projets de préparation à la certification des comptes sont plus légitimes car elles ont mis en place un certain nombre de règles ou de procédures. Donc plus personne ne peut passer outre ces règles » N19

2.2. La certification des comptes renforce le rôle du DAF face à la sphère professionnelle

La certification des comptes présente un levier pour les DAF dans leurs relations avec les professionnels de santé. Tout d'abord, elle permet de justifier l'importance de la place du volet financier et budgétaire au sein de l'établissement.

« Et ça nous permet d'être plus transparent vis-à-vis quand même des médecins, ça permet quand même, je veux dire d'avoir finalement un œil extérieur, une garantie supplémentaire, on va dire de bonne gestion » N5

De plus, elle offre également un support de dialogue avec les professionnels de santé et renforce également la fiabilité des informations budgétaires transmises en interne aux pôles. Ainsi, elle peut favoriser la confiance des acteurs de la sphère médicale à l'égard des DAF. Par conséquent, elle devient un outil qui peut concourir à renforcer la crédibilité des DAF auprès de la sphère professionnelle.

« En interne, auprès *des instances hospitalières, CTE, CME, directoire, conseil de surveillance, la certification conforte la direction lorsque les questions financières et budgétaires sont abordées (EPRD, compte financier), d'autant que ce sont des sujets qui restent obscurs pour beaucoup de professionnels. Quelque part ça confirme, ça conforte en tout cas, le travail qui est fait, et les discours qu'on peut avoir vis-à-vis des différentes instances en interne quand on dit voilà qu'on fait des choses depuis des années et qu'en plus désormais il y a un tiers qui les certifie avec des normes et qui garantis que ce qu'on fait est bien. Le label externe de la certification des comptes est vécu comme une garantie supplémentaire du sérieux de la direction. Les professionnels y sont sensibles car habitués à d'autres formes de certification, HAS pour les soins, COFRAQ pour la biologie médicale » N18*

« En interne on a aussi la communauté médicale qui finalement est particulièrement intéressée par la certification des comptes. J'étais assez étonné d'ailleurs. Les médecins sont

particulièrement attentifs dans un contexte de retour à l'équilibre de s'assurer que les chiffres qu'on leur donne sont bien les vrais chiffres. Qu'on ne va pas découvrir tout d'un coup : « je suis désolé il y a des charges qu'il faut qu'on comptabilise, ça aggrave le déficit ». Si vous voulez, cet établissement a fait beaucoup d'efforts, et ils ne voudraient pas qu'on découvre au détour du travail des commissaires aux comptes, des charges on va dire entre guillemets qu'ils considéraient comme cachées, et qu'on aurait masqué la réalité. Donc pour eux très important d'avoir cette information fiable » N12

« *C'est important pour la crédibilité en interne dans le cadre des contrats de pôles. Il est clair que si on peut afficher que nous sommes certifiés au niveau des finances de l'établissement, nos interlocuteurs donc chefs de pôle qui ont un profil médecin exclusivement et leurs adjoints qui sont plutôt des cadres de santé auront plus confiance, je pense dans un service financier, ou dans une direction au sens plus large qui a reçu je dirais le sceau du certificateur de ces directions que si elles euh ont reçu un avis négatif concernant la certification des comptes. C'est un peu comme la certification HAS en termes de qualité » N13*

2.3. La certification des comptes face à la tutelle

Les DAF perçoivent la certification des comptes comme un outil permettant d'assurer la fiabilité de la représentation des comptes de leur établissement. La certification, selon leur perception, va favoriser le dialogue avec les tutelles.

« On s'aperçoit qu'une vraie sincérité des comptes, un reflet exact des dépenses de l'année, des recettes, des résultats, le patrimoine, c'est une bonne chose pour tout le monde et surtout vis-à-vis de l'extérieur, banquier, et tutelle (…) Une tutelle c'est-à-dire pour nous, c'est l'Agence Régionale de Santé, quand on présentera nos comptes ou quand on présentera notre budget à la tutelle, il ne pourra pas dire : « Oui, c'est bricolé… » » N1

La certification des comptes peut constituer une aide dans le choix des orientations budgétaires.

« On a un résultat qui représente la réalité… vis-à-vis des tutelles ça permet d'avoir un dialogue qui est quand même un peu plus constructif et plus logique. Même si une des difficultés qu'on a c'est qu'un hôpital qui dégagerait un excédent, à mon avis finalement en pâtirait parce qu'il bénéficierait moins de certaines subventions que d'autres, finalement souvent, personne n'a forcément intérêt » N6

« Côté ARS, la certification *représente là encore une satisfaction quant au travail réalisé, mais sans conséquences pratiques, pas de « rallonge » budgétaire ou de meilleure écoute sur* des sujets *conflictuels » N18*

Conclusion de la section 2

En synthèse, cette étude exploratoire nous a permis de mieux appréhender l'audit financier et ses manifestations à l'hôpital public. L'obligation pour les établissements publics de santé de faire certifier leur compte a été introduite par la loi « *Hôpital, Patient, Santé, Territoire* » (HPST) et est en vigueur depuis 2014. Elle représente ainsi un dispositif relativement récent et mérite de l'attention. Ce contrôle s'applique au-delà d'un certain seuil de recettes, et se distinguent des certifications en fonction de la forme juridique des statuts des entreprises. La certification ne vient pas se substituer au contrôle de la Cour des Comptes dont le rôle est de mentionner les dysfonctionnements dans leur rapport. La certification des comptes n'a donc pas le pouvoir coercitif de la Cour des Comptes mais a le rôle de délivrer une **certification attestant de la conformité des comptes à la réglementation** comptable en vigueur pour les établissements publics de santé. Le mandat du CAC est ainsi de certifier les comptes, et de permettre aux utilisateurs, aussi divers soient-ils, d'avoir connaissance des états financiers.

La certification des comptes représente alors un outil visant à répondre aux impératifs de sincérité et de régularité des comptes des administrations publiques posées par l'article 47-2 de la Constitution. En informant les parties prenantes sur la fiabilité des comptes, la certification représente un **mécanisme d'*accountability*** à travers lequel les organisations hospitalières rendent compte de leurs actions.

Nous montrons comment les hôpitaux publics français répondent aux **pressions institutionnelles** en mettant en place la certification des comptes. Basés sur 19 entretiens semi-directifs menés avec des directeurs administratifs financiers dans différents hôpitaux, nos résultats montrent que le contrôle de la structure, imposé par les auditeurs financiers, a des **conséquences organisationnelles**. Ainsi, les organisations hospitalières doivent mettre en place des structures spécifiques pour répondre aux demandes des certificateurs.

De plus, les entretiens ont révélé que la certification des comptes constitue un outil permettant de rendre des comptes en externe mais aussi en interne. En informant les parties prenantes de la mise en place d'un audit financier, la Direction Administrative et Financière perçoit plus de crédibilité dans son travail. Par conséquent, l'*accountability* au travers de la certification des comptes, continue à s'inscrire dans l'hôpital public. Notre étude indique que l'introduction d'un audit financier renforce la légitimité de la sphère administrative. Plus précisément, nous mettons en évidence que **les directeurs administratifs financiers perçoivent la certification des**

comptes comme un levier pour gagner en légitimité auprès de la sphère professionnelle. Nos résultats suggèrent que l'isomorphisme n'est plus inter-organisationnel mais intra-organisationnel. Ainsi, le monde administratif tente de gagner en légitimité en adoptant des rites et symboles similaires à la sphère médicale avec laquelle il est en tension.

Ceci laisse donc supposer que l'*accountability* s'infiltre de plus en plus dans les organisations hospitalières. A cet égard, lorsque la légitimité des acteurs internes est renforcée (et non pas seulement la légitimité de l'organisation en externe), cela sous-entend que la sphère administrative et les acteurs administratifs vont **poursuivre la « marche »** et ainsi l'infiltration de l'*accountability*. Par conséquent, la logique managériale tente d'accroître de plus en plus son infiltration dans la sphère médicale. Il semble de ce fait pertinent de voir comment son **infiltration se manifeste**.

SYNTHESE DU CHAPITRE 6

QUESTIONS SOULEVEES

Quels sont les effets de l'*accountability*, à travers la mise en œuvre de la certification des comptes à l'hôpital public ?

RESUME

Les réformes massives au sein des organisations hospitalières s'accompagnent et peuvent entraîner des changements intra-organisationnels, notamment si les acteurs internes s'approprient les outils. Les recherches menées dans le secteur hospitalier soulignent que les outils implémentés (excepté l'audit financier) témoignent d'une influence plus ou moins marquée chez les professionnels. La littérature avance également que l'introduction de l'*accountability* renforce la **légitimité externe** des organisations. Toutefois peu d'attention a été accordée aux effets intra-organisationnels mis en œuvre dans la recherche de cette dernière. Ainsi, nous déployons une **étude qualitative exploratoire** pour une amélioration des connaissances sur ce dispositif.

Nous avons mené une étude exploratoire sur 19 **directeurs administratifs et financiers**, basé sur un guide d'entretien structuré, abordant divers thèmes. Les entretiens se sont déroulés en face-à-face ou par téléphone. Ils ont été intégralement retranscrits. Une **analyse de contenu manuelle** a été réalisée.

RESULTATS

Identification des dispositifs internes adoptés par les hôpitaux pour répondre aux pressions institutionnelles.

Renforcement de la légitimité de la sphère administrative auprès de ses parties prenantes externes mais aussi internes (notamment avec la sphère médicale avec laquelle elle est en tension).

CONCLUSION DU CHAPITRE 6

Dans ce chapitre, nous avons mené une étude qualitative exploratoire afin de mieux comprendre la certification des comptes, ses effets et ses rôles en interne.

Les résultats exposés nous ont permis de mettre en évidence les changements organisationnels mis en place pour répondre à cette obligation légale. D'autre part, l'étude montre que la certification des comptes est un outil permettant de rendre des comptes en externe mais aussi en interne. En informant les parties prenantes de la mise en place d'un audit financier, la DAF perçoit plus de crédibilité dans son travail et renforce ainsi la légitimité de la sphère administrative auprès de la sphère médicale avec laquelle elle est en tension.

Malgré les limites de notre étude (déroulement de notre étude lors des premières années de certification, ciblée sur une population uniquement administrative), elle nous permet de mieux comprendre comment l'*accountability* s'infiltre dans les organisations hospitalières. **Par conséquent, nous pouvons suggérer que la sphère administrative et les acteurs administratifs vont poursuivre l'infiltration de l'*accountability* dans la sphère médicale. Afin d'essayer de mieux comprendre ce point, nous avons réalisé une étude de cas. Cette étude sera présentée dans le chapitre suivant.**

CHAPITRE 7 : L'étude de cas

Les chapitres précédents nous ont permis de poser le cadre conceptuel de notre recherche et de préciser les effets de notre concept central : l'*accountability* à l'hôpital public. Dans la littérature, un engouement croissant pour le concept se manifeste mais un manque de consensus autour de sa définition persiste (Mulgan, 2000). Nous retenons dans ce travail la définition de Gray and Jenkins (1993) pour lesquels l'*accountability* est vue comme une obligation visant à être tenu de rendre compte (Jones, 1992), et à répondre de l'exécution des responsabilités à une autorité ou à ceux qui ont confié ces responsabilités.

Situant notre terrain d'étude dans un contexte de bureaucratie professionnelle, l'étude exploratoire a montré que l'*accountability* continue à s'infiltrer au travers de la certification des comptes. Elle nous a permis également de mieux comprendre l'appropriation de la certification des comptes par la sphère administrative et d'appréhender ses effets. A travers cet outil, la sphère administrative renforce sa légitimité en interne, et par conséquent la logique managériale dans la sphère du soin.

A présent nous procédons à une étude de cas afin d'examiner comment la sphère administrative s'organise pour infiltrer la logique d'*accountability* dans la sphère médicale et souligner les effets qui en découlent sur les professionnels de santé.

Nous débutons notre première section par la présentation de la méthodologie utilisée, puis dans une seconde section, nous proposons les résultats de notre étude.

SECTION 1 : La méthodologie de l'étude

Notre travail se fonde sur l'idée que la sphère administrative et les acteurs administratifs tentent d'infiltrer la logique managériale dans la sphère médicale. Notre étude exploratoire nous a permis de conforter ce point. A présent, afin de voir comment la sphère administrative poursuit la marche de l'infiltration de l'*accountability* dans la sphère médicale, nous procédons à une étude de cas.

Dans cette section, nous présentons les raisons qui nous ont poussés à réaliser une étude de cas ainsi que le mode de traitement des données utilisé.

1. Présentation et justification de notre dispositif de recherche

1.1. Le choix d'une étude de cas

La deuxième étude de cette thèse consiste en une étude de cas (Yin, 1994) dans un hôpital public, combinant deux modes de collecte de données : l'observation non participante et l'entretien semi-directif. Yin (2009) et Baumard (1994) viennent distinguer l'étude de cas multiple et l'étude de cas unique (tableau 15).

Tableau 15 : Distinction entre étude de cas unique et étude de cas multiple

	Etude de cas unique	Etude de cas multiples
Raison	- Permet une approche ethnographique en profondeur - Facilite l'imprégnation du chercheur - Permet de confirmer, remettre en question ou étendre une théorie existante - Est utilisée pour les cas révélateurs, ou des champs d'expérimentation	- L'étude de plusieurs cas facilite le contrôle et l'atteinte d'une validité externe satisfaisante - Chaque cas permet d'éclairer un aspect spécifique de l'investigation - Permet l'analyse comparative et l'extension à d'autres construits de la littérature (flexibilité et diversité d'analyse)

	jusqu'alors inaccessibles à la recherche (exemplarité)	
Limites	- Il est difficile de savoir si les observations sont dues à la validation du construit ou à l'idiosyncrasie du cas étudié - La généralisation (validité externe) est difficile ; est beaucoup mieux adaptée à des progressions théoriques de faible variation, ou à des cas singuliers, qu'à la novation théorique	- La profondeur de l'investigation est limitée par des contraintes de temps - La sélection des cas doit être minutieuse. Le risque existe d'avoir un groupe de cas non réellement comparables - Le design de la recherche est complexe, et nécessite de nombreux va et vient entre données et construction empirique

Source : Baumard, 1994, p.88

Nous avons opté pour le choix d'une étude de cas unique. Au regard de notre problématique de recherche, nous considérions qu'une investigation d'un cas en profondeur est pertinente. Au-delà, le choix de l'étude de cas unique est justifié car notre cas représente un cas révélateur. Ainsi, l'approche mono-cas sera pertinente pour offrir des éléments d'analyse encore peu explorés.

Selon Yin (2003), une étude de cas se définit comme « *une étude empirique qui consiste à investiguer un phénomène contemporain dans son contexte, particulièrement lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement évidentes* » (p. 13). Pour Geertz (1973), l'étude de cas permet une compréhension profonde d'un phénomène ou de personnes à travers une « description épaisse »[26] des situations.

Afin de répondre à notre deuxième question, nous avons choisi de mettre en œuvre une étude de cas. Ce choix se justifie pour plusieurs raisons. *L'étude de cas permet d'étudier « un phénomène contemporain dans un contexte réel, en particulier lorsque les frontières entre le phénomène et le contexte n'apparaissent pas clairement* » (Yin, 1994, p. 13).

Les études de cas constituent une méthodologie employée en sciences de gestion (Flyvbjerg, 2006), notamment dans le cadre de la théorie institutionnelle (Modell, 2009, 2005 ; Modell et

[26] « *...a thick description* » - Notre traduction

al., 2007) et également dans le secteur hospitalier (Nyland et Pettersen, 2015 ; Berg et Byrkjeflot, 2014).

Les recherches mobilisent souvent des études de cas lorsque le chercheur s'intéresse à des situations particulières (notre recherche tente d'étudier le rôle des dispositifs de l'*accountability* dans le champ hospitalier, ainsi que de comprendre comment les membres internes s'approprient ces rendus de compte), peu étudiées et dans des contextes riches (Yin, 2003).

Pour Yin (2003), une démarche fondée sur une étude de cas est adaptée si la problématique de recherche présente trois critères :

- en premier lieu, lorsque le chercheur s'intéresse au « *comment* » de situations : notre recherche cherche à étudier le rôle des dispositifs de l'*accountability* dans le secteur hospitalier public. Nous cherchons à comprendre comment la sphère administrative s'organise pour renforcer l'*accountability* dans la sphère médicale. Nous souhaitons également mieux comprendre la manière dont les membres internes perçoivent et s'approprient ces dispositifs d'*accountability*.

- en second lieu, lorsque le chercheur s'intéresse à des phénomènes peu étudiés : notre problématique de recherche porte sur les effets intra-organisationnels de l'*accountability*. Des études ont été menées sur ce sujet mais peu accordent d'attention au niveau intra organisationnel et peu sont menées dans le secteur hospitalier public français.

- enfin, lorsque le chercheur souhaite s'intéresser à des contextes riches : dans notre recherche, nous nous intéressons aux changements des organisations hospitalières, représentant un contexte en constante mutation.

L'étude de cas permet ainsi d'observer la singularité d'un phénomène et présente l'avantage d'en préserver les particularités (Giroux, 2003). Même si une étude de cas multiples (Yin, 1994, p. 39) est souvent considérée comme plus importante, l'analyse d'un cas unique a été privilégiée afin d'avoir accès à des données riches ainsi que d'arriver à décrire un phénomène singulier. Yin (2003) distingue le cas typique et le cas d'atypique. Si l'objectif de la recherche cherche à saisir les circonstances habituelles dans lesquelles une situation émerge ou se déroule, le chercheur orientera son choix vers le cas typique. D'un autre côté, sélectionner un cas atypique (Yin, 2003), consiste à saisir un cas dont les résultats contrastent avec ceux de la littérature.

Nous détaillons ci-dessous les éléments qui nous ont amené à sélectionner ce CHU comme cas atypique.

1.2. La sélection du cas

• Présentation du cas révélateur : CHU

Notre intérêt pour ce CHU découle d'une discussion avec le directeur de l'information médicale que nous avons rencontré lors d'une réunion de recherche en avril 2016. Intéressé par notre sujet de recherche, le DIM, tout en nous expliquant la méthode employée par cet hôpital dans le codage de l'activité, décrit cette organisation comme une organisation précurseur dans ce fonctionnement. Cet échange nous permet de cibler l'émergence d'un nouveau fonctionnement permettant aux médecins d'assumer leur responsabilités (code de la santé publique). Ceci est confirmé par la suite lors d'un entretien avec une personne chargée de la mise en place de la certification des comptes (à la DGOS), qui nous précise que le codage partagé représente une innovation remarquable dans certains établissements hospitaliers. Nous identifions ce CHU comme terrain approprié pour la suite de notre travail

• Présentation du CHU : un terrain approprié à notre recherche

Le choix de l'établissement a résulté d'une opportunité que nous détaillerons par la suite.

➢ **Quelques caractéristiques de l'organisation**

Cette étude ne décrit pas l'ensemble des situations rencontrées en France, mais nous donne un exemple d'organisation en cours (codage partagé administratifs-médecins) dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) situé dans le sud de la France. La capacité d'accueil est de près de 2 000 lits et de 590 places dont 48,6% (1258) pour la médecine (dont les urgences), 5,6% pour les longs séjours (146), 4, 3% (112) pour les moyens séjours, 20,7% en psychiatrie (535), 4,4% (113) en gynécologie-obstétrique, et 16,4% (425) pour la chirurgie. Il est donc qualifié de grande taille au regard de la capacité moyenne des Centres Hospitaliers français qui est de 215 lits et places (Boisguerin et Brilhault, 2015).

Créée en 1982, sous la forme juridique d'un établissement public hospitalier, l'édification de cette organisation est historiquement liée à l'ordonnance "Robert-Debré" du 30 décembre 1958, qui unit les grands hôpitaux publics et les facultés de médecine par convention.

Le Centre Hospitalier Universitaire a pour missions essentielles le soin, l'enseignement, et la recherche. En matière de recherche, cet établissement fait partie des 10 meilleurs CHU de

France (classement national SIGAPS) et des 15 premiers hôpitaux à être classés par Le Point pour la qualité de leurs spécialités.

Au total, plus de 10 000 personnes sont rémunérées par ce CHU qui représente un employeur important de la région. Le personnel soignant, médical et médico-technique constitue 77% des ressources humaines, le personnel administratif 11%, et le technique et ouvrier 12%.

D'après les chiffres du rapport financier de cette organisation, le CHU serait retourné à l'équilibre en 2014, et dégagerait depuis 2016 un excédent d'environ 1 million d'euros.

En 2017, près de 240 000 hospitalisations ont été recensées au travers des 12 pôles hospitalo-universitaires (biologie-pathologie ; cliniques médicales ; cœur poumons, digestif, embrun, femme mère enfant, gérontologie, neurosciences tête et cou ; os et articulations ; pharmacie ; psychiatrie, urgences). D'après les sources PMSI, la chirurgie en ambulatoire est passée de 32% en 2016, à environ 35% en 2017.

L'organigramme ci-dessous synthétise le positionnement du DIM, de la DOP et de la DAF (figure 9).

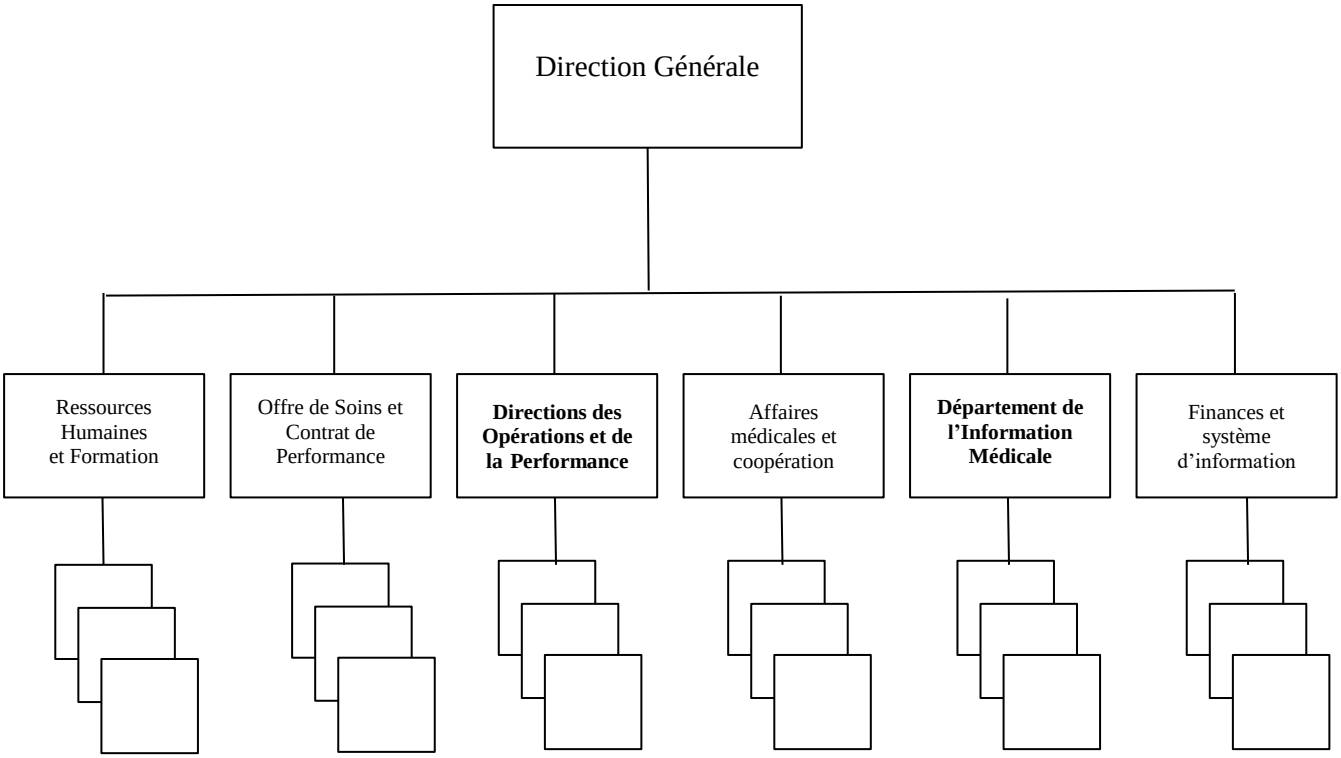


Figure 9 : Organigramme simplifié du CHU (source : adapté de document interne au CHU)

- **Présentation des cellules administratives étudiées dans cette étude : missions du DIM et de la DOP**

Dans cette courte présentation, nous exposons brièvement l'organisation de ce CHU et les missions du Département d'Information Médicale dans lequel nous avons effectué une partie de notre immersion ethnographique.

La structure de ce CHU est classique : une direction générale qui supervise les différentes directions fonctionnelles ; une sphère médicale composée de différents pôles hospitalo-universitaires ayant en charge le volet opérationnel.

Lors de notre immersion ethnographique, nous nous focalisons uniquement sur deux directions rattachées à la direction générale : la Direction d'Information Médicale et la Direction des Opérations et de la Performance.

Le Département d'Information Médicale (DIM)

Créé en 1989, le Département d'Information Médicale a pour mission de collecter, traiter, transmettre et exploiter les informations médicales concernant les patients en vue de l'évaluation de l'activité médicale de l'établissement. Le département s'appuie sur une équipe de Techniciens d'Information Médicale encadrée par des médecins.

Lorsqu'un patient quitte l'hôpital, un compte rendu d'hospitalisation, contenant les actes médicaux que le patient a reçu, est rédigé.

La première étape du DIM va consister à repérer les pathologies prises en charge dans le dossier patient, durant cette hospitalisation. Ces dernières vont être codées, et un diagnostic principal va émerger. Toutes les autres prises en charge (s'il y a lieu) vont être rattachées à des diagnostics associés. A ce sujet, un médecin DIM explique « *Une des facettes de notre métier est de traduire le dossier médical dans un langage qui va nous permettre d'être payé par l'Assurance-maladie* ». Cette étape doit toutefois être réalisée par le praticien ayant décrit le séjour.

Cette description fait l'objet d'une codification à l'aide de la Classification Internationale des Maladies (CIM10). L'information saisie est groupée informatiquement sous la forme d'un Groupe Homogène de Malades, elle est ensuite extraite, anonymisée, puis est envoyée sous la forme d'un fichier RSA (Résumé Standardisé Anonymisé) qui sert à déterminer le budget alloué à l'hôpital. La nécessité de générer des recettes incite les établissements à améliorer et à sécuriser leur dispositif de facturation.

Pour rappel, le mode de financement de l'hôpital, assuré par une dotation globale forfaitaire auparavant, voit son fonctionnement évoluer. Depuis 2004, la majorité des ressources hospitalières dépend du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés. Cette direction assure ainsi le recueil des données médicales qui permet de déterminer la partie des financements allouée aux établissements (financement lié à l'activité). Dans le cadre de cette évolution, on voit que le TIM joue un rôle clé en œuvrant pour le **codage partagé avec les médecins**, et en permettant de renforcer l'exhaustivité de la déclaration du codage.

Pour résumer, une figure 10 est présentée ci-dessous :

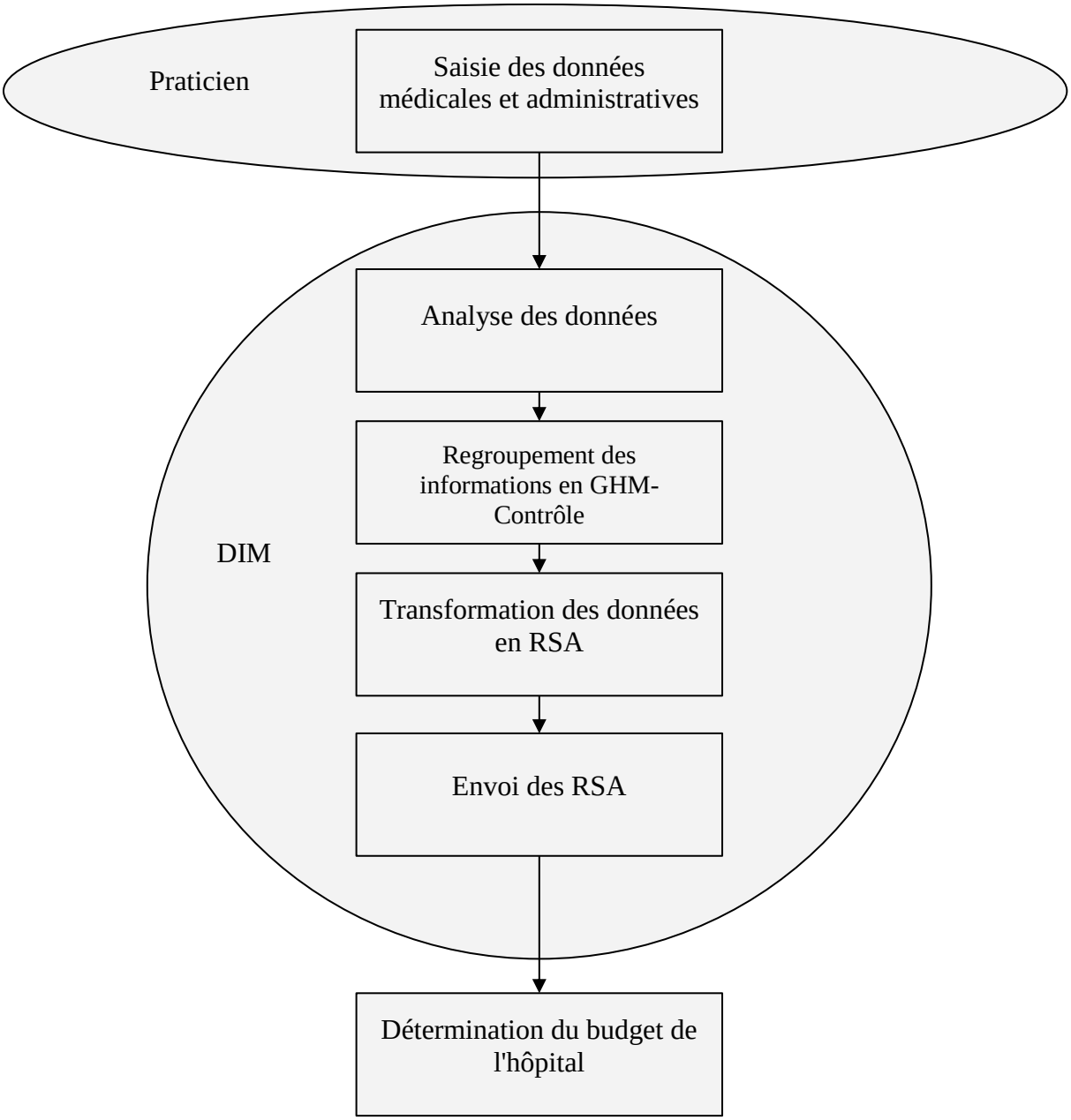


Figure 10 : Le processus de financement de l'hôpital public (Source : Adaptation de Georgescu, 2010)

La mise en place de la Tarification à l'activité T2A et la nouvelle gouvernance avec l'organisation en pôles conduisent les établissements à une recherche continue de l'efficience et de l'optimisation des moyens. C'est dans ce cadre que les établissements développent une meilleure connaissance de l'activité médicale et de ses coûts.

Le rôle de la DIM (direction d'information médicale) repose sur la connaissance du dossier médical. C'est pour cela que cette activité nécessite une forte culture médicale et que les personnels des DIM ont essentiellement un profil soignant.

La DIM est en étroite collaboration avec la direction générale et les services cliniques de l'hôpital. Cette direction est impliquée dans le pilotage et l'analyse du fonctionnement de l'établissement de son établissement. En effet, avec le volume de données que la DIM recueille, elle a pour mission d'anticiper les évolutions de l'hôpital. Le médecin DIM a un rôle clé dans la bonne gestion des hôpitaux français.

L'activité de la DIM est reconnue essentiellement pour :

- organiser le recueil et le traitement des données médicales (Programme de médicalisation des systèmes d'information PMSI) participant à la valorisation de l'activité médicale, base de la T2A (tarification à l'activité)
- participer aux études épidémiologiques des patients.

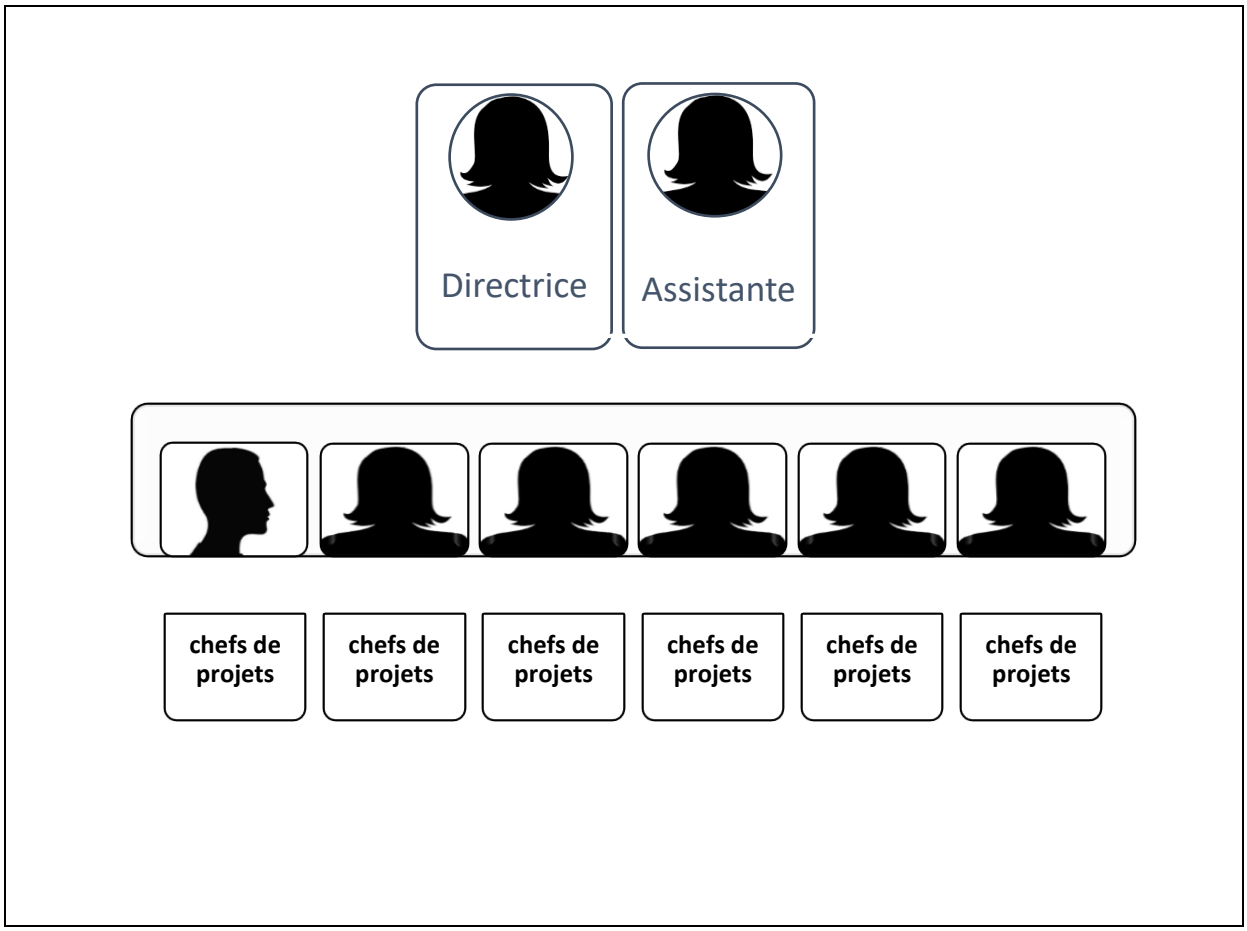
En synthèse, ce CHU constitue un cas typique de CHU français au niveau de sa structure. Le DIM (directeur d'information médicale) bénéficie d'un capital symbolique fort qui lui confère une certaine légitimité dans le monde médical comme administratif. Cependant le fonctionnement interne via le codage partagé entre TIM-médecins est une particularité de ce CHU qui semble intéressant à étudier.

La DOP : Direction des Opérations et de la Performance

Dans un contexte économique contraint et concurrentiel, ce CHU se modernise et identifie ses priorités pour être capable d'investir et d'être attractif tant pour ses professionnels que pour les patients (activité, de parts de marché). La DOP a pour rôle de contribuer à dessiner un CHU toujours plus performant, accueillant et efficient, dans l'intérêt du patient et des professionnels. Ce CHU souhaite offrir aux patients des prises en charges modernes, innovantes en s'appuyant sur les nouvelles technologies et nouvelles pratiques. Il souhaite continuer à améliorer la qualité et la sécurité des parcours patients en développant l'amélioration continue de ses organisations et pratiques.

Couplée à un contexte territorial qui évolue, cette organisation hospitalière s'est adaptée à la croissance positive de la démographie régionale et à l'augmentation des patients polypathologiques et/ou en affection longue durée.

Figure 11 : Composition de la direction (source auteur)



La direction de cette cellule est composée : d'une directrice, d'une assistante de direction et d'une équipe de six chefs de projets (figure 11) expérimentés de formations, de profils et de compétences variées. Les axes privilégiés en 2017 de cet établissement concernent le virage ambulatoire et l'alternative à l'hospitalisation, la modernisation des prises en charge et fluidification du parcours patient, l'optimisation des plateaux techniques, et l'amélioration continue des organisations.

La Direction des Opérations et de la Performance (DOP) a pour objectif de piloter, coordonner ou accompagner les différents projets de modernisation du CHU, de transformations organisationnelles visant à améliorer le parcours patient (qualité et sécurité des prises en charge). La DOP, direction récemment mise en place par ce CHU, est en lien avec le contrôle de gestion pour mettre en place des actions. La DOP a aussi comme mission de pérenniser l'amélioration des pratiques **dans une logique de qualité et d'efficience**. Cette direction met en place une méthodologie de management basée sur une veille et un benchmark des innovations organisationnelles, et de leurs possibles transcriptions sur l'hôpital. Cette direction

échange et favorise une synergie avec les autres services, en privilégiant l'intelligence collective.

La mise en place de la DOP est relativement récente dans ce CHU et mérite ainsi une attention accrue relative à ses interventions sur le terrain.

En synthèse, cette organisation hospitalière présente un contexte connaissant des changements organisationnels concernant l'introduction de **TIM** dans les services médicaux pour réaliser le codage de l'activité médicale en binôme avec les professionnels de santé. Ce CHU de grande taille présente également un contexte connaissant une amélioration au niveau de ses ressources financières, et dans lequel intervient des changements (les changements concernent notamment la prise en charge des patients qui tant à évoluer (augmentation des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire)).

Depuis quelques années, la **DOP** (Direction des Opérations et de la Performance) se développe au sein de la sphère administrative de ce CHU. Ainsi, **en sélectionnant le DIM et la DOP au sein de CHU, notre objectif est de mettre en exergue des nouvelles manifestations de l'*accountability*.**

1.3. L'ethnographie

La section suivante est consacrée à la présentation de l'approche ethnographique et à la justification de son choix dans le cadre de notre recherche.

Dans cette recherche doctorale, nous nous intéressons à la manière dont les dispositifs de l'*accountability* affectent les organisations hospitalières. Nous avançons que l'approche ethnographique est pertinente pour notre recherche, dès lors qu'il s'agit d'analyser et de décrire de manière détaillée ces changements.

L'ethnographie est connue pour étudier la culture d'une population historiquement (Geertz, 1993). Toutefois cette démarche est souvent utilisée en sciences de gestion pour étudier les interactions entre groupes (Van Maanen, 1979) ou les points de vue qu'ils dégagent (Van Maanen, 2011 ; Watson, 2011).

Notre étude au sein de ce CHU peut se rapprocher d'une étude ethnographique puisque nous répondons aux trois conditions de Béaud et Weber : « *présence longue sur place, établissement de relations de proximité et de confiance avec certains enquêtés, écoute attentive et travail*

patient de plusieurs mois ou de plusieurs années. » (Béaud et Weber, 2011, p. 6). Par notre présence (plus de 40 jours répartis sur cinq mois et 45 entretiens semi-directifs dont 21 ont été menés sur 5 mois, et 24 menés sur 4 mois), nous avons été immergés dans leur réalité, dans la vie quotidienne des membres (aussi qualifiés d' « hôtes » chez Hammersley et Atkinson (2007, p. 60), et avons rendu « familier l'étranger » (Beaud et Weber, 2011, p. 7).

Comme le décrit Watson (2011), le chercheur « *s'intègre au groupe, à la communauté ou à l'organisation étudiée, soit en tant que membre permanent ou temporaire. Il participe et observe à la fois des activités, pose des questions, participe à des conversations et exploite des documents en lien avec sa recherche* »[27].

Si la notion de « présence longue sur place » n'est pas très claire, la durée minimale à passer sur le terrain pour être qualifié d'ethnographe fait débat. Comme le suggère Watson (2011), la « bonne durée » est finalement celle qui est « suffisante » pour atteindre ses objectifs de recherche :

« *Pour que la démarche du chercheur atteigne un objectif ethnographique significatif, l'observation doit se produire sur une période de temps suffisante pour que le chercheur appréhende correctement la palette des normes, des pratiques et des valeurs, officielles et officieuses, qui caractérisent le terrain de recherche* »[28].

Cette « bonne durée » se traduit par la capacité du chercheur à se créer des relations qui perdurent au-delà de la phase d'immersion, par la facilité à contacter les hôtes pour s'assurer de notre bonne compréhension. Durant cette période de temps, nous avons atteint un niveau de socialisation avec les membres du terrain. Cela se manifeste par la capacité à tisser des relations qui perdurent au-delà de notre période d'observations, la facilité à joindre les hôtes du terrain pour obtenir des informations. La période de temps suffisante est fonction de la personnalité de l'ethnographe, de son objet de recherche, et de la culture organisationnelle qui accueille l'ethnographe. ***Nous avons suivi durant 320 heures les TIM du Département d'Information Médicale (DIM) du CHU afin d'observer leurs comportements et le processus mis en place quant à la sensibilisation des professionnels de santé au codage.***

[27] "*Participant observation, then, is a research practice in which the investigator joins the group, community, or organization being studied, as either a full or partial member, and both participates in and observes activities, asks questions, takes part in conversations, and reads relevant documents"*, (p.206). – Notre traduction.

[28] *"For this practice to serve any significant ethnographic purpose, the observation has to occur over a period of time which is sufficient for the researcher to appreciate the range of norms, practices, and values, official and unofficial alike, which characterize that research setting",* (p.207). – Notre traduction

Les outils de collecte des données offrent un large choix. Toutefois, la source principale demeure l'observation des participants ainsi que leurs conversations. Selon Morales (2009), cette méthode n'interdit pas au chercheur de participer à des discussions. Toutefois, le chercheur doit minimiser son influence « *sur ce qui est dit, et donc de faciliter l'expression ouverte de la perspective de l'informateur sur le monde*[29] » (Hammersley et Atkinson, 2007).

Ces conversations vont consister en une source riche pour le chercheur et doivent ainsi être retranscrits de la manière la plus fiable possible dans un journal de bord.

Selon Hammersley et Atkinson (2007), le chercheur doit souvent essayer de trouver des moyens d'établir des relations sociales « normales ». Cela nécessite de trouver un terrain neutre (…) où des discussions simples et banales peuvent avoir lieu. Les « hôtes » peuvent se sentir très menacés si les questions qui sont posées sont constamment en lien avec la recherche. Surtout dans les premiers jours de la négociation sur le terrain, il peut être avantageux de trouver plus de sujets de conversation « ordinaires », en vue d'établir son identité comme une personne « normale », « régulière » et « décente »[30].

Comme le détaillent Hammersley et Atkinson (2007) « *de nombreux hôtes ont des attentes très imprécises* (…) *sur le travail du chercheur et en particulier sur celui du travail ethnographique. Deux perceptions étroitement imbriquées ont tendance à prédominer dans ce contexte : celle de « l'expert » et celle du « critique ». L'une comme l'autre peut contribuer à mettre mal à l'aise les personnes clés et les sponsors sur les conséquences probables de la recherche* (…). *L'image de « l'expert » semble souvent suggérer que le chercheur est, ou devrait être, une personne extrêmement bien informée sur les « problèmes » et leurs « solutions ». Quand l'ethnographe sollicite l'accès au terrain, l'organisation* (…) *peut croire qu'il revendique cette expertise et peut s'imaginer qu'elle va en être en quelque sorte « tirée d'affaire » par le chercheur. Si c'est le cas, cet implicite va directement de pair avec la seconde image, celle du*

[29] "*Minimize, as far as possible, the influence of the researcher on what is said, and thus to facilitate open expression of the informant's perspective on the world*", (p.201). – Notre traduction.

[30] 118"*The researcher must often try to find ways in which 'normal' social intercourse can be established. This requires finding some neutral ground with participants where mundane small talk can take place. It may be very threatening to hosts if one pumps them constantly about matters relating directly to research interests. Especially in the early days of field negotiation, it may be advantageous to find more 'ordinary' topics of conversation, with a view to establishing one's identity as a 'normal', 'regular', 'decent' person",* (p.70) – Notre traduction.

« critique » : les personnes clés peuvent penser que l'ethnographe va se positionner comme un évaluateur (de leur travail)[31].

Pour mener cette étude, l'observation nous a semblé la méthode la plus pertinente car elle nous permettait d'accéder directement aux interactions entre la sphère médicale et administrative.

L'observation donne la possibilité au chercheur de « *se mettre au niveau de l'acteur pour obtenir des réponses à ses questions* » (Wacheux, 1996, p. 210). L'observation directe semble intéressante puisqu'elle permet de rompre la façade des discours pour accéder aux modes de fonctionnement de l'organisation étudiée.

Pour être plus précis, nous avons choisi l'observation dite non participante dans laquelle le chercheur reste passif (Yin, 2009). L'observation non participante nous a permis d'observer d'un point de vue externe, les différentes activités et les comportements non verbaux des acteurs dans leur environnement. Cette méthode nous a laissée l'opportunité d'appréhender le contexte organisationnel, de nous familiariser avec, ainsi que de comprendre le ressenti des membres à travers des interactions informelles (pauses café, pauses déjeuner) et construire une relation de confiance avec les membres de l'organisation (Lincoln et Guba, 1985). Notre présence a été un moyen de collecter des données en lien avec leurs fonctions, leurs habitudes, et également d'aborder tous autres sujets (« *pratiques non officielles* » (Arborio et al., 2008, p. 20) qui ne l'auraient pas été en temps normal.

L'observation permet aussi d'éviter les biais de reconstruction *a posteriori* des entretiens durant lesquels les répondants font appel parfois à leurs souvenirs imprécis ; les données peuvent être ainsi biaisées par leur propre interprétation. Ils n'ont pas toujours conscience de ce qu'ils font dans leur quotidien et peuvent masquer la réalité.

Selon Watson (2011), l'ethnographe peut également mener des entretiens. Dans notre cas, cette méthode représente une source de données complémentaires :

« Il existe une grande vertu à intégrer des entretiens au cours du travail ethnographique. En réalisant des entretiens relativement structurés, on peut aborder divers sujets dans une seule «

[31] "*Many hosts have highly inaccurate […] expectations of the research enterprise, especially of ethnographic work. Two closely related models of the researcher tend to predominate in this context, 'the expert' and 'the critic'. Both images can conspire to make gatekeepers and sponsors uneasy as to the likely consequences of the research [...] The model of the 'expert' often seems to suggest that the […] researcher is, or should be, a person who is extremely well informed as to 'problems' and their 'solutions'. The expectation may be set up that the ethnographer seeking access is claiming such expertise, and is expecting to 'sort out' the organization […]. This view therefore leads directly to the second image, that of the critic. Gatekeepers may expect the ethnographer to try to act as an evaluator*", (p. 60). – Notre traduction

grande » conversation avec un individu, et produire des matériaux permettant des comparaisons avec ce qu'ont pu dire d'autres personnes. (p.211) »[32]

L'entretien devient également une source de données complémentaires, même si, au sein d'une démarche ethnographique, les réponses obtenues constituent des « réponses sollicitées » à l'inverse des commentaires « pris sur le vif ».

Dans le point suivant, nous présentons la manière dont nous avons mis en œuvre notre dispositif de recherche au sein de cette organisation hospitalière.

[32] "*There is great virtue in incorporating interviews within ethnographic work. By carrying out relatively structured interviews, one can discuss a variety of issues in a single 'big' conversation with an individual, and produce material which allows comparisons with the accounts of others*", (p.201). – Notre traduction.

2. Détail des dispositifs de collecte de données

Notre accès à ce CHU a résulté d'une opportunité que nous décrivons ci-dessous.

Cette phase d'observation non participante a été complétée par une série d'entretiens dans le CHU, en particulier avec les professionnels de santé et des acteurs administratifs.

2.1. S'installer au CHU

L'objectif de cette partie est d'expliquer comment nous avons accédé à ce terrain.

Comme le soulignent Hammersley et Atkinson (2007) accéder et se maintenir sur un terrain de recherche est une difficulté courante lors d'une approche ethnographique :

« *Dans les organisations formelles, par exemple, les négociations pour accéder au terrain peuvent se matérialiser sous la forme d'une autorisation officielle légitimement accordée ou détenue par une personne clé (informateur ou sponsor). Bien que ce ne soit pas nécessairement toujours le cas, ces personnes sont souvent le point de contact initial de l'ethnographe sur son terrain de recherche* »[33].

La facilité d'accès au terrain peut donc être variable et dépendre du contexte organisationnel, ou d'éléments sur lesquels l'ethnographe a peu de prise comme les enjeux liés au sujet de recherche pour les personnes clés avec lesquelles se fait le contact.

Entrée dans le service du DIM

L'accès au CHU a été facilité par le Directeur de l'Information Médicale. Suite à notre première rencontre, le DIM nous a fait part de son souhait concernant une future intervention de notre part dans le service pour apporter l'œil « de l'apprenti chercheur ».

Suite à une deuxième rencontre fin août 2016, nous avons pu échanger sur les attentes du DIM ainsi que sur nos souhaits concernant notre travail doctoral. Nous sommes arrivés à établir une problématique large suite à ce premier échange officiel.

[33] *"In formal organizations, for example, initial access negotiations may be focused on official permission that can legitimately be granted or withheld by key personnel. Although not necessarily the case, such gatekeepers are often the ethnographer's initial point of contact with such research settings*." (p.49). – Notre traduction

Le Directeur de l'information médicale : « *Moi ce qui m'intéresse c'est que ça puisse être utile pour toi, pour ta thèse. Coté universitaire je pense que c'est bien car vous bénéficiez d'un terrain, et nous coté terrain on bénéficie d'avoir des gens qui nous donnent de la théorie, qui nous amènent à formaliser des choses (…) je souhaite que tu fasses ta thèse, mais que tu amènes quelque chose » (…) « la mode est le codage centralisé, mais beaucoup de mes collègues veulent avoir des informations sur le codage partagé, sur la possibilité d'avoir une meilleure qualité de codage. Ce fonctionnement c'est atypique* ».

Cet extrait montre le « cadrage » de notre recherche par le DIM. L'objectif du DIM est de nous faire réaliser une étude centrée autour de leur méthode (codage partagé où un spécialiste (non médical) en codage interagit avec le médecin pour réaliser le codage de son activité médicale). Le but du DIM est aussi de comprendre si le codage partagé modifie leur vision de la finance, leur point de vue sur l'organisation, si ce dispositif a des conséquences sur leur positionnement c'est-à-dire s'ils perçoivent le codage comme une contrainte ou comme une opportunité. Il souhaite avoir des informations probantes d'une personne tierce à l'organisation.

Sur le long terme, le but du DIM est de sensibiliser les médecins aux coûts de production des séjours en les confrontant aux recettes. Il souhaite améliorer le système d'information pour avoir les informations des coûts du séjour lorsque les médecins coderont leur activité (outil qui n'est pas mis en œuvre pour le moment). Les TIM servent pour le moment de vecteurs d'informations pour déclencher une prise de conscience sur la réduction des coûts de production et par conséquent sur la durée de séjour.

En milieu de réunion, le DIM a invité des membres du DIM (TIM et un chargé de mission sur le pilotage budgétaire) à se joindre à notre table. L'objectif du DIM est de nous faire réaliser une étude sur le codage partagé entre médecins et TIM. Par conséquent, nous venons à établir l'objectif de sensibiliser les médecins au codage de leur activité mais aussi du coût de production des séjours afin de les confronter aux recettes du séjour. Il serait alors question de réaliser une écart coût- recette avec des couleurs (feu vert, orange ou rouge). Le but du DIM est de diminuer le coût de revient, minimiser les pertes et maximiser les profits.

A la fin de cette réunion, le DIM me propose de m'occuper du premier point (codage partagé), c'est-à-dire de réaliser une étude sur l'interaction entre les TIM et les médecins. Dans le futur, il est question de travailler sur la deuxième idée mise en avant et se pencher sur les effets que cela engendrerait sur les médecins.

En novembre 2016, nous présentons au DIM, nous ayant fait la requête, le volet théorique, les objectifs de notre étude. Nous nous rendons à cette réunion avec (où le DIM et notre directrice de thèse sont présents) pour préciser la problématique avec le DIM ainsi que d'avoir une légitimité plus forte.

Nous demandons par la suite de commencer la période d'observations dès le mois suivant. Satisfait par notre présentation, le DIM a donné son accord pour une période d'observations. Contrairement à notre ressenti, l'accès à ce CHU s'est révélé être informel sans contraintes de temps, ni méthodologiques. Le DIM n'a donc pas guidé la collecte des données, et nous n'avons pas perçu de sa part, le risque que le terrain puisse se fermer.

Le point suivant détaille les dispositifs de collecte de données nous permettant de nous immerger.

2.2. Une observation non participante au DIM

L'aval du directeur du DIM nous a été utile puisque cela a facilité et raccourcit les processus de rencontre. La première rencontre des TIM a été organisée sur le mode du volontariat. Le DIM a demandé à ce que les TIM, sur la base du volontariat, s'organisent pour une première semaine à m'intégrer dans leurs journées. Dans un premier temps, nous avons perçu que notre présence n'était pas forcément très bien vue au regard de la majorité des TIM puisque le tableau de la semaine (le lundi à notre arrivée) n'était pas complété. Nous avons donc dû solliciter les membres pour intégrer leur « espace » dans les plages horaires vierges. Nous nous ne sommes pas présenté en tant que doctorantes, afin de ne pas avoir un a priori sur notre personne et sur le but de notre étude. Par la suite, et au grès du fil du temps, nous nous sommes présentées comme doctorante, et avons montré notre souhait de valoriser leur mode de fonctionnement dans mes recherches.

Faisant partie de leur équipe, les TIM ont eu la gentillesse de me convier rapidement à leurs pauses déjeuners à la cafétéria, me permettant d'obtenir des échanges informels, éléments essentiels pour le renforcement de la confiance avec les membres de ce service.

Ces moments informels nous permettent de découvrir les personnes observées, ainsi que de différencier les profils (profil médical ou gestionnaire), les personnes embauchées récemment et celles qui sont dans le service depuis un certain temps, ainsi que d'obtenir des informations off tel que le ressenti des TIM sur leur travail et sur la politique managériale de l'établissement.

Après un temps d'acclimatation, nous avons organisé auprès des techniciens d'information médicale une quarantaine de journées d'observation dite non participante.

Au cours de nos observations, il a été délicat de procéder à des enregistrements. Nous avons fait le choix de noter à la main, dans un journal de bord (ce que Wacheux (1996, p. 212) appelle le « *journal de recherche* »), toutes leurs activités quotidiennes et leurs interactions (journée type 8h-17h). Afin de limiter toute perte d'informations ainsi que « le biais de décontextualisation » (Journé, 2005) au moment des faits, nous avons pris soin de décrire de la manière la plus précise le contexte de la situation observée. Également, nous nous sommes attachées à restituer sans modification les conversations des acteurs sous forme de verbatims. On parle alors du lexique indigène (Arborio et al., 2008). La tenue du carnet de bord a débuté dès le premier jour de l'observation. La première semaine a été compliquée puisque des termes médicaux étaient employés et ayant peu de connaissances dans ce domaine, il était compliqué de tout appréhender, d'autant plus que beaucoup d'acronymes étaient utilisés.

L'observation a été l'étape précédant les entretiens (premiers entretiens menés après 10 jours d'observation). Cette méthode nous a aidé à différencier le comportement sur le terrain et le discours tenu lors des entretiens (Gavard-Perret et al., 2012) et nous a permis de noter de façons précises les situations.

L'objectif de notre étude était de mettre en évidence les interactions existantes entre des TIM et les médecins dans la sensibilisation et l'appropriation de nouvelles fonctions gestionnaires. Les échanges avec les acteurs rencontrés sur le terrain, en particulier les médecins et la relecture de nos notes détaillées, nous ont permis de mieux décrire comment les TIM abordaient le codage et conduisaient les médecins à une recherche de l'efficience et d'optimisation des moyens. Progressivement, nous avons pu nous focaliser sur les comportements des TIM et organiser davantage nos observations et prises de notes (tableau 16). Pour cela, nous avons distingué deux points : comment les TIM sensibilisent les médecins au codage, et quels impacts ont ces acteurs sur la prise en charge des patients.

Tableau 16 : Résumé des journées passées avec les TIM selon leur pôle

PÔLES	Journées passées
CŒUR-POUMONS	5
OS ET ARTICULATIONS	0
EMBRUN	4
DIGESTIF	8
FEMME-MERE ENFANT	12
NEUROSCIENCES TETE ET COU	4
CLINIQUES MEDICALES	1
PSYCHIATRIE	1
PMSI-HAD	5

Au départ, certains TIM étaient réservés sur notre présence car le chercheur était présenté comme « auditeur », mot perçu de manière négative par les TIM. Le terme « d'auditeur » résulte de notre première étude menée sur la certification des comptes, présentée à la réunion santé, où le DIM était présent (avril 2016). Nous avons rapidement éclairci notre objectif en tant que doctorante et non d'auditeur. Le dialogue s'est peu à peu libéré au fil des jours, et plusieurs observations puis entretiens ont pu être réalisés. De plus, dès les premières interactions, les hôtes ont compris que nous ne nous représentions pas une menace par le manque d'expertise dans nos questions, signalant ainsi une compréhension partielle des situations observées. Nous avons ainsi été acceptées comme un « incompétent acceptable » (Lofland, 2006). Dans notre cas, notre marginalité est liée au fait que nous avons peu de connaissances du secteur hospitalier, du langage employé, des termes techniques. Nous étions un étranger mais acceptable grâce à l'appui du Directeur d'Information Médicale. Toutefois le facteur âge, notre empathie et notre dynamique à nous intégrer, nous ont permis d'atteindre un équilibre afin de naviguer dans cette organisation.

Nous avons ainsi pu « *regarder, écouter, poser des questions, formuler des hypothèses et faire des erreurs, pour permettre d'acquérir un sens correct de la structure sociale du terrain et commencer à comprendre la (les) culture (s) des participants* »[34] (Lofland, 2006). Durant notre période d'observation, nous avons pu observer les interactions entre TIM et médecins et nous déplacer avec les TIM dans les services médicaux (50 heures approximatives). Afin d'essayer de mettre en évidence le temps que les médecins accordaient aux TIM nous avons tenté de chronométrer le temps de dialogue.

La présence de « stagiaire » ou même de « doctorante » dans les pôles cliniques, ne semblait pas gêner les médecins, population en lien avec le monde scientifique. Nous avons souvent été présentée comme stagiaires et n'avons pas forcement chercher à clarifier notre statut. Ceci dans le but d'accéder plus facilement aux informations (Hammersley et Atkinson, 2007), et éviter la méfiance de nos interlocuteurs. De plus, en employant le terme stagiaire, notre présence était donc validée par la direction et était par conséquent reconnue comme légitime.

Les observations des réunions

Nous avons assisté à 5 réunions et observé les interactions entre le DIM et les TIM ; les TIM et les médecins, et les TIM entre eux. La totalité de ces réunions sont des réunions formelles et portent sur la mise en place d'un contrôle interne (une cartographie des risques). Une réunion s'est déroulée entre midi et 14h afin de faire face à une demande imprévue du DIM sur une enquête à effectuer sur un délai restreint. Les TIM ont pris sur leur temps de pause pour faire un briefing sur cette demande, afin de l'appréhender et effectuer sa mise en place. Cette réunion était interactive et agitée.

Les TIM reçoivent également des formations médicales de médecins venant présenter au DIM des sujets divers sur leur spécialité (réunion longue de 3h avec des termes spécifiques employés mais des illustrations nous aidant à comprendre les phénomènes présentés). Nous avons pu également assister à plusieurs staffs médicaux (3) pendant lesquels nous avons pu prendre des notes.

Au cours de ces réunions, nous avons adopté une posture de « stagiaire » et continué notre observation non-participante.

[34] *"[It's trough*] w*atching, listening, asking questions, formulating hypotheses, and making blunders that the ethnographer can acquire a good sense of the social structure of the setting and begin to understand the culture(s) of participants"* (p.79). – Notre traduction

L’enregistrement n’a pas été possible pour des raisons techniques, mais nous avons pris le soin de prendre de notes de manière détaillée en essayant de retranscrire littéralement le discours des personnes en mettant les initiales ainsi que la fonction de la personne qui parlait.

Après la majorité de ces réunions, des discussions en off nous ont donné l’opportunité de faire part de nos incompréhensions, nos étonnements, manifester notre ressenti et cerner les enjeux que nous n’avions pas compris.

Nous détaillons dans le prochain point les entretiens menés durant cette première phase de l’étude de cas.

2.3. La phase d’entretiens

En parallèle des séquences d’observation (40 journées de janvier à mai 2017), quinze entretiens ont été organisés auprès des TIM représentants différents services médicaux concernés par le codage partagé. Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs enregistrés avec les TIM et d’autres de manière informelle, afin que la situation conforte les répondants dans la révélation de leurs comportements.

Par la suite, nous avons voulu connaître le point de vue des médecins. Nous avons contacté dix médecins par mail (annexe 1), six nous ont répondu. Par la suite, nous avons souhaité renforcer notre collecte de données et avons étendu notre échantillon à d’auteurs acteurs administratifs et professionnels de santé.

- **La première phase d’entretiens semi-directifs**

Nous avons commencé à réaliser les entretiens après une période d’observation de 10 jours. Dans cette première étude, nous avons réalisé dans ce CHU, **21 entretiens semi-directifs** auprès de 12 personnes dont 6 TIM que nous avons interviewés plusieurs fois et 6 médecins de différents pôles (en fin d’étude). Notre objectif était dans un premier temps de conforter si nous avions bien intégré les phénomènes perçus dans notre phase d’observation, et de recueillir des éléments sur les parcours professionnels des TIM, afin de comparer si ces facteurs pouvaient avoir un effet sur le comportement des TIM.

Concernant le guide d'entretien dédié aux TIM et médecins, les thèmes que nous avons élaborés étaient au nombre de trois, regroupant chacun plusieurs questions : leurs rôle et activités au sein de l’institution, leur perception sur le codage partagé, et les pressions ressenties à coder (annexes 4 et 5).

Nous avons réalisé peu d'entretiens puisque nous estimions que le seuil de saturation était atteint et que le nombre d'observations ainsi que leur richesse étaient suffisantes pour valider nos données. Au vu du nombre de TIM dans ce service, nous aurions pu réaliser des entretiens de groupe, cependant devant le risque de ne pas parler en face de leurs collègues pour ne pas salir son image (Watson, 2011), nous n'avons pas mobilisé cette option.

Durant la période d'observations, nous avons profité de moments propices pour poser des questions, qui s'apparentent à des quasis entretiens dès lors que nous étions seulement deux à interagir sur des points spécifiques.

Ces entretiens n'ont pas été enregistrés pour laisser le répondant libre de s'exprimer, et communiquer des informations qu'il n'aurait peut-être pas communiqué avec un dictaphone, et afin de maintenir le lien de confiance que nous avions installé. Cependant une prise de note minutieuse a été mise en place.

Pour les entretiens menés, un guide d'entretien en fonction des répondants a été élaboré. Nous avons utilisé un guide d'entretien structuré pour aborder une série de thèmes préalablement définis

Afin de collecter des points de vue différents sur les aspects de l'*accountability* à travers le *reporting* de l'activité médicale, nous avons sélectionné différents types de personnes. Nous avons interviewé le DIM, les TIM mais aussi les médecins. Nous avons également rencontré et échangé avec d'autres médecins faisant partie du DIM afin de connaître les différentes activités du service.

Que ce soit avec les médecins ou les TIM, nous avons mené des entretiens de type semi-structurés (6 médecins - 15 TIM) laissant l'opportunité de faire évoluer les questionnements qui ont du sens pour eux. C'est en procédant de cette manière que lors d'un entretien, l'échange s'est orienté sur la question d'un climat du chiffre dans l'organisation (étude 3).

La situation pour les médecins a été quelque peu différente. Nous les avons contactés quelques jours avant la fin de notre immersion mais aussi après. Ils ont facilement accepté de nous rencontrer pour des entretiens. Pour les 6 entretiens, la sélection des personnes interviewées s'est faite selon les noms de médecins que nous entendions fréquemment, ainsi que sur d'autres sélectionnés de manière aléatoire, afin de collecter différents points de vue sur le codage de l'activité médicale. Concernant nos entretiens avec les médecins, nous n'avons pas indiqué dans nos mails que nous étions en lien avec le DIM, afin de ne pas les influencer dans leur discours.

Les médecins étaient amenés à mettre en avant leur perception sur l'introduction du *reporting* de leur activité médicale, les effets sur leur personne au quotidien ainsi que les principales difficultés auxquelles ils faisaient face. Dès lors, nous invitions nos répondants à prendre du recul et mener une véritable réflexion sur leur fonctionnement

Durant notre recherche, et même après l'avoir terminé, nous avons continué d'entretenir des liens avec deux TIM. Nous avons contacté les TIM afin de faire part de notre avancée mais aussi dans le but de connaître l'évolution des projets.

- **La deuxième phase d'entretiens**

Après une période d'observation non participante de plus de 40 jours au sein de ce CHU (cible de l'interaction TIM et médecins), nous avons souhaité compléter nos résultats d'observations, étendre nos interrogations, notre vision et mener des entretiens semi-directifs sur les professionnels de santé (infirmières, médecins, chirurgiens), mais aussi sur d'autres acteurs administratifs (notamment la DOP). En réalisant nos entretiens dans notre première phase d'étude de cas, nous avons réalisé que plusieurs médecins de cette organisation semblaient percevoir une pression et un climat du chiffre. Afin de mieux comprendre les interactions pouvant exister entre les sphères administrative et médicale, nous avons donc choisi de renforcer notre collecte de données entre les mois d'avril et juin 2018.

Ce travail est basé sur **24 entretiens semi-directifs** dont : 11 interviews ont été menées avec des acteurs administratifs et 13 avec des médecins et du personnel paramédical.

Les personnes interrogées initialement ont été identifiées comme des personnes clés disposant d'une connaissance approfondie de notre problématique. Nous avons commencé par deux **membres de la DOP**. Les premiers contacts avec cette cellule (Direction des Opérations et de la Performance) ont été compliqués car la responsable était fortement occupée durant la période où nous la sollicitions. Cette personne nous a mis en contact avec un « ingénieur- chef de projet » de la DOP qui nous a dirigé vers deux praticiens hospitaliers, ayant opéré une réorganisation de leur service. Ceci nous a facilité l'accès à des personnes en lien avec notre sujet et par conséquent nous a fait gagner du temps.

Ces **praticiens** nous ont orientés vers d'autres praticiens. Nous avons réalisé cet échantillonnage par effet « **boule de neige** » jusqu'à atteindre le seuil de saturation. Nous avons accordé une importance à élargir notre compréhension du phénomène. Pour cela, nous avons varié les spécialités des praticiens, leurs fonctions (chef de pôle, praticien). Concernant les

praticiens, nous nous sommes focalisés sur des personnes titulaires et présentes dans ce CHU depuis quelques années. En effet, on peut supposer que des praticiens contractuels ou arrivés dans l'établissement depuis peu, n'ont pas le même ressenti du « climat » que des praticiens titulaires. Nous avons choisi d'examiner en partie la perception des praticiens car leur activité médicale est à l'origine des ressources allouées à l'hôpital. D'après le Code de la Santé Publique, les praticiens sont chargés de réaliser le codage des actes médicaux. Par conséquent, ils représentent des acteurs clés qui peuvent subir les effets d'un climat du chiffre.

Pour les premiers répondants, la prise de rendez-vous s'est effectuée en indiquant que nous étions recommandés par un membre de la DOP. Par la suite, nous avons demandé à chaque praticien s'il était possible d'obtenir des noms de praticiens qui seraient susceptibles de répondre à nos questions. Ensuite, nous avons continué à interroger les professionnels de santé selon l'effet boule de neige (pour un total d'entretiens de 10 médecins). En parallèle, nous avons mené des entretiens semi-directifs avec 3 cadres administratifs, 5 cadres de santé, 1 puéricultrice et 3 infirmières. Certains entretiens se sont déroulés en face à face dans leur bureau (total de 10 entretiens) ou par téléphone. Nous avons précisé à chaque répondant que l'anonymat était garanti afin qu'ils puissent s'exprimer librement. Chaque entretien a été enregistré avec l'accord du répondant et retranscrit de manière exhaustive. Les entretiens réalisés représentent plus de 20 heures d'enregistrement.

Nos entretiens semi-directifs ont ciblé en totalité 13 professionnels de santé (praticiens hospitaliers et infirmières exerçant au sein de différents pôles) ainsi que certains acteurs administratifs en interaction avec ces derniers (11).

Chaque population ciblée a reçu un guide d'entretien spécifique (guides d'entretien en annexe 6 à 9).

Concernant les entretiens menés avec le personnel administratif, une première série de questions a pour objectif de comprendre les interactions existantes entre les répondants et leur environnement ; plus spécifiquement avec les médecins. Les questions essaient d'éclairer les relations que la DOP entretient avec les médecins. Par la suite, nos questions ont porté sur la présence d'indicateurs, leur diffusion dans la sphère médicale, leur perception d'un climat du chiffre, ses manifestations, et les effets engendrés sur le fonctionnement des services médicaux.

Concernant les professionnels de santé, les thèmes présentés portaient de manière générale sur le ressenti du climat de leur organisation, les modifications induites dans leur quotidien par ce

climat, leur ressenti concernant la présence de la DOP dans leur service, et la manière dont ils y font face.

2.4. Les sources secondaires

La phase d'immersion dans ce CHU a été complétée par l'exploitation de données secondaires : nous avons pris connaissance de la CIM10 pour comprendre le classement des maladies, et d'autres documents internes pour nous familiariser avec les acronymes de ce milieu médical et comprendre les techniques de codage.

Nous avons procédé au recueil de documents pertinents afin de mieux comprendre comment se déroule les relations entre administratifs et médecins. Nous avons analysé des données secondaires (documents internes, conventions) pour observer les données sous un angle différent (Fielding, 2004).

Pour résumer, nous avons réalisé une observation non participante dans un CHU afin d'observer de plus près l'interaction entre TIM et médecins. Au cours de ce travail, nous nous sommes rendus sur place durant **40 jours pleins d'observation** (sur une durée de cinq mois de recherche : janvier à mai). Nous avons mené des entretiens semi-directifs pour enrichir et conforter nos perceptions du terrain (**21 entretiens**).

La première phase de collecte des données (observations et entretiens) (tableau 17) s'est déroulée sur une période de cinq mois (entre janvier et mai 2017). Nous avons alterné entre des phases de terrain, de retranscription et de réflexion. Nous avons également discuté de manière informelle avec le directeur du DIM et avec les TIM, parfois même en dehors de l'institution sur du temps privé. Nous avons retranscrit dans un délai très court les entretiens ainsi que les notes prises sur le terrain afin de limiter la perte d'informations**.**

Tableau 17 : Première phase de collecte des données

Méthode	Etude de cas
Observation non participante	40 jours
Réunions	10 heures
Entretiens (nombre)	21
Documents internes au CHU	3

Pour renforcer cette première collecte de données, nous avons réalisé par la suite **24 entretiens** auprès du personnel administratif, médical et soignant.

Pour conclure, cette étude de cas nous a conduit à mettre en œuvre plusieurs modes de collecte des données : entretiens semi-directifs, réunions collectives, observation non participante et analyse documentaire.

Au final, **nous avons réalisé 45 entretiens répartis dans cette étude de cas**. Il convient de souligner qu'en fonction des populations ciblées, un guide d'entretien spécifique a été utilisé (présentés aux annexes 4 à 9)

Le tableau 18 synthétise l'ensemble des entretiens effectués dans le cadre de notre approche ethnographique.

Tableau 18 : Récapitulatif des entretiens réalisés dans l'étude de cas

Sphère	Personnes interrogées	Nombre d'entretiens	Période de réalisation	Durée globale
Administrative				
Département d'Information Médicale	TIM	15	De décembre à mars 2017	6h30
Direction des Opérations et de la Performance	Directrice de la DOP	1	Avril 2018	50 minutes
	Ingénieur	1	Mai 2018	1h
Cadres	De santé	5	Entre mai et juin 2018	5h30
	Administratifs	3	Entre avril et mai 2018	2h20
Médicale				
Première collecte de données	Médecins	6	Entre mars et avril 2017	3h50
Deuxième collecte données	Médecins	10	Entre avril et juin 2018	8h
	Infirmières	3	Mai 2018	1h30
	Puéricultrice	1	Mai 2018	30 minutes
Total		**45**		**30 h**

3. Traitement des données

Nous avons retranscrit au propre notre journal de bord ainsi que les entretiens réalisés. Par la suite nous nous sommes questionnées, au vu de la richesse de nos données, sur le choix méthodologique à privilégier. Le logiciel N'vivo11, pour traiter notre analyse de contenu, nous a paru être un outil adéquat. En effet, pour l'analyse de données textuelles, ce logiciel détient un véritable atout pour plusieurs raisons : par sa simplicité d'utilisation qui nous permet de ranger des extraits de nos données brutes dans des catégories constituées au fur et à mesure ; par une interface ergonomique, qui permet l'import et la gestion de données volumineuses, ainsi qu'une rapidité dans le travail du traitement et de l'analyse des données. Il facilite également les recherches de contenu. Sans se substituer au chercheur, c'est-à-dire en conservant le travail de catégorisation, d'analyse et d'interprétation (Wanlin, 2007), recourir à ce logiciel permet « *la systématisation de la démarche, la possibilité de fonctions autonomiques (de repérage, d'extraction, etc.), l'économie de papier et de surface de travail* ». (Paillé et Mucchielli, 2012, p.236).

Fondamentalement, le codage réalisé manuellement ou le codage réalisé à travers le logiciel N'vivo (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2008) sont les mêmes (Wanlin, 2007). Cependant, le codage via N'vivo est plus approprié au vu de notre situation, et permet de renforcer la fiabilité du codage.

Notre processus d'analyse s'est déroulé selon plusieurs étapes. Afin d'obtenir une exploration en profondeur des expériences des individus, chaque entretien a été codé ligne par ligne en thèmes en utilisant **le logiciel N'vivo-11**. Nous avons analysé les retranscriptions des entretiens semi-directifs menés dans cet l'hôpital en utilisant **l'analyse de contenu thématique** (Patton, 2015) permettant d'identifier les significations qualitatives. Pour réaliser ce codage, il nous a fallu définir des catégories. Afin de nous permettre de classer les données, nous avons choisi une catégorisation **émergente** (Ayache et Dumez, 2011) qui repose sur une définition des catégories au cours du processus de codage. Le codage a été réalisé également de manière plurinominale (Ayache et Dumez, 2011) c'est-à-dire que « *chaque unité de sens découpée peut renvoyer – et renvoie généralement en pratique – à plusieurs catégories ou noms* » (p.38).

Des thèmes similaires de chaque entretien ont été regroupés en groupes, et des thèmes principaux ont été identifiés. Les similitudes et les différences entre les répondants ont été comparées et contrastées. Plutôt que de compter le nombre de fois où chaque thème apparaît,

nous avons préféré parfois nous baser sur des thèmes singuliers. Nous avons procédé à une analyse de type vertical (Gavard-Perret *et al.*, 2012) c'est-à-dire que nous avons analysé entretien par entretien, pour nous imprégner des logiques individuelles de nos répondants.

Pour la présentation de notre partie résultats, des verbatims sont utilisés pour illustrer les résultats (Ryan et Bernard, 2003).

Les figures 12 et 13 représentent les catégories utilisées pour le codage des données de l'étude de cas.

Figure 12 : Catégories utilisées pour le codage thématique des données (première collecte de données)

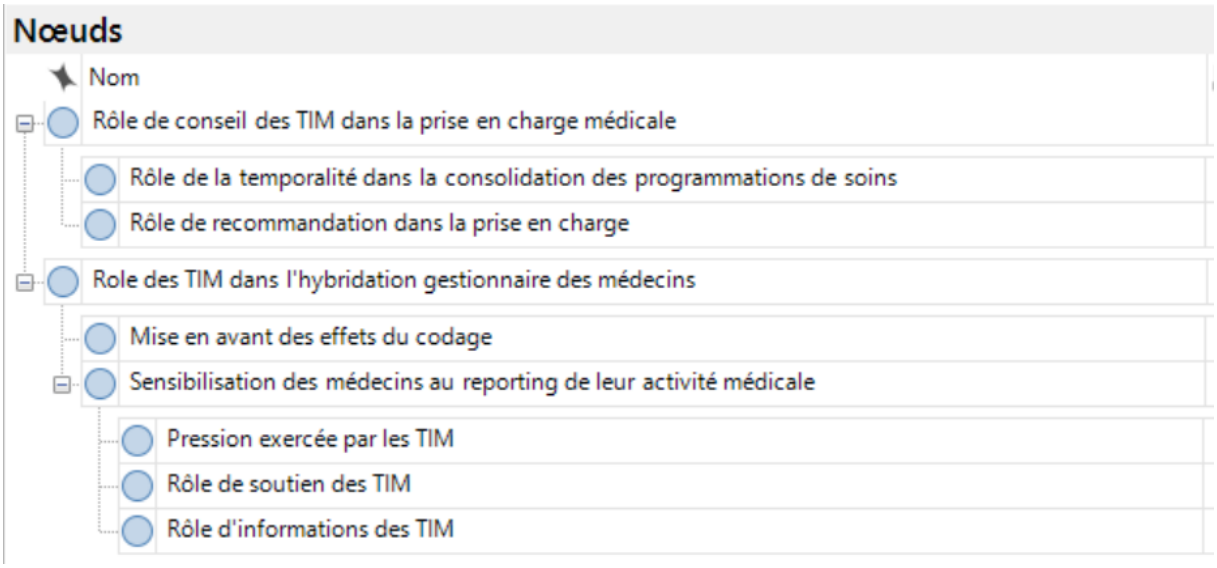
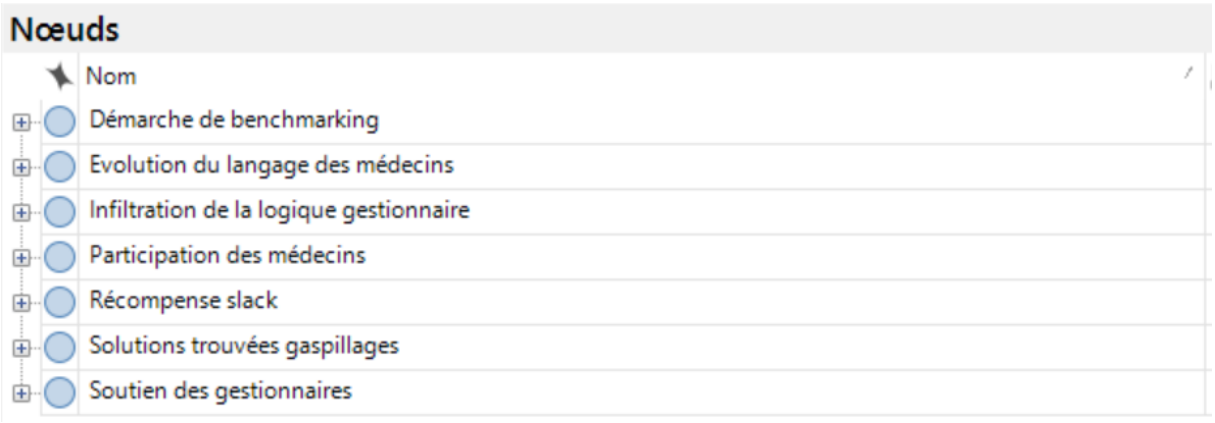
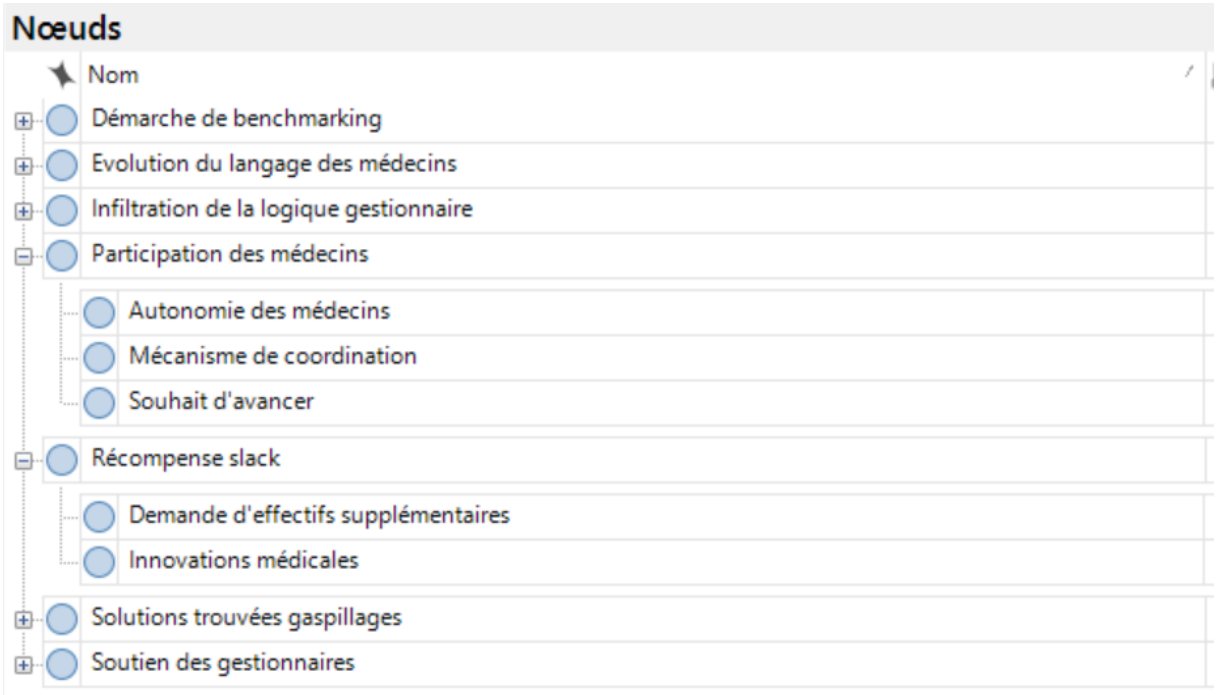


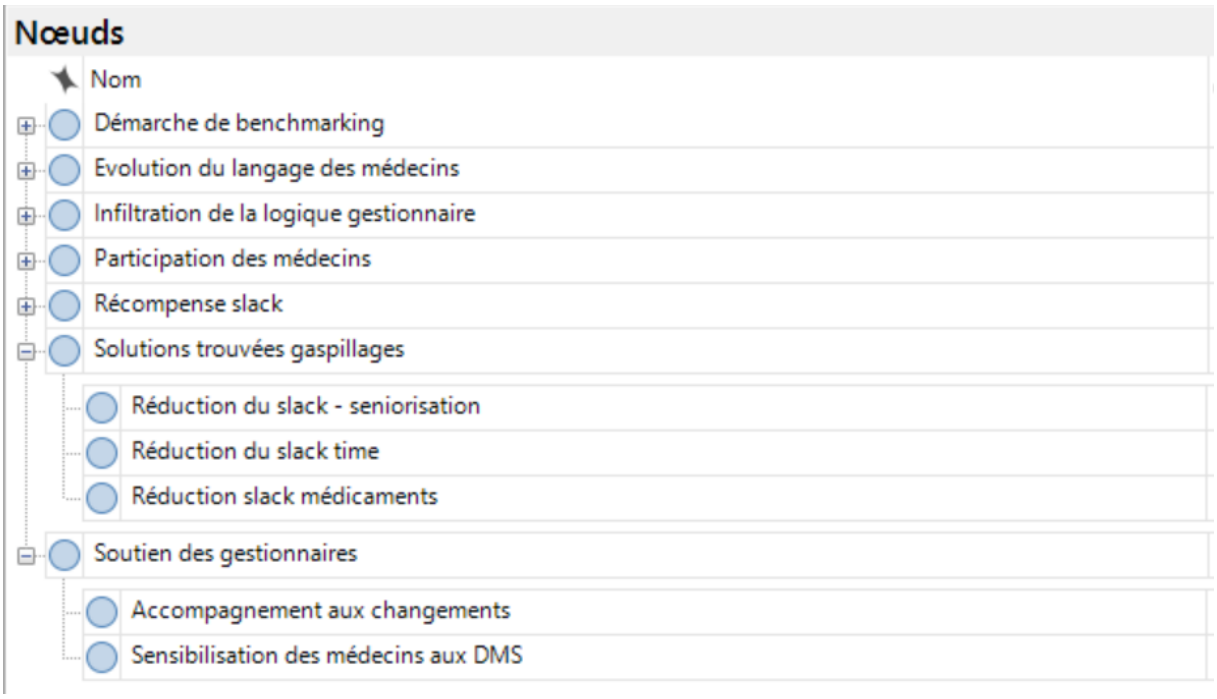
Figure 13 : Catégories utilisées pour le codage thématique des données (deuxième collecte de données)

- **Nœuds principaux**



- **Nœuds principaux developpés**





Le logiciel N'Vivo nous a ainsi permis de traiter qualitativement les données recueillies dans notre étude de cas. Cette méthode d'analyse nous permet une compréhension en profondeur des données (Gavard-Perret et al., 2012) tout en laissant une place à l'interprétation du chercheur (Paillé et Mucchielli, 2012).

Conclusion de la section 1

En synthèse, cette section a été l'occassion de présenter le mode de collecte de données pour notre étude de cas. **Notre immersion ethnographique dans ce CHU s'est faite sur cinq mois (entre janvier et mai 2017) et a représenté plus de 40 jours d'observation non participante**. Nous avons alterné entre phases de retranscription, phases d'écriture, et phases d'observation au sein du CHU. Cette immersion au sein de ce CHU nous a permis de collecter un volume important de données, composé de plus de 80 pages de notes de terrain, de résultats d'entretiens (**45 entretiens**), d'observations de réunions, de données issues de documents secondaires (internes au CHU et externes). Nous avons également veillé à diversifier notre échantillon (praticiens, infirmières, différents acteurs administratifs). En réalisant cette étude de cas, nous avons pu renforcer notre compréhension de cette organisation.

Par la suite, dans cette section, nous avons présenté la méthodologie utilisée pour l'analyse des données pour laquelle nous avons eu recours au logiciel N'vivo pour diverses raisons.

Nous procédons à présent à la présentation et à l'analyse des résultats.

SECTION 2 : Les résultats de l'étude

Nous avons présenté le contexte de l'étude et nous avons révélé que l'hôpital public subissait depuis l'introduction du NPM en France des réformes venant bousculer son fonctionnement et sa structure.

Notre étude va souligner que l'introduction de l'*accountability* au travers de la mesure de l'activité médicale a des effets sur les compétences gestionnaires des médecins mais aussi sur leur activité professionnelle. L'étude a révélé que les porteurs de logique médicale viennent s'approprier la logique « concurrente » managériale pour créer un climat. Nos résultats nous conduisent ainsi à émettre le concept de climat d'*accountability*. **Le « climat d'*accountability* » résulterait ainsi de la politique de l'organisation, en particulier d'une communication de valeurs et d'idéaux, émanant d'acteurs spécifiques, sur un comportement attendu de ce qui est approprié ou non. Perçu par les membres de l'organisation, le climat d'*accountability* agit comme une pression pour orienter les porteurs d'une logique spécifique à s'approprier une autre logique.**

Nous exposons dans une première partie comment et par qui les médecins sont sensibilisés au *reporting* de leur activité médicale, et par conséquent à la logique de l'*accountability*. Nous soulignons que la présence d'acteurs administratifs spécifiques, tels que les TIM, sont des agents d'une hybridation accompagnée des médecins au *reporting* de leur activité médicale. Grâce à leur interaction avec les médecins, les TIM représentent un moyen efficace pour renforcer la collecte d'informations médicales et ils hybrident les médecins à des **compétences gestionnaires**.

Nous montrons dans une deuxième partie que la mise en place du codage partagé facilite l'introduction de l'*accountability* dans la sphère médicale de ce CHU. De nouvelles compétences gestionnaires ainsi que de **nouveaux raisonnements concernant la prise en charge** des patients, à travers les TIM, se diffusent au sein de la sphère médicale.

Dans une troisième partie, nous mettons en avant que l'interaction avec les médecins, à travers le codage partagé, facilite l'appropriation de nouveaux savoirs des TIM. Nous concluons à une véritable expertise des TIM aux connaissances médicales.

Enfin, nous décrivons **les effets du climat d'*accountability* sur l'activité médicale des professionnels de santé, et sur la réduction du *slack* présent dans la sphère médicale.**

1. Hybridation des médecins aux compétences gestionnaires

La présentation des résultats s'effectuera comme suit : nous présentons en premier lieu le rôle d'accompagnement des TIM dans le codage de l'activité des médecins, puis nous soulignons dans une seconde partie leur rôle de conseil dans la prise en charge médicale à travers l'exemple de la durée de séjour. Enfin, nous exposons que les TIM, par leur interaction avec les praticiens, acquièrent de nouvelles connaissances qui contribuent à développer une expertise médicale.

1.1. Le rôle d'accompagnement des TIM dans le codage de l'activité, un premier pas vers l'hybridation gestionnaire des médecins

- **Les TIM dépassent les résistances des médecins par la mise en avant des effets du codage**

Durant nos observations, le TIM 2 nous précise qu'en majorité les chirurgiens ne sont pas accessibles car ils sont plongés dans leur activité médicale, et sont peu concernés par le côté administratif. Les chirurgiens délèguent ainsi la saisie des actes et le codage à leurs internes. Un médecin nous disait que le codage demandait du temps, et qu'il avait d'autres priorités comme soigner. D'autres médecins, résistant au codage, semblent mettre à l'épreuve les TIM en leur fixant des rendez-vous au bloc à 20h. Le TIM dépasse ces résistances en montrant qu'il s'adapte à leur horaire, même si cela se réalise sur son temps personnel. Les TIM acceptent de se conformer aux contraintes des horaires médicaux afin de se faire intégrer dans leur monde.

Le TIM 1 témoigne d'une recherche de lien avec le médecin réfractaire au codage *« Ce médecin ne code pas, donc je passe par l'infirmier qui le connaît bien pour avoir un rendez-vous avec lui »*. Lors de la rencontre avec ce médecin, le TIM 1 arrive à accrocher le médecin en lui expliquant que l'objectif de sa démarche est la recherche d'une meilleure valorisation de l'activité médicale, d'où l'importance de l'exhaustivité du PMSI. Il lui précise que le codage est crucial au financement de l'établissement et est indispensable pour son bon fonctionnement. Le médecin entendant cet argument s'engage à coder. Quelques temps après cette rencontre, le TIM 1 constate que l'activité est codée.

Le TIM 1 sensibilise les médecins à l'importance du codage quant à son impact sur la situation financière de l'hôpital, mais ajoute également que « la logique financière de la T2A » n'engendre pas d'impact sur la qualité des soins.

« Les praticiens qui refusent de s'intéresser au codage, c'est celui des années 60-70 qui faisait ce qu'il voulait et avait aucune contrainte et le seul moyen de les impliquer, de faire en sorte qu'ils participent à la bonne santé financière de l'établissement tout en préservant la qualité des soins, c'est de l'impliquer dans la T2A » TIM1

- **Une palette d'outils variés pour sensibiliser les médecins au codage de l'activité**

➢ Leur rôle de soutien

Durant notre observation, nous avons vu que les TIM accompagnaient les praticiens dans l'appropriation des règles de codage et de l'outil informatique. Lors du codage avec le praticien, le TIM demande des précisions sur les prises en charge des patients afin de valoriser au mieux le séjour. Par exemple, pour un patient, le TIM demande si le patient a eu recours à l'isolement ou a été dénutri. Le TIM essaye d'intéresser les médecins aux comorbidités valorisantes, qu'ils ajoutent par la suite dans leur compte rendu afin de les valoriser. Les Techniciens de l'Information Médicale encouragent les médecins à coder en se tenant à leur disposition. Certains TIM en arrivent même à bloquer des heures de consultations pour que le médecin puisse coder en sa présence. Par l'interaction TIM/Médecin, les médecins se sentent soutenus dans les tâches administratives qui leur incombent. Certains médecins se disent aidés dans leurs tâches administratives par les TIM et renforcent leur implication dans le codage. *« Moi je n'aurais pas cette rigueur la si je n'avais pas quelqu'un au bout du téléphone, je ne prenais pas le temps de le faire. Ça motive, on valorise davantage les séjours, ça fait gagner du temps aussi, je ne suis pas fliquée mais je vais faire les choses bien car il y a quelqu'un qui m'aide » (médecin en Hépato-Gastro-Entérologie).* Ce médecin, non formé au codage, est aidé par un TIM. Grâce à ses résultats lors du codage, ce médecin voit augmenter les ressources de l'unité par l'attribution d'un demi-poste, et considère que ceci est lié au fait que le TIM soit venu l'aider lors du codage. *« On nous a félicité car on avait des bons chiffres (...), et du coup c'est vrai qu'on a eu alors qu'on nous disait « plus jamais plus jamais vous n'aurez de postes médicaux » et on a eu une demi-poste » (médecin en Hépato-Gastro-Entérologie).* Par ailleurs, nous avons pu voir que les TIM devaient fournir une flexibilité nécessaire pour travailler face

à de nombreux imprévus. Les TIM, impliqués dans la vie du pôle, remplissent des tâches qui vont au-delà des attentes de leur travail, dans un objectif d'entraide et d'assistance aux professionnels de santé.

- Leur rôle d'informations

Lors de réunions auprès de médecins, le TIM présente la circulaire précisant la frontière entre prise en charge relevant de l'hospitalisation et celle relevant de l'activité externe, les médecins ont tendance à facturer en hospitalisation de jour, car ce mode est davantage valorisé financièrement par rapport à une facturation externe. Les TIM font alors un retour d'information aux médecins si le codage est incorrect.

- La pression exercée

Par leur présence et leur pression, nous voyons dans le département de Chirurgie Digestive et Transplantation, que le TIM contraint le chirurgien à réaliser son codage. *« Si on n'avait pas la pression des TIM, on ne le ferait pas ou on aurait beaucoup de retard »*. Ces pressions se traduisent dans le discours des TIM qui se déplacent dans les services cliniques pour solliciter les médecins, ou par l'envoi de courriers électroniques à chaque médecin.

Durant nos observations, nous avons pu remarquer que les TIM envoyaient sans cesse des mails de rappels aux médecins pour les inciter à coder dans les temps. Un TIM indique, dans l'objet de son mail, le terme « cotation activité » pour les impliquer davantage dans la valorisation de leur activité *« On finit par lui envoyer un mail en indiquant dans le libellé « cotation activité » pour qu'elle ne fasse que lire l'objet du mail et qu'elle se rappelle que c'est important, si on avait dit codage ça fait moins stresser, le mot activité c'est important pour eux »* TIM1.

Le praticien (pôle ORL) perçoit une pression à coder par les relances de TIM qui le sollicite de coder dans les temps. *« Je n'ai pas le choix, si je ne le fais pas, on va me dire s'il vous plait, faites-le, il nous envoie un mail en disant s'il vous plait vos PMSI de mai en retard à faire avant telle date s'il vous plait. On a une pression à coder par les TIM »*. Le TIM exerce une pression sur le médecin pour le sensibiliser à coder son activité dans les temps et lui indiquer que le codage est indispensable au financement de l'établissement et est de sa responsabilité. Pour cela, le TIM n'hésite pas à le relancer par téléphone ou par mails et insiste sur la responsabilité du médecin dans le codage : *« on nous fait comprendre que beaucoup de choses tient à ce codage, et qu'il passe pratiquement avant toute chose, il y a une pression à coder, on le sait par des coups de fils, des emails de rappels qu'on est en retard sur ces rendus de codage, du*

nombre de codage qui n'ont pas été faits. On se sent épiés, ce n'est pas direct comme pression, on a l'impression que le codage, c'est un critère d'évaluation du praticien. Les sous viennent de là donc tout tient à ça, donc il faut coder le mieux possible, et que nous sommes les seuls à même de le faire, j'ai toujours entendu le message « ce n'est pas aux TIM de coder, c'est au médecin, c'est de notre responsabilité » (médecin Pôle cliniques médicales).

Les pressions exercées des TIM sur les médecins concernant le codage de leur activité nous laissent penser que la logique managériale s'infiltre et contrôle ainsi l'activité du médecin : celle-ci est ainsi contrôlée par ces pairs mais aussi par des acteurs administratifs.

- Demande des TIM d'être mieux formés aux complexités médicales

Sous l'impulsion des TIM qui souhaitent acquérir des informations plus précises sur la complexité de la prise en charge de certaines pathologies, des réunions entre médecins et TIM sont organisées. Nous avons pu assister à une réunion de 3 heures où le médecin spécialiste en « transplantation hépatique » (hépato-gastro entérologie) expliquait aux TIM la prise en charge médicale des greffés. Ces éléments permettent aux TIM de créer un rapport privilégié avec les médecins qui transmettent dans ce cadre, leur connaissance.

1.2. Le rôle de conseil des TIM dans la prise en charge médicale : pour une évolution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS)

• Rôle de recommandation dans la prise en charge des patients

Durant nos observations, nous avons remarqué que par l'interaction régulière avec les médecins, le TIM créé des liens avec les praticiens où une relation de confiance nait. Celle-ci permet une meilleure communication avec les médecins. Les TIM peuvent émettre des commentaires sur le prix des examens, la durée de séjour des patients et sur les tarifs associés qui ne peuvent ne pas compenser les coûts liés à l'hospitalisation.

Nos résultats montrent que pour des séjours passés, lorsque les DMS sont élevées par rapport à la durée moyenne nationale pour un séjour, les TIM sensibilisent les médecins pour leur réduction lorsque d'autres cas similaires se présentent dans le futur. La DMS étant vue comme un indicateur de l'efficience. Les TIM leur expliquent que chaque séjour est caractérisé par une durée maximale. Si le séjour s'étend au-delà de cette durée, le séjour peut entraîner une perte potentielle financière (les recettes perçues du séjour peuvent ne pas compenser les coûts liés à l'hospitalisation). Le TIM indique les coûts des journées et que l'institution perd de l'argent si

la durée du séjour excède la moyenne. Les TIM précisent que les services cliniques ont davantage intérêt à diminuer la durée des séjours, car ces derniers ont un tarif identique que le patient reste 4 ou 10 jours.

Pour cela, dans le pôle enfants, le TIM 2 préconise aux médecins de revoir leurs modes de prises en charge, en mettant en avant la performance du pôle sur le plan financier (pour obtenir des coûts inférieurs). L'augmentation des durées de prises en charge augmentent les durées de séjours de l'établissement lesquelles automatiquement, vont créer une baisse d'activité. En effet, les patients vont occuper un lit pour une durée supérieure à la moyenne alors que l'établissement percevra le même tarif pour 4 jours ou 6 jours d'hospitalisation. Les TIM mettent en avant que théoriquement pour telles interventions, la durée moyenne nationale est de X, et demandent au médecin le motif du surplus. Lorsque l'intérêt médical n'est pas justifié, les TIM incitent les médecins à faire sortir les patients. Durant notre observation, nous avons remarqué que le TIM essayait de convaincre le personnel de soin de la sortie de patients en difficultés sociales en Hospitalisation à Domicile afin de réduire la durée de séjour tout en gardant une surveillance sur ces personnes.

Le TIM 2 véhicule également des messages, en médecine vasculaire, sur une amélioration de la prise en charge pour un gain sur la valorisation. Il indique au chef de clinique qu'il serait opportun que les patients rentrent pour les soins puis ressortent par la suite pour revenir en consultation, au lieu de rester dans l'établissement. Le TIM, grâce à la durée moyenne de séjour indiquée dans leur logiciel, détecte de possibles problèmes d'organisation et préconise une « amélioration de la programmation » afin que le patient réduise son temps dans l'établissement. Les TIM proposent que les patients restent sur une faible durée avec une meilleure programmation des soins, ou bien qu'ils rentrent puis reviennent par la suite pour d'autres soins. Le TIM explique aux médecins l'impact au niveau de la performance d'une durée de séjour trop longue, et ceci semble faire diminuer la durée. En répétant de manière régulière que la durée de séjour est importante pour l'atteinte d'une optimisation financière, on note, tout en essayant de concilier avec l'intérêt du patient, une meilleure adhésion des praticiens à leurs recommandations et une plus forte sensibilisation à sa réduction. Le TIM nous indique que l'amélioration de la réduction de la durée de séjour est notable après trois mois. *« Quand je code avec eux, ils voient le tarif quand on code ensemble, je leur dis « c'est dommage 12 jours pour 2000 euros alors qu'il y aurait pu sortir au bout de 4 jours avec le même tarif. A force de répéter les chefs cliniques, après trois mois, ils prennent le réflexe de réduire la durée de séjour ».* TIM5

- **Rôle de la temporalité dans la consolidation des programmations des soins**

Les TIM développent la logique financière dans les prises en charge des patients et transmettent des informations sur l'évolution de celle-ci. Nous remarquons que le changement concernant une nouvelle prise en charge ne s'inscrit pas toujours dans le temps. Après des recommandations du TIM sur la durée de séjour, un médecin a dû faire l'effort de convaincre les parents de laisser sortir leur enfant hospitalisé. Le médecin a insisté sur le fait qu'il valait mieux, pour le confort de l'enfant, sortir de l'établissement, et que les prises en charge pour ces pathologies ne nécessitaient pas 4 jours. Pendant, les trois premiers mois suivant les recommandations des TIM, le médecin a changé son fonctionnement et une baisse de la durée de séjour a été notable. Sur une période, les patients sortaient plus tôt et revenaient pour enlever la sonde, ce qui réduisait la durée de séjour du patient. Dans le département « pédiatrie », le TIM a noté une évolution de la DMS quelques temps, mais remarque que le médecin revient à son fonctionnement initial.

« Moi je suis arrivée il y a longtemps et quand on faisait le PMSI, les médecins à 99% disaient : « je suis là pour soigner des malades ». Quand on commençait à parler de durée de séjour, ils disaient « de toute façon on ne peut pas les garder moins parce que sinon ça les met en danger. J'ai un médecin qui a fini par réduire sa durée de séjour, les patients sortaient au bout de 2 jours puis revenaient pour le retrait de leur sonde. Je lui ai fait un retour sur le fait que la durée de séjour avait diminué et que l'établissement était gagnant... mais aujourd'hui je suis en train de me rendre compte qu'il recommence à les rallonger, c'est une lutte sans fin… Il ne faut pas les lâcher » TIM1

Nous avons constaté que la pression exercée par les TIM sur l'activité professionnelle des médecins peut être contraire à la logique médicale détenue par certains médecins. L'implication des professionnels est orientée vers le patient mais semble toutefois se diriger temporairement vers les recommandations des TIM.

Durant notre observation, nous avons remarqué que les TIM travaillent en coopération avec les équipes médicales et développent des relations avec les services. Afin de ne cesser de dynamiser les médecins à leurs recommandations, le médecin responsable des TIM a décidé d'instaurer une rotation des TIM dans les pôles. Le remplacement d'un TIM par un autre stimule les médecins et leur apporte de nouveaux conseils en matière de règles liées au recueil des données médico-administratives, mais aussi dans le fonctionnement des prises en charge.

La présence des TIM dans les services cliniques semble ainsi réduire le clivage entre la logique médicale et la logique économique et managériale.

1.3. Développement d'une expertise des Techniciens d'Information Médicale par l'acquisition de connaissances médicales

Pour le codage, connaître les termes médicaux constitue une aide, cependant ce n'est pas un pré requis indispensable.

« Lorsque je ne comprends pas un terme médical, j'utilise l'étymologie des mots, c'est ce qui m'a permis d'enrichir mon vocabulaire et ma compréhension du langage médical. C'est d'ailleurs un module de la formation de TIM » TIM8

« Quand je ne connais pas une pathologie, je fais mes propres recherches sur des sites médicaux » TIM5

L'apprentissage se fait en grande partie au sein du service d'information médicale spécifique à chaque établissement. La connaissance du PMSI et de la compréhension du langage médical s'acquiert en poste. Durant nos observations, nous avons vu que les Techniciens d'Information Médicale contrôlent la cohérence des informations relatives à l'activité médicale et le codage des actes. Sur la base du compte-rendu médical et de diverses informations médicales collectées, ils reconstituent les pathologies des patients.

« J'apprends au fur et à mesure, des fois je découvre mais j'arrive à reconstruire par la structure de mots, j'ai mon dictionnaire médical, je vais sur aideaucodage.com, orphanet » TIM7

Lorsque les TIM ne sont pas familiers avec les pathologies, ils font appel au soutien des médecins du DIM pour obtenir plus d'informations sur la pertinence de l'activité codée.

« Quand je ne comprends pas un compte-rendu opératoire, je demande aux médecins du DIM» TIM5

L'interaction avec les professionnels de santé est très importante aux yeux des TIM. Les médecins passent une partie de leur connaissance et ceci permet d'avoir plus d'informations pour coder au plus proche de la réalité.

« Les médecins aiment enseigner, parler de leur art, et pour nous c'est super intéressant, enrichissant et eux ils s'éclatent…. et c'est ça qui crée le lien au fur et à mesure » TIM1

« Je voyais marqué dans les dossiers des nouveaux nés « DAL » mais je ne savais pas ce que ça voulait dire, j'ai appelé la sage-femme, elle m'a expliqué que c'est une prise en charge compliquée, et que cela prend un temps infini et ça il faut que je le valorise. J'ai trouvé un code qui va bien et ça je l'ai grâce à la sagefemme, ça m'apprend des choses » TIM2

Le service DIM (médecin responsable du DIM et TIM) a une mission d'information/formation qui augmente fortement, les TIM devenant des personnes qui en premier lieu contrôlent mais qui, par la suite, deviennent des experts dans la connaissance de leur domaine.

« Tous les praticiens ne codent pas et l'attention qu'ils accordent à cette tâche est variable. Ce matin j'ai codé avec un jeune médecin, les patients sont restés longtemps, il a dit qu'il n'y avait aucune complication. J'ai insisté mais il n'y a rien eu à faire. Ces dossiers-là, je vais devoir les revoir. Il m'a assuré que le fait que les patients restent longtemps était normal sauf que je sais que non » TIM1

« Certaines fois les médecins n'ont pas trop de temps disponible pour le codage PMSI, ils vont très vite dans le codage assisté, et peuvent oublier de nous préciser des éléments essentiels pour la valorisation du séjour. Je retourne alors revoir et contrôler les dossiers » TIM5

Nous avons constaté que les médecins attachent une attention mineure à l'exhaustivité de leur codage. Leur activité est ainsi parfois perçue par les TIM comme étant sous-évaluée. Ceci peut s'expliquer par le fait que le praticien ne maîtrise pas toujours le PMSI, ou ne dégage pas suffisamment de temps pour coder. Par leur expertise, les TIM décèlent le manque de valorisation des séjours, et par la suite renforcent l'exhaustivité du codage et ainsi le budget alloué au pôle.

Durant notre observation, nous avons pu voir que les TIM adoptaient des réflexes de codage au fil du temps. Par la présence d'actes médicaux et de mots clés dans le dossier médical, un TIM (N6) peut anticiper les diagnostics du séjour d'un patient avant le docteur «*ça sent la pré-greffe*».

Les TIM expérimentent l'opportunité de découvrir des spécialités médicales et de développer leurs connaissances en encourageant le codage dans de nouveaux pôles.

« Avoir un nouveau pôle, c'est un challenge, je vais devoir me faire adopter, je veux qu'ils me forment dans leur spécialité » TIM2

Cette nouvelle interaction permet de changer les habitudes entre TIM et médecin, et amène à dynamiser certains médecins qui tendaient à se reposer sur les TIM.

« J'ai changé de pôle, mais c'est bien il faut du sang neuf, les médecins râlent tous, mais c'est bien pour eux parce qu'ils s'encroutent dans des habitudes qui ne sont pas forcément bien » TIM7

En synthèse, nous montrons comment se diffuse l'*accountability* dans la sphère médicale.

Nous avons cherché à mettre en évidence le rôle des TIM dans l'hybridation des médecins aux compétences gestionnaires.

Le montant du budget alloué aux établissements en fonction de leur activité est d'une importance cruciale puisqu'il représente la majeure partie des financements que les hôpitaux perçoivent. Le codage de l'activité médicale, qui est de la responsabilité des praticiens, est ainsi stratégique d'un point de vue économique. Pour cela, un codage partagé voit le jour et conduit des Techniciens en charge de l'information médicale à sortir du cadre strict de celle-ci pour sensibiliser les médecins au *reporting* de leur activité médicale. En effet, la stratégie du DIM, de mettre en place un codage partagé entre TIM et médecins, contribue à améliorer l'exhaustivité du codage. Par leur interaction fréquente avec les médecins, les TIM, acteurs administratifs spécifiques, leur permettent d'intégrer l'importance du *reporting* de leur activité, et ainsi de « rendre des comptes ».

Cette interaction entre administratifs et médecins favorise également une prise de conscience des médecins sur l'optimisation d'une prise en charge afin de réduire la durée de séjour. D'un point de vue opérationnel, les médecins sont guidés par de nombreuses recommandations, comme l'optimisation des prises en charge des patients, et s'alignent en partie sur les recommandations des TIM pour optimiser le financement perçu de leur activité médicale. Cette dernière est ainsi encadrée par les indicateurs.

L'hybridation des médecins aux compétences gestionnaires est réalisée afin de les sensibiliser au respect des « normes » de durée de séjour dans le but de réduire les coûts d'hospitalisation. Les objectifs gestionnaires priorisent l'optimisation du financement perçu et la limitation des coûts, afin d'afficher des ratios en conformité avec les ratios d'autres établissements. Le DIM ainsi que les TIM endossent un rôle de « surveillant » voire de « contrôleur interne » informel. En effet, les TIM représentent des vecteurs permettant de contrôler l'activité médicale, ainsi que le codage réalisé par les médecins (pouvant adopter des comportements de manipulation de données).

Nous avons constaté qu'en soumettant des recommandations concernant des solutions pour réduire la durée de prise en charge de leurs patients, les médecins s'y conforment dans un premier temps. Cependant la consolidation de nouvelles prises en charge des patients ne perdure pas dans le temps.

Nous avons montré également que par leur interaction fréquente avec les médecins, les TIM tendent à renforcer leurs connaissances médicales.

2. Les effets du « climat d'accountability » sur l'évolution de l'activité professionnelle : une recherche de réduction du slack organisationnel

Dans un premier temps, nous présentons comment le soutien des gestionnaires, l'*empowerment* (renforcement de l'autonomie pour se réorganiser) des médecins, et un benchmarking entre établissements contribuent à faire émerger un climat du chiffre motivant de nouvelles formes d'organisation.

Dans un second temps, nous détaillons les changements mis en place dans les services cliniques. Nous montrons que l'introduction de données chiffrées contribue à réduire les marges de manœuvre des praticiens et à institutionnaliser de nouveaux modes de fonctionnement. Nous soulignons que les effets du climat d'*accountability* sont multiples. Ce climat a des conséquences sur l'activité professionnelle des professionnels de santé et tend à prioriser la recherche du *slack* organisationnel présent dans la sphère médicale.

2.1. Caractéristiques du climat présent dans l'organisation

Nous avons souligné que l'hôpital rentrait dans une logique de réduction de coûts.

- **Soutien et disponibilité des gestionnaires**

De nombreux services médicaux ont recours à l'intervention de la DOP (Direction des Opérations et de la Performance) pour conduire de nouveaux projets. L'accompagnement et le soutien de la DOP à la conduite de nouveaux projets, permet de sensibiliser le personnel de santé à l'évolution de leurs fonctionnements et à des nouvelles formes de prises en charge. La DOP, par ses discours, sa présence, et ses recommandations, est un acteur-clé dans le lien entre la haute direction et la sphère médicale. Cette cellule rattachée à la direction illustre au quotidien l'importance accordée au changement, et communique les objectifs de la direction et du ministère. La DOP inscrit les services dans une dynamique d'amélioration continue et tente de réorganiser certains points dans le but de réduire les désordres observés.

« La démarche qu'on a à la DOP, c'est qu'on accompagne le changement et l'amélioration organisationnelle dans une démarche d'amélioration continue » (DOP)

Les verbatims suivants illustrent une réponse reçue d'un professionnel de santé et d'un CSS lorsqu'on leur demandait s'il existait un accompagnement lorsqu'une réorganisation était prévue.

« Par exemple pour la réorganisation du bloc, On a des gens qui nous aident à réorganiser, c'est Madame x (Chef de projet - Direction des Opérations et de la Performance) C'est quelqu'un qui est vraiment très compréhensif, qui essaie de vraiment tout améliorer, qui est assez à l'écoute des médecins, qui comprend bien nos problématiques même si elle nous fait passer des problématiques qu'elle peut avoir de l'autre côté, administratives, en disant ben voilà, on a aussi des consignes de faire des économies... non, non, là, on est véritablement encadré. Elle vient sur place. Là, si vous voulez, on fait des réunions où on lui expose quels sont nos problèmes quoi et puis, après, elle repart. Elle fait un petit peu l'intermédiaire avec la direction générale en disant voilà, quels sont leurs problèmes, objectifs, comment on peut réorganiser, comment on peut essayer de raccourcir des temps entre deux patients... de manière à ce que les salles soient le plus rentable possible (Médecin)

« Alors attendez, heureusement, on a la Direction de l'opération et de la performance qui vient en appui dans la conduite de ce projet-là. On a déjà des ingénieurs d'organisations qui sont

sur plusieurs pistes qui viennent nous accompagner pour la construction de ces pistes quoi. Et donc nous en local, on est là pour amener un éclairage supplémentaire, c'est-à-dire qu'en central, en macro, au niveau de la DOP ou de la Direction générale, on a une vision qui est plutôt macro et qui est fixée sur certains indicateurs ; Moi mon job, c'est d'aider et d'accompagner aussi les équipes médicales avec le chef de pôle à s'engager dans une nouvelle philosophie de prise en charge et amener aussi les soignants dans ce sens-là » (cadre de santé).

- **Participation/ intégration des médecins**

Dans notre étude, nous relevons que les médecins sont fortement sollicités lors de la mise en place de projets. L'intégration des médecins dans les projets, l'accompagnement de la DOP et les échanges entre les deux sphères seraient une condition clé pour la réussite du projet. En effet au travers d'une implication avancée, ce médecin semble s'engager dans l'évolution de son organisation.

« il y a pas mal d'échanges humains c'est-à-dire qu'on voit beaucoup les contrôleurs de gestion, les membres des cellules de performance sur le terrain, on travaille avec eux quoi. On est très dans l'accompagnement et dans l'échange quoi. Donc on n'a pas l'impression qu'on est face à une machine. C'est très humanisé avec la Direction qu'on a actuellement (..) elle nous fait participer à toutes les phases de diagnostic et les décisions. Donc, ça se passe assez bien quoi » (médecin)

« Quand les choses sont accompagnées. L'audit initial (réalisé par la DOP), l'état des lieux initial a été fait. Derrière on a pu travailler dessus. On a pris le temps. On a abordé tous les aspects. On a pu faire les adaptations nécessaires. On a pu travailler en dialogue en permanence. Les médecins ont été impliqués et ont participé… voilà. Et à chaque fois on se donnait le temps de tester, d'adapter, de machin…Les projets de fermeture de lits et tout ça, on a fait des réunions avec les équipes soignantes et médicales, enfin voilà, on a pu tout accompagner. Enfin, il y aura toujours des tensions hein, mais ça passe mieux et puis on y arrive quoi. il faut arriver à créer à tous les niveaux, un esprit de confiance pour qu'on puisse avancer et puis… voilà, il faut que chacun y trouve son intérêt et il faut aussi que la reconnaissance soit exprimée, voilà, quand ça fonctionne, quand les efforts sont faits » (DOP)

Nos résultats montrent que dans un premier temps, la DOP met en avant les désordres, impulse l'idée d'une réorganisation puis adopte une posture de retrait pour laisser aux services une autonomie sur les plans d'actions, leur permettre de prendre des initiatives. Ce n'est que dans

un deuxième temps que la DOP les soutient et les accompagne dans la mise en place du changement.

« Le pôle, dans son autonomie, au départ a réorganisé, Donc il y a eu cette première vague où ils se sont débrouillés tout seul » (DOP)

« En fait, on a aussi toutes les données chiffrées que l'on dispose pour leur montrer aussi... quels sont les taux de débordement, à quoi ils sont liés... en fait en conseil de bloc, ils réfléchissent aux plans d'action qui sont recommandés pour faire en sorte de les limiter. Donc il y a vraiment tout un accompagnement sur la prise de conscience, sur déjà la mise à disposition des données chiffrées, pour objectiver le ressenti, et ensuite pour les accompagner dans la mise en œuvre des plans d'actions » (DOP2)

La recherche de réduction de la DMS entraîne des changements intra-organisationnels initié par le médecin, comme la création de structure de chirurgie ambulatoire.

« Disons que… en fait on nous demande beaucoup de réfléchir et de participer à une réorganisation, donc c'est-à-dire qu'à chaque fois on rebat les cartes. On crée une structure de chirurgie ambulatoire, bon on l'utilise, on regarde comment on l'utilise et on refait les bilans, et puis on voit qu'on peut l'utiliser un petit peu mieux. » (médecin)

Nous soulignons que les médecins sont impliqués dans l'élaboration et l'évolution des modes de prises en charge la conception de nouveaux modes de fonctionnement. Les médecins perçoivent les changements comme légitimes, et non comme une intrusion dans leur pratique et les implique dans leur mise en place.

« moi, là où je vois les choses assez positivement, c'est que les réorganisations que j'ai dû faire ou que j'ai vu… ou que je vois arriver, ce sont des choses qui s'imposent, vous voyez, qui sont logique et qui sont en accord avec l'évolution des pratiques, donc voilà. là où ca serait dramatique, (…) c'est si cela se fait contre ma volonté ou mon opinion, voilà. Voilà. C'est dans le bien du patient, tout le monde y trouve son compte. Dans la mesure où, nous, on fait beaucoup participer les équipes dans la réorganisation, ben les choses, les projets sont cohérents et ils sont bien acceptés donc je pense que c'est du management positif quoi. » (Médecin)

- **Démarche de benchmarking : un mimétisme inter-établissements**

Les membres de la DOP semblent se baser sur des ratios établis dans d'autres établissements. En mettant en avant les ratios réalisés dans d'autres établissements comparables, les infirmières tentent de s'adapter. Cependant, cette modification engendre une augmentation de la charge de travail des infirmières de 30%.

« Ben, aujourd'hui, on vient de refaire la restructuration orthopédie, où quand on regardait l'organisation de soignants avant notre intervention, il y avait une infirmière pour huit ou neuf patients (…), En fait, on fait du Benchmarking. On regarde qu'ailleurs elles sont un pour 12 et puis on leur dit « regardez ce qui se fait. » Dans le privé ou dans les petits établissements publics, des petits CH ; dans les CHU, c'est vrai qu'on est plutôt sur des ratios 1 pour 12, donc on les met sur des ratios comme ça quoi. » (DOP)

Malgré l'augmentation de la charge de travail, cette infirmière semble conserver la qualité des soins ainsi que le temps de dialogue. Cependant, sur le long terme, cette infirmière nous fait part d'un possible changement de ces interactions avec le patient afin de privilégier sa santé.

« du coup, on passait de 9 à 12 quoi, on a 12 patients en 12 heures... en fait, on passe une heure en gros par patient sans nous poser, chose qui n'est pas possible et au bout d'une heure, on leur dit : « bah, en fait, c'est bon ! on peut plus vous voir... notre quota il est fini(…) quand on entend dire ceux qui sont au-dessus... ils disent oui, une prise de sang c'est rien... je dis oui, c'est rien peut-être pour vous mais il y a des patients qui sont phobiques, qui sont stressés donc... c'est notre jeu aussi de les rassurer... je prends le temps parce que moi, je ne me vois pas du tout dire je vous fais une prise de sang et je m'en vais sans expliquer... enfin pour moi c'est inconcevable... Il y en a qui réduisent le temps de dialogue... après voilà je pense qu'un jour je devrais le réduire aussi parce que si je veux penser à ma santé... » (infirmière)

D'après cette infirmière, au vu de l'augmentation de la charge en soins imposée par la réduction d'effectif de la direction, les médecins semblent réduire les temps d'hospitalisation des patients pour soutenir les infirmières dans leur surcharge de travail.

« Les médecins, on a certains internes du coup qui essaient de nous aider mais comme ils nous ont dit qu'ils n'avaient pas la parole (pour contrer la mise en place de ces ratios). Mais du coup, eux, ils auront moins de soignants... bah, on va essayer de faire sortir au plus vite les personnes et ils sont en train de le faire actuellement mais ils se rendent compte que toutes les

personnes qu'on sort au plus vite, ils reviennent au plus vite parce qu'il y a des complications ». (Infirmière)

Nous avons constaté que le climat ne serait pas uniquement ressenti au niveau des praticiens. On pourrait le retrouver au niveau du personnel paramédical. Certaines infirmières interrogées ont indiqué que depuis quelques temps, il existe des changements dans les décisions médicales. En effet, certaines déclarent qu'ils tiennent compte des réductions d'effectifs dans leur choix concernant les sorties des patients.

Les services ont des objectifs de DMS et doivent désormais se tourner vers des alternatives d'hospitalisation pour répondre aux politiques de l'Etat et aux politiques institutionnelles. Au niveau micro, ces informations passent par la DOP mais également par le DIM. Le cadre administratif a alors pour rôle d'aider à réorganiser le service pour se conformer aux durées souhaitées.

« C'est aussi le DIM qui nous donne : « Sur tel ou tel segment d'activités, le septième CHU, par exemple, il est à telle DMS ». Un CHU, ils ont tous plus ou moins la même typologie de patients puisque, par exemple pour un : il a trois jours, vous êtes à 3,8, là, il faut ramener la moyenne plus proche de 3 que 3,8. Alors du coup ils disent : pour faire ça, vous avez des leviers. C'est quoi ? C'est… donc le J0. Donc là, essayer de déjà gagner une nuit en faisant rentrer le patient le jour même de son intervention, de ses examens » (cadre administrative)

La DOP sensibilise les médecins aux durées qui sont réalisées dans des CHU de même ampleur. La démarche de benchmarking peut être considérée comme une source d'influence pour la mise en œuvre de changements par les médecins. D'ailleurs, un médecin intègre le changement dans le but de s'aligner aux autres établissements.

« On a… souvent, il y a des messages des cellules rattachées à la Direction sur la performance, ils font beaucoup… il y a beaucoup de techniques de benchmarking quoi. Donc, au CHU comparable, on voit comment on se situe là. Il y a par exemple un bloc opératoire comme le mien à xx on va le comparer à celui de xx, donc voilà. Donc on a mis beaucoup de techniques de benchmarking, en fait, et ça se comprend hein parce que c'est… le but de la Direction hospitalière c'est d'être… voilà, d'être dans le temps quoi, d'être aligné sur les CHU et les centres de soins qui sont comparables quoi. Ben, oui parce que ça… Est-ce que ça nous conduit à nous réorganiser ? Ça c'est sûr. Ben ce sont des messages permanents hein, qu'on a, donc bon, au bout d'un moment ça finit par rentrer quoi » (médecin)

« Les comparaisons se font par segment d'activité. On va vous dire CHU de Poitiers. Voilà, ils ont une ambu de tant à la cheville, et vous, vous êtes à la traine quoi » (médecin)

Il semblerait que la recherche de réduction de DMS engendre la création de nouvelles manières de fonctionner. Les acteurs doivent mettre en place des modifications des protocoles de soins comme la mise en place de la RAAC, la Réhabilitation Accélérée Après Chirurgie.

« Quand on fait des benchmarks et on regarde comment se comportent les meilleurs CHU en termes de durée de séjour, on regarde comment on se situe sur le même segment d'activité. Eux, ils ont des durées de séjour à quatre jours, par exemple, donc il faut qu'on arrive à réduire. Là par exemple, on met en place la RAAC, la réhabilitation accélérée après chirurgie, c'est aussi une démarche qui vise à diminuer la DMS, puisqu'on met en place des pratiques avant la chirurgie. Et puis dès que le patient est opéré, à la sortie… enfin même en salle de réveil, il y a une visite du kiné, on va essayer de le mettre debout dans la journée, tout ça c'est des pratiques qui visent à diminuer la durée de séjour (cadre administratif)

- **Récompenses liées à l'atteinte des objectifs gestionnaires**

Les messages de la DOP et du contrôle de gestion sensibilisent les médecins à leur résultat. En dégageant un excédent, la sphère médicale peut prétendre à des innovations médicales, des postes supplémentaires.

« Tout ce qu'on leur dit, c'est : « Si on arrive à… comment dire, à investir, vous allez accéder à ces innovations médicales ». « Donc si vous voulez accéder à ces innovations médicales, il faut être rentable » (DOP)

Certains médecins ont exprimé l'existence d'un discours de sanctions-récompenses pour le service, provenant de la direction, afin de les motiver à améliorer leur activité.

« On dit : « Ah, vous avez demandé une infirmière de plus mais il n'y a pas de sous ». Et vous savez pourquoi il n'y a pas de sous, ben parce que ça ne tourne pas votre service. Mais vous pensez avoir bien soigné mais vous avez trop bien soigné, donc ce n'est pas bon » (médecin)

« C'est le contrôleur de gestion. Ils ont dit qu'il fallait un tel nombre de séances en hôpital de jour pour qu'on arrive à un équilibre budgétaire pour que l'hôpital de jour ne soit pas déficitaire, parce que si l'hôpital de jour était déficitaire, ça veut dire que… ça pouvait être… ça pourrait être fermé quoi. Donc, ils nous ont donné un chiffre et ils nous ont dit : « Si vous

arrivez à ce chiffre-là ben vous êtes à l'équilibre, en dessous, vous êtes déficitaire, en dessus vous êtes, vous apportez de l'argent à l'hôpital » (médecin)

2.2. Rôle du climat d'*accountability* sur les professionnels de santé et leur activité professionnelle

- **Evolution du langage des médecins**

Des termes tels que « rentabilité », « déficitaire » « gaspillage » « médecine comptable » ont émergé des discours des médecins. L'adoption de ce vocabulaire témoigne d'une évolution du discours médical vers celui du secteur privé. Les médecins sont sensibilisés au contexte financier, l'intègrent même si leurs valeurs professionnelles sont écartées.

« je pense que tout le monde est bien conscient que de toute façon, on n'a plus les moyens qu'on avait avant donc il faut être rentable, il faut essayer d'arranger les choses au mieux donc je pense que tout le monde est quand même dans la même philosophie, dans la même optique d'avancer » (médecin)

« Rentable, c'est le maître mot. Il ne faut pas qu'on adapte notre…… notre conduite thérapeutique sur la rentabilité. C'est un peu ce qu'on fait. Mais oui, ce n'est pas bien » (médecin)

« On est dans une médecine comptable, c'est-à-dire qu'on ne parle pas de la santé des gens. (…) on parle de « Il faut que ça ne soit pas déficitaire, arrêtez de gaspiller ». Vous faites des études de médecine pour arrêter de gaspiller. Je ne critique pas les collègues directement, en fait, j'explique le système dans lequel on est tous et on est malheureux. Et alors, le meilleur moyen de s'en sortir, c'est de jouer le jeu » (médecin)

Malgré l'adoption d'un langage comptable, les tensions entre logique médicale et logique financière persistent. Il semblerait que les médecins adhèrent à certaines pratiques afin de jouer un rôle pour l'institution. Cependant, nos répondants indiquent que la chasse aux économies et la rentabilité représentent des valeurs antinomiques par rapport aux leurs. Ils jouent le jeu dans une certaine mesure qu'ils considèrent acceptable.

« Il y a une logique de dire « il faudra une rentabilité maximum ». Et nous, on y adhère parce qu'on comprend bien que c'est indispensable mais il y a aussi le côté médical, on dit... Attendez,

là on a quand même des patients... voilà, il y a des choses que franchement, il y a des limites et des trucs qu'on ne peut pas faire quoi, même pour être rentable » (médecin)

« C'est par rapport à l'institution, c'est-à-dire que le message qu'on essaie de nous faire passer, encore une fois, je le comprends, c'est : « Ecoutez, essayer de bien gérer les sous parce qu'ils ne sont pas à l'infini, OK ». Donc, franchement, moi si je le fais, c'est en me disant : bon, c'est notre rôle aussi de ne pas gaspiller les ressources, de faire au mieux, etc., donc, j'essaie de jouer le jeu, voilà. Je ne suis pas sûr que tout le monde soit dans cet état d'esprit… mais, en tout cas, moi… c'est : essayer de faire au mieux pour… Mais, c'est contradictoire, donc, ça me pose des problèmes. La dernière fois où j'ai craqué, on a eu une patiente, elle est restée 127 jours. On n'est pas là pour faire du chiffre donc, on la garde et puis voilà… » (médecin)

- **Solutions trouvées pour réduire les gaspillages (de temps, ressources matérielles et humaines)**

L'objectif de se conformer aux attentes de la DMS et la gestion des flux de patients deviennent des enjeux prédominants. Pour répondre à ces impératifs, certains services ont dû recourir à la mise en place de « conventions » intra-unités. Ces systèmes de conventions ont le potentiel de fluidifier l'accès des patients aux plateaux techniques/prestations et aux services en lien avec leur pathologie. Ces ententes sont mises en place dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge (accès privilégié à des expertises se trouvant dans un autre service) et par la même occasion de réduire la DMS.

« Moi j'ai dû faire des accords avec les urgences, j'ai dû faire des accords avec les médecins internes, avec la cardiologie, avec l'imagerie, la radiologie et avec la gériatrie. (…) j'ai besoin de convention avec ces personnes-là pour faire fonctionner l'unité parce que moi, j'ai des malades que je prends, que j'évalue et que je redispatche. Donc pour redispatcher, il faut des accords, quel type de malade, dans quelle condition, comment, avec quelle rapidité, etc., et j'ai besoin d'un plateau technique qui fasse le plus… pas rapidement mais qui fasse de la manière la plus appropriée possible de l'examen complémentaire pour qu'on puisse avancer, voilà, parce que j'ai des objectifs de durée de séjour qui sont bien ciblés, qui étaient à 3 jours et qui maintenant sont à 3 jours et demi, 4 jours » (médecin)

En contrepartie, le service souhaitant accéder aux plateaux techniques d'autres services s'engage à senioriser les demandes. Ceci est réalisé pour éviter d'utiliser des ressources médicales coûteuses en personnel et en équipement.

« Et la contrepartie avec les plateaux techniques, c'est qu'on s'est engagé à quelque chose de très bête, c'est-à-dire de senioriser chaque demande ; chaque demande est activée par un sénior (…) Il n'y a pas un interne qui va se permettre de demander un examen, chaque examen doit être validé par un senior (…) ça évite les trucs farfelus. Mais l'objectif final, c'est d'améliorer la qualité de la prise en charge, la rapidité. Entre senioriser et réguler plus les conventions, franchement, si on n'a pas tout ça, je serais à 7 jours parce qu'il y a des expériences où les services comme ça, c'est à 9 jours à Nîmes, en post-urgence » (médecin)

Les membres de la DOP sensibilisent les médecins à la réduction de temps morts. Ils arrivent à limiter les pertes de temps au bloc opératoire pour optimiser les vacations, ainsi que les débordements de la plage d'ouverture du bloc.

« On voit que les salles ne sont pas utilisées à 100% globalement. Il y a des pertes de temps un petit peu partout quoi. Donc, en fait, on analyse tous ces temps perdus pour qu'ils soient minimisés au niveau de l'établissement. Comment on limite les temps perdus dans la journée pour limiter les débordements. Et ça, bah tout ça voilà, tout ça a un coût qui se chiffre parce que si on limite les heures suppl., l'intérim, etc., bah forcément, on s'y retrouve aussi. Et là, si on compare les données de 2017 et 2018 voilà il y a une amélioration du taux de débordement, une meilleure occupation des salles opératoires » (DOP2)

Dans ce CHU, développer un nouveau projet nécessite que le projet présenté au comité de projet se réalise à « iso-ressources », c'est-à-dire qu'il ne doit pas demander d'effectif supplémentaire. Ce CHU fait face depuis quelques années à des contraintes sur l'enveloppe du personnel. Le taux d'évolution des dépenses de personnel ne doit pas évoluer de plus de 1,5% par an. Les établissements n'ont plus l'autorisation de dépasser cette enveloppe budgétaire. Pour ceci, soit le service en question essaye de se réorganiser, soit les membres de la DOP réorganisent. Selon nos résultats, la DOP viendrait réduire la capacité « des ressources humaines » d'autres secteurs, pour créer une activité supplémentaire.

« Et donc, du coup, là dans… Du coup, à force de vous y casser les dents, vous dites : « Ben là, si je veux qu'il (le projet) passe, ben il faut que je trouve une astuce pour faire à moyen constant ». Et donc hop. Du coup, vous vous mettiez dans le moule quoi ». (Cadre administratif)

« L'épidémiologie c'est ce qu'elle veut faire, le praticien, ça coûte cher parce qu'il y a beaucoup de personnels sur une activité comme ça. Donc dans le cadre d'une réorganisation globale de la néphrologie, on essaie de faire des vases communicants, pour essayer de mettre en place… cette activité a effectif constant, c'est-à-dire essayer… de prendre un peu à côté

pour alimenter ce projet. On modifie un petit peu la capacité des secteurs à côté en néphrologie, pour permettre de donner du personnel sur cette activité supplémentaire » (DOP)

La législation/le plan de performance mis en place amène à une réduction du nombre de postes. Une cadre de santé nous a fait part d'une réduction de personnel. Elle tente de se réorganiser dans son service pour pallier ce manque de personnel.

« Vous avez un poste à 100 %, alors on le change et tout d'un coup il devient à 80 %. Donc, on vous dit que vos ETP, ils étaient un peu au-dessus, c'est ça sans arrêt, donc… Il y a des effectifs qui sont réduits de fait par les directives et on sent bien que même au-dessus de vous, les gens, ils ne font pas comme ils veulent quoi. Et moi, depuis que je suis-là sur mes équipes, sur les aides-soignants, j'ai 1,20 en moins, alors que l'activité, elle est la même, avec des missions supplémentaires, même des fois (…) Donc, on essaie de travailler avec l'ensemble du service sur des mises en place de réorganisations qui peuvent pallier, mais pas complètement cette diminution de personnel ». (Cadre de santé)

Les médecins hospitaliers sont incités par la DOP ou les cadres administratifs à rentrer dans la chasse aux gaspillages au niveau des consommations de médicaments.

« Il y a des réflexions à avoir aussi sur les prescriptions médicamenteuses, ça sera la pharmacie. » (DOP2)

« Ils ont des contraintes sur les consommations de médicament, ils ont des contraintes… voilà, ils ont des contraintes… Ils sont obligés d'intégrer tout ça quoi et ils savent qu'ils ne peuvent pas… comment dire, prescrire tout et n'importe quoi… voilà » (Cadre administratif)

- **Infiltration de la logique gestionnaire : réduction du *slack* à travers un changement dans les protocoles de soins**

Les gestionnaires ont fait prendre conscience aux médecins des nuitées d'hospitalisation pouvant être réduites (première phase de réduction de durée de séjour). La DOP a accompagné les équipes à mettre en place des alternatives pouvant être réalisées (RAAC, J0). Les gestionnaires sensibilisent également les médecins à la pertinence des journées et par conséquent à une possible optimisation des programmes de soins sur une plus courte durée afin de réduire les coûts. C'est dans un second temps que ces derniers souhaitent encourager les médecins à revoir la manière dont les protocoles sont établis.

« Les DMS, c'était une des batailles des premières années de la T2A. c'était assez facile. On a convaincu les praticiens que ce n'est pas la peine de faire durer l'hospitalisation, ce n'était même pas efficient, on perdait de l'argent… sur ces premières nuits qui étaient faciles à gagner. Aujourd'hui, on est toujours sur la DMS, parce que si on met en place la RAAC c'est pour les deux nuits par séjour, si on met en place J0 ça veut dire qu'on ne va passer la nuit à l'hôpital avant l'intervention chirurgicale, on gagne une nuit. Donc, on est toujours sur cette bataille de la DMS » (DOP)

Ce cadre administratif parait rentrer dans la dynamique concernant la modification des pratiques médicales des professionnels afin de réduire les temps d'hospitalisations, et ainsi modifier l'organisation interne pour renforcer la performance de l'établissement.

« Il faut changer les pratiques là clairement, on a eu un premier plan performance où on a dit « suppression de poste », on fait à moyen constant, on ne remplace pas les départs à la retraite, donc ça fait vraiment une opération de dégraisser le mammouth. Par contre, aujourd'hui on rentre dans le dur c'est-à-dire qu'il faut rentrer dans les modifications de nos pratiques et de nos organisations. Ça impacte forcément les médecins dans leur pratique, on le voit J zéro, RAAC, l'ambulatoire. Donc on va modifier leur pratique, aller vers l'acte invasif, faire entrer les gens le jour même et pas la veille. » (Cadre administratif)

Un membre de la DOP est confronté à la réflexion sur la pertinence des journées et des nuitées lors des séjours de patient. Selon lui, cela peut créer des tensions dans les relations avec les médecins puisqu'il cherche à modifier ces protocoles de soins.

« Après, maintenant, on travaille sur la pertinence des journées, c'est-à-dire là où il y a une discussion à avoir avec les médecins, c'est : « vous avez hospitalisé ce patient pour faire des examens, une séquence d'examens sur trois, quatre jours… voilà, pas moi, mais en tout cas, le médecin DIM, par exemple, il exprimait le fait que c'était peut-être pas pertinent de le faire dormir à l'hôpital, c'est peut-être pas pertinent de faire ça sur quatre jours, peut-être que ça pouvait être fait sur deux avec une nuit à l'hôtel… enfin voilà, c'est un travail sur la pertinence des journées, des nuitées d'hospitalisation. Ça, c'est mis en place dans une logique d'efficience. On essaie de faire en sorte quand quelqu'un vient à l'hôpital, il passe une nuit à l'hôpital, c'est que cette nuit, elle est nécessaire, pertinente. S'il passe la nuit à l'hôtel, c'est que juste, cette nuit, n'était pas nécessaire à l'hôpital. La pertinence des journées et nuitées, c'est plus compliqué parce qu'on remet en question le protocole que le médecin a créé. Alors lui c'est sur quatre jours, on fait l'examen, etc., ben, on le surveille comme ça. Maintenant, on est plus sur :

aller creuser les protocoles, maintenant qu'on a réussi à tomber à deux, trois nuits d'hôpital, est-ce qu'on ne peut pas travailler justement sur le protocole qui est historique chez vous, pour essayer de le réduire à zéro nuit. » (DOP)

Les professionnels ont pris conscience d'une évolution des protocoles tout en garantissant la qualité de prise en charge. Ils sollicitent des recommandations de l'administration pour faire évoluer leur prise en charge. D'après nos résultats, les médecins acceptent de revoir leur protocole et de le modifier par la suite.

« On veut aller de l'avant. On est prêts, on est les premiers à vouloir se réformer. Moi, je suis le premier à dire à l'administration, au DIM, que si je fais mal, très bien mais dites-moi comment faire mieux » (médecin)

Certains médecins ont estimé que les protocoles pouvaient être modifiés au vu des connaissances actuelles. Le personnel médical semble adapter ces protocoles pour réduire les durées moyennes de séjour. Pour cela il observe le fonctionnement d'établissements voisins. Certains médecins réalisent des changements par mimétisme.

« Vous avez visé à réduire vos DMS qui vous oblige à revoir vos protocoles, on était assis sur des protocoles un petit peu anciens. Et à chaque point du protocole. Il est clairement défini est-ce que c'est scientifique ? Est-ce qu'on a intérêt ? Est-ce que c'est un héritage de nos maîtres ? Est-ce qu'on n'a pas intérêt à changer ça ? Et après, vous vous apercevez finalement le droit de reconnaître, très largement modifié au vu des connaissances actuelles pour gagner du temps. C'est-à-dire qu'on nous demande de faire toujours mieux et moins, bon. Est-ce qu'on n'a pas besoin à un moment de passer un petit coup de balai de changer nos habitudes… sûrement. Donc, ça n'a pas eu que du mal- On l'a réduit parce que on s'est aperçu qu'on pouvait changer nos protocoles (…) sans prendre de risque pour le patient. » On a réfléchi notre truc, on a regardé un peu à droite à gauche, comment faisait les autres aussi. Naturellement, on a copié un peu chez les voisins. » (médecin)

Un service dans le pôle « Mère Femme Enfant » a fait face à une suppression de postes et de lits. Le personnel médical a dû s'adapter aux directives de la direction. Afin de réduire la DMS et répondre à l'activité, une modification de leur protocole de soins a eu lieu (RAAC). Cette méthode consiste à faire lever le patient le jour même de son opération, et permet de réduire la durée d'hospitalisation. Le cadre de santé a un rôle clé dans l'adoption de cette méthode au sein de son service. Elle montre les bénéfices de cette méthode, qui semble par la suite être adoptée par les sages-femmes.

« Pour le médecin DIM, à l'époque, on pouvait fermer des lits. Donc, on a de force fermé des lits. Ils ont travaillé sur les DMS, ils ont travaillé sur les protocoles, et on n'entend plus ça. Et finalement, ils font la même activité sur des beaucoup moins de lits. L'être humain s'adapte. Et quand on est convaincu qu'il y a une marge et qu'il y a des choses à faire, eh ben, forcer la réorganisation, ça peut marcher aussi, ça a été rare, on n'a pas souvent fonctionné comme cela. » (DOP)

« En fait, ce qui a été communiqué, il n'y avait pas trop de choix parce que c'était imposé. Enfin, histoire de supprimer 6 lits. On a eu la suppression de 3 sages-femmes, 3 postes de sage-femme, 3 postes d'auxiliaires de puériculture, donc 6 postes sur mon secteur. Donc j'ai dû, enfin la seule possibilité en supprimant 6 lits, c'était, là je ne pouvais pas faire autrement que diminuer les durées de séjour » ;« la RACC ben ça permet de lever la patiente dès J0. Donc ça… effectivement, ça va demander un peu plus de temps et d'accompagnement, mais par contre, les deux jours d'après, elle ira faire sa toilette toute seule ; on n'aura même pas besoin de l'accompagner. Et en plus, elle restera moins longtemps dans le service,-et après, il y a des choses dont on essaie de ne pas trop parler, de dire qu'on aura plus de patients à remettre sur un lit » (cadre de santé)

Conclusion de la section 2

Dans cette section, nous analysons comment un climat d'*accountability* joue un rôle dans l'hybridation des médecins aux compétences gestionnaires et à la réduction du *slack* organisationnel. Nous montrons comment les échanges entre acteurs administratifs et médecins entraînent des changements et œuvrent conjointement dans une recherche d'efficience : l'objectif est de poursuivre et afficher une conformité aux indicateurs de DMS et ainsi de réduire le surplus de coûts. Par exemple, on note une modification des protocoles de soins. La décision des gestionnaires de se focaliser sur des **indicateurs d'autres établissements contribue à renforcer la légitimité du chiffre** ainsi que de faciliter l'adhésion des praticiens. Ce CHU matérialise l'exemple d'une organisation hospitalière faisant face à un changement d'organisation mais aussi de pratiques. Les demandes des gestionnaires, mais également les pressions à la conformité qui s'exercent à travers les outils de l'*accountability* rigidifient la manière dont ce CHU considère les prises en charges.

D'un point de vue gestionnaire, les administratifs perçoivent l'activité médicale comme une ressource primordiale pour sécuriser et assurer le fonctionnement de l'établissement. Néanmoins, la contrepartie de cette sécurité se caractérise par l'obligation de respecter les ratios et ainsi de réduire le *slack* organisationnel au sein des services médicaux.

Compte-tenu de ces indicateurs, la conformité à ces ratios devient une priorité pour l'organisation : l'objectif des gestionnaires est d'améliorer les chiffres du CHU en optimisant la prise en charge et en rendant l'activité médicale « moyenne ». L'attention de la DOP est focalisée sur le respect de ces indicateurs, et souhaite que l'organisation affiche les mêmes ratios. Pour cela, soit la DOP accompagne au changement pour réduire le *slack*, soit le service clinique se réorganise de manière autonome.

Le changement de logique est manifesté et porté par la création de nouvelles cellules telles que la DOP, créée pour « améliorer la qualité et la performance ». Ces gestionnaires importent un vocabulaire du secteur privé et communiquent dans leurs discours l'importance de la **réduction des surplus**, mais également leurs convictions que le CHU peut « être rentable ».

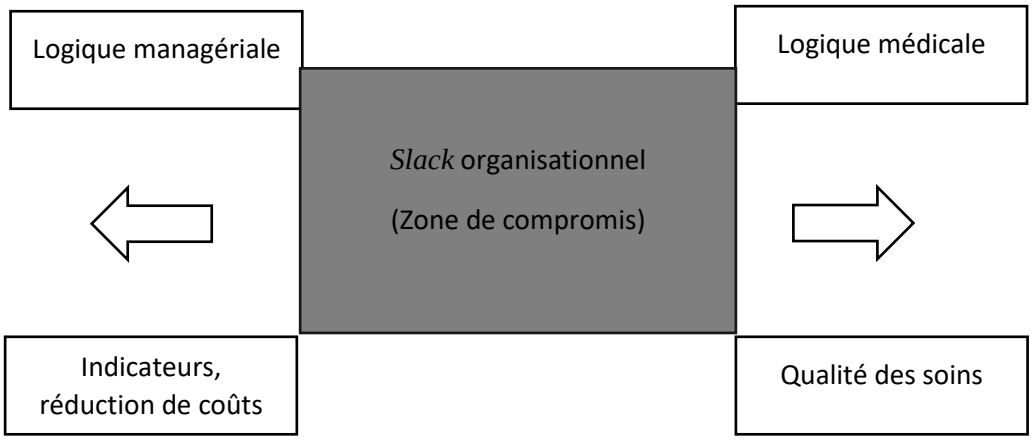
L'importation de ratios, comme ceux introduits par les agents administratifs, provient de la comparaison des DMS des différentes organisations hospitalières. Ceci favorise l'émergence d'un système de mesure de la « performance » des CHU. Nous qualifions ce système de disciplinaire puisqu'il amplifie la catégorisation entre CHU : dans notre étude de cas,

l'organisation et ainsi son activité, est qualifiée de « sur ou sous performante » en fonction de la DMS.

La DOP détient une capacité de pilotage et une visibilité sur l'activité médicale. Toutefois, cette volonté d'améliorer le fonctionnement des services se heurte à des réticences de certains médecins. Pour « construire » un lien, l'accompagnement des médecins à la réorganisation de son service est nécessaire, ceci permettant également de réaliser un contrôle indirect sur leur activité.

La figure 14 résume de façon schématique la **réduction du *slack* comme base de compromis entre les différentes logiques institutionnelles** des deux principaux groupes d'acteurs à l'hôpital.

Figure 14 : résumé concernant la réduction du *slack* du chapitre 7



CONCLUSION DU CHAPITRE 7

Dans ce chapitre, nous avons mené une étude de cas afin de mieux comprendre les effets et les rôles de l'*accountability* au sein d'un hôpital public français.

D'une part, les résultats exposés nous ont permis de proposer une définition du climat (non pas organisationnel) mais d'*accountability*. En effet, ce climat ne peut être apparenté à la notion de climat organisationnel, car nous n'avons pas la preuve du caractère durable de ce phénomène dans le temps et d'une spécificité éventuelle de ce CHU.

Ce climat peut ainsi résulter d'une politique de l'organisation, en particulier d'une communication de valeurs et d'idéaux, émanant d'acteurs spécifiques, sur un comportement attendu, et sur ce qui est approprié ou non. Perçu par les membres de l'organisation, le climat d'*accountability* agit comme une pression pour orienter les porteurs d'une logique spécifique à s'approprier une autre logique.

L'étude a révélé que ce climat a des conséquences sur les professionnels de santé au sein de cette organisation tant sur leurs compétences qui tendent à s'hybrider vers des compétences gestionnaires que sur leur activité professionnelle qui concilie désormais logique managériale et logique médicale.

SYNTHESE DU CHAPITRE 7

QUESTIONS SOULEVEES

Comment et par qui les médecins sont sensibilisés à la logique d'*accountability* dans leur activité quotidienne ?

Quel est les effets du « climat d'*accountability* » au sein de la sphère médicale ?

RESUME

Les organisations hybrides, tels que les hôpitaux sont en tension entre logique managériale et médicale. Au cours des dernières décennies, le secteur hospitalier a subi des réformes importantes de gestion (NPM). Les hôpitaux, en tant que bureaucraties professionnelles, introduisent, sous une pression coercitive, des contrôles administratifs au niveau du cœur opérationnel. La mise en œuvre des techniques de Lean Management, pressions financières, gestion efficiente des ressources allouées et logiques de réduction de coûts crée un climat du chiffre et suggèrent que l'hôpital entre dans une phase de réduction de gaspillage appelé *slack* organisationnel.

Les professionnels de santé se retrouvent pris dans de nouveaux dispositifs de rendu de compte (rendre des comptes sur leur activité médicale) et sont sensibilisés aux contraintes financières. L'introduction de nouvelles logiques issues du secteur privé altère ainsi le statut particulier des médecins : on parle alors de « médecins-gestionnaires ». Des études soulignent que les médecins s'approprient et s'hybrident à des compétences gestionnaires pour répondre aux pressions organisationnelles. Cependant, peu d'études se focalisent sur les conditions dans lesquelles les médecins adoptent des compétences hybrides et se sensibilisent à l'*accountability*.

Cette recherche est basée sur **21 entretiens semi-directifs** (Techniciens d'information médicale et médecins) et sur plus de **40 jours d'observations non-participante** menés dans un hôpital public français. Nous avons également mené une deuxième collecte de données en nous basant sur **24 entretiens semi-directifs** menés auprès de médecins/infirmières et de divers acteurs administratifs. Les données ont été retranscrites intégralement et ont été codées selon une analyse de contenu via le logiciel N'Vivo**.**

RESULTATS
Rôle essentiel des TIM (acteurs administratifs) dans l'hybridation des médecins (*reporting* de leur activité médicale) **Soutien nécessaire des TIM pour l'infiltration des logiques financières dans la sphère médicale**
Support essentiel de cellules spécialisées (DOP, DIM) pour éclairer et impliquer les professionnels de santé sur la pertinence de la réduction du *slack*
Atténuation du clivage traditionnel observé dans la littérature entre sphères administrative et médicale sur la base du *slack*
Infiltration de l'*accountability* dans les protocoles de soins

CONCLUSION DE LA PARTIE 3

Le concept de l'*accountability* est vague et ses manifestations sont contrastées et peu tranchées dans la littérature. Partant de ce constat, nous avons tenté d'examiner les effets et les rôles de l'*accountability* dans le secteur hospitalier à l'étranger mais également dans le cas français.

Pour cela, nous avons mené une étude exploratoire qualitative auprès de 19 DAF de 19 CHU/CH différents. Cette première étude nous a permis d'explorer les effets internes de l'audit financier dans les organisations hospitalières soumises à certification.

En outre, **ce travail a éclairé une infiltration de l'*accountability* qui tend à légitimer les actions de la sphère administrative par rapport à la sphère médicale.**

Ainsi, nous avons poursuivi l'idée du renforcement de la logique managériale dans la sphère médicale et mené une seconde étude (étude de cas) mêlant période d'observation non-participante et entretiens semi-directifs (nous avons travaillé tant sur le point de vue des administratifs que sur celui des professionnels de santé).

Nos résultats indiquent que l'*accountability* s'infiltre dans la sphère médicale à travers des cellules administratives spécifiques et crée un **« climat d'*accountability* » ayant une influence sur l'hybridation des médecins aux compétences gestionnaires ainsi que sur leur activité professionnelle** laquelle concilie désormais logique managériale et logique médicale. Aussi, cette recherche, bien qu'elle ne puisse pas être généralisée à d'autres établissements, souligne des intérêts managériaux forts.

Les tableaux 19 et 20 nous permettent de conclure cette partie méthodologique et d'apprécier de manière exhaustive les données collectées et les outils qui ont permis cette collecte.

Tableau 19 : Synthèse des données collectées au cours de la recherche (Source : auteur)

Méthode	**Etude exploratoire**	**Etude de cas (première collecte de données)**	**Etude de cas (deuxième collecte de données)**	**Total**
Observation non participante *(jours)*		40		40
Réunions *(nombre)*	5	5		10
Réunions *(h)*	10	10		20
Entretiens *(nombre)*	19 retenus sur 32 réalisés	21	24	77
Entretiens *(h)*	24	10	15	49
Documents publics *(nombre)*	19	3	3	25
Documents internes *(nombre)*	2	4	3	9

Tableau 20 : Récapitulatif de la méthodologie pour les deux études (Source : auteur)

<table>
<tr><th colspan="3">Cadre méthodologique</th><th>Références</th></tr>
<tr><td colspan="2">Stratégie de recherche</td><td>Etude qualitative exploratoire</td><td>Etude de cas unique</td><td>Yin, 2009</td></tr>
<tr><td colspan="2">Recueil des données</td><td>Entretiens semi-directifs
Données secondaires internes et externes</td><td>Entretiens semi-directifs
Observation non-participante
Données secondaires internes et externes</td><td>Miles et Huberman, 2003 ;
Yin, 2009</td></tr>
<tr><th colspan="2">Méthodes d’analyse</th><th>Justification</th><th>Justification</th><th>Références</th></tr>
<tr><td>Types d’analyse</td><td>Thématique</td><td colspan="2">Approfondir chaque situation</td><td>Miles et Huberman, 2003</td></tr>
<tr><td>Catégorisation</td><td>A priori et émergente</td><td>La construction d’une « liste de départ » est apparue nécessaire. Toutefois, nous avons eu recours à une catégorisation émergente pour faire apparaitre de nouvelles catégories.</td><td>Codage émergent</td><td>Allard-Poesi et al., 2007</td></tr>
<tr><td>Codage</td><td>Plurinominal</td><td colspan="2">Chaque unité de sens peut renvoyer à plusieurs catégories</td><td>Ayache et Dumez, 2011, p.38</td></tr>
<tr><td>Exploitation</td><td>Manuel
Logiciel N’Vivo 11</td><td>Le codage manuel permet l’immersion dans les matériaux</td><td>Le recours à un logiciel facilite le codage</td><td>Allard-Poesi et al., 2007 ; Wanlin, 2007</td></tr>
<tr><td>Interprétation</td><td>Qualitative</td><td colspan="2">Démarche permettant une compréhension profonde des données</td><td>Gavard-Perret et al., 2012</td></tr>
</table>

INTRODUCTION GENERALE

PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Chapitre 1 : Contexte de l'étude : l'hôpital public
Chapitre 2 : Cadre théorique et conceptuel

PARTIE 2 : REVUE DE LITTERATURE SUR L'*ACCOUNTABILITY* DANS LES HOPITAUX

Chapitre 3 : Les travaux menés à l'étranger sur l'*accountability*
Chapitre 4 : Les travaux menés en France sur l'*accountability*

PARTIE 3 : CADRE EPISTEMOLOGIQUE ET ETUDES EMPIRIQUES

Chapitre 5 : Epistémologie et méthodologie générale
Chapitre 6 : L'étude qualitative exploratoire
Chapitre 7 : L'étude de cas

PARTIE 4 : DISCUSSION

CONCLUSION GENERALE

- Objectifs et mise en œuvre de la thèse
- Synthèse des résultats obtenus
- Contributions
- Limites et perspectives de recherche

PARTIE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS AU REGARD DE L'ANALYSE DE LA LITTERATURE ET DES CONCLUSIONS DES ETUDES QUALITATIVES

Dans cette partie 4, nous souhaitons discuter les résultats de nos études qualitatives au regard de la littérature existante. Notre discussion s'articule autour de deux thématiques qui nous semblent importantes pour mieux comprendre les effets et les rôles du phénomène d'*accountability* : les effets et le rôle de l'audit financier en interne ; puis les effets d'un « climat d'*accountability* » sur les compétences gestionnaires et l'activité professionnelle des professionnels de santé.

CHAPITRE 8 : Discussion. D'une *accountability* imposée à un climat d'*accountability*

Dans ce chapitre, nous discutons de l'infiltration de l'*accountability* au sein de la sphère administrative à travers l'audit financier, ainsi que de l'émergence d'un « climat d'*accountability* » dans la sphère médicale. Nos études portent tant sur le point de vue des médecins que sur celui des administratifs. **Nous mettons ainsi en lumière les interactions de ces acteurs porteurs de logiques institutionnelles différentes.**

Nous analysons le concept de l'*accountability* et discutons la manière dont cette infiltration se matérialise au sein des organisations hospitalières. **Cette discussion nous conduit à identifier d'autres effets que ceux décrits par la littérature, et à montrer que les tensions entre sphère administrative et sphère médicale qui auraient tendance à s'atténuer sur la base du *slack* organisationnel.**

A travers notre première étude, nous montrons que **la sphère administrative, via la mise en place de la certification des comptes, accroit sa légitimité par rapport à la sphère médicale**. Nous soulignons l'existence d'un « **climat d'*accountability* » et non d'un climat organisationnel puisqu'au vu de notre étude de cas, nous ne savons pas si celui-ci est durable et est propre à ce CHU. Nous avons défini le « climat d'*accountability* » comme résultant d'une politique de l'organisation, en particulier d'une communication de valeurs et d'idéaux, émanant d'acteurs administratifs spécifiques, sur un comportement attendu, et sur ce qui est approprié ou non. Perçu par les membres de l'organisation, le climat d'*accountability* se diffuse à travers des données chiffrées et agit comme une pression pour diriger les porteurs d'une logique spécifique à s'approprier une autre logique.**

Notre étude montre qu'en plus des outils de gestion, un climat d'*accountability* se créé et favorise l'hybridation des médecins et non pas uniquement les médecins chef de pôle. Cette discussion nous conduit à montrer que les acteurs de soins interagissent et acceptent de

nouvelles définitions de réalités. Ceci se manifeste au travers de l'usage de nouveaux mots et du comportement des professionnels de santé dans le soin.

Ce climat semble non plus confronter les logiques créant ainsi des conflits mais concilier les logiques afin de **les faire converger vers un objectif commun : la réduction du *slack* organisationnel**. Pour cela, les professionnels de santé semblent modifier leur activité professionnelle.

SECTION 1 : Introduction de l'audit financier : « Ne plus rendre de « contes » »

L'*accountability* infiltre les organisations publiques depuis notamment l'introduction du NPM (Power, 1994, 1997). Indicateurs de performance, techniques de contrôles, ou encore comité d'audits concourent à légitimer les organisations publiques (Brunsson, 2006 ; Sinclair, 1995 ; Broadbent et Guthrie, 1992 ; Modell, 2004, 2009 ; McPake et Mills, 2000). L'*accountability* inscrit ces organisations dans des changements visant à répondre aux pressions institutionnelles (Agamben, 2007 ; Modell et al., 2007 ; Modell, 2009 ; Pettersen, 2009 ; Covaleski et al., 1993). La première des dimensions de l'*accountability* que nous avons étudiée repose sur l'audit financier : il s'agit d'une obligation légale à rendre des comptes, imposée par des pressions coercitives (loi HPST). La littérature en contrôle s'est intéressée aux dispositifs d'*accountability* qui matérialisent la volonté des pouvoirs publics de responsabiliser les dirigeants publics, d'améliorer la transparence des organisations et de tracer le respect des normes. Cette forme d'*accountability* consiste à orienter le processus de justification des organisations hospitalières vers les parties prenantes externes pour que ces dernières évaluent la sincérité et la régularité des comptes des administrations publiques posées par l'article 47-2 de la constitution.

La littérature sur les effets de l'*accountability* dans le secteur hospitalier s'est en partie concentrée sur la création de légitimité externe (Covaleski et al., 1993). L'objectif des travaux menés par Power (2003) vise à trancher le débat entre colonisation et découplage.

Par ailleurs, les travaux se sont peu penchés sur les effets intra-organisationnels de l'*accountability* à travers l'audit financier. Enfin, l'introduction des outils de l'*accountability* a été critiquée tant pour son manque de clarté conceptuelle que pour le manque de travaux portant sur ses effets en pratique (Power, 2003).

C'est pourquoi, il nous semble pertinent de centrer notre travail sur les effets et les rôles de l'*accountability* au sein du secteur hospitalier public, et notamment sur la sphère professionnelle.

Nos résultats rejoignent la littérature sur le sujet et nous apportent un élcirage sur plusieurs points. L'analyse de l'introduction de la certification des comptes dans les établissements

publics de santé présente des changements structurels ainsi qu'un gain de légitimité vis-à-vis de parties prenantes spécifiques.

Dans cette section, nous montrons que malgré le manque de sanctions exercées sur les établissements se trouvant en « refus de certification » (pouvant ainsi suggérer un possible découplage), les organisations hospitalières se mettent en état de marche pour répondre à cette obligation. L'audit financier ne se limite pas à impacter les structures hospitalières, mais cette demande de rendre des comptes devient un facteur de reconnaissance symbolique du professionnalisme de la sphère administrative. La certification donne l'opportunité de valoriser la sphère administrative au sein de l'hôpital. L'audit financier privilégie ainsi un système d'*accountability* interne alors que traditionnellement ce type d'outil permet de rendre des comptes aux instances supérieures. Dans ce sens, la quête de légitimité interne d'une sphère professionnelle de l'organisation peut conduire plus naturellement au développement d'outils favorisant la légitimité externe. Cette forme d'*accountability* dite « interne » privilégie les motivations des membres de l'organisation dans la réalisation de ce projet.

1. L'impact de l'accountability dans la sphère administrative

Ainsi, il apparaît que les hôpitaux s'organisent pour faire face à la certification des comptes.

A la suite de notre étude exploratoire, nous avons pu constater que le dispositif de certification des comptes se manifestait par la création de procédures de contrôle interne venant s'ajouter au travail quotidien. En ce point, les résultats convergent vers ceux d'Ebrahim (2003, 2005) pour lesquels la mise en place de mécanismes d'*accountability* crée une forte charge de travail pour les équipes et des coûts supplémentaires pour l'organisation (Roberts et al., 2005). La charge de travail est en effet forte les premiers temps de la mise en place du dispositif puisqu'il faut reconfigurer les contrôles internes réalisés, et les formaliser dans des procédures. Dans les CHU, les coûts supplémentaires se manifestent par la création de cellules spécialisées, comme la cellule certification des comptes (contrôle interne), dont l'activité est dédiée à réaliser un audit interne sur les dispositifs de contrôle interne mis en place dans les organisations.

Les évolutions associées à la mise en place de la certification sont dépendantes du contexte organisationnel. En effet, l'émergence du dispositif se révèle hétérogène selon les périodes de certification, les tailles des établissements et leur contexte financier. Par exemple, dans le cadre

d'établissements de grande taille, on peut constater l'émergence de cellule de contrôle interne ou de comité de pilotage clairement identifiés en charge de mettre en place le contrôle interne. A contrario, certains établissements de taille et recettes plus modestes ne se dotent pas de ce type de structures.

Au-delà de la mise en place de cellules ou de chefs de certification, c'est un ensemble de dispositifs qui doivent être mis en place. Nos résultats montrent que les organisations s'attachent à la mise en place d'un système de contrôle interne et par conséquent à la formalisation des procédures de contrôle interne. En effet, dans le cadre de la démarche d'audit menée par les commissaires aux comptes, ce ne sont pas uniquement les comptes qui seront examinés mais l'ensemble des processus comptables, les risques d'erreurs (inhérents à l'activité) et le niveau de contrôle interne, et ce afin de prévenir un maximum d'erreurs comptables, de dysfonctionnements et de pérenniser la qualité des comptes sur le long terme. La maîtrise du contrôle interne et la certification comptable vont donc de pair. Ainsi, si la certification des comptes permet de mettre en évidence les erreurs comptables et de les corriger, le contrôle interne permettra d'éviter que ces erreurs ne se reproduisent dans l'avenir. Il permet donc de garantir la sincérité des comptes d'un organisme. L'efficacité et la maitrise de ce dispositif est indispensable, afin d'optimiser l'identification et le contrôle des risques, ainsi que l'utilisation efficace des moyens. L'ensemble de l'organisme participe au contrôle interne, c'est pourquoi il est indispensable de sensibiliser tous les acteurs et ainsi renforcer l'investissement personnel de chacun. Toutefois, les responsabilités de chaque acteur doivent être identifiées, afin que la diffusion d'informations fiables en interne permette à chacun d'appliquer les instructions demandées. Ces dispositifs ont pour but de tracer l'activité des organisations de manière formalisée et contrôlée.

Le dispositif du contrôle interne doit définir, analyser et contrôler les risques inhérents à l'information comptable. Par ailleurs, il faut également adapter les contrôles en fonction du niveau de risque. Plus précisément, il faut éviter le surcontrôle, qui ferait perdre toute efficacité au rendement du contrôle interne. Une surveillance régulière du fonctionnement du contrôle interne est donc fortement conseillée.

L'élaboration de nouveaux dispositifs parait dépendre de la direction générale. En effet, nos résultats suggèrent que lorsque la direction générale impulse la mise en œuvre de la certification, celle-ci a plus de chances de réussir. La mise en place de structures visibles, comme des comités de pilotage ou de cellule de contrôle interne, est créée, si un soutien clair et affiché de la direction de l'hôpital est exprimé. La direction impulse dans un premier temps

son projet auprès des parties prenantes internes telles que les responsables des directions fonctionnelles puis auprès de l'ensemble des agents administratifs. De même, elle va impulser de nouvelles procédures qui vont répondre aux attentes et aux préoccupations de certains acteurs. Elle a un rôle de légitimateur et détient une *« capacité à motiver la coopération des autres acteurs en leur fournissant des systèmes de compréhension et identités communes sur la base desquels des actions peuvent être entreprises et justifiées* » (Fligstein, 1997, p.397). La certification des comptes est à l'origine de la création d'espaces de dialogues et d'échanges sur les informations budgétaires entre les sphères administratives et professionnelles.

Dans le secteur hospitalier américain, Chua et Degeling (1993) décrivent comment les hôpitaux, confrontés à des exigences de rentabilité, modifient leur organisation en adoptant des structures analogues à celles du privé et opèrent des réorganisations afin de réaliser des économies. Dans notre étude, nous avons montré que les organisations hospitalières alignaient leur structure sur celle du secteur privé, à l'instar de la mise en place de comités d'audit. Dès lors, ces derniers résultats nuancent la littérature qui démontre que la mise en œuvre de comité d'audit n'a pour fin que d'améliorer le contrôle interne des organisations (Urbancic et Hauser, 1991).

Nous montrons également comment ce dispositif imposé est maintenu à l'intérieur des organisations : en particulier, les directions financières s'organisent et font émerger des responsables qui endossent un rôle pédagogique en proposant des réunions aux directeurs fonctionnels pour leur expliquer les opportunités que ce dispositif détient. Ces réunions auxquelles nous avons pu assister lors de notre observation flottante, nous ont montré que la responsable de la certification des comptes avait un rôle de pédagogue, devant sensibiliser les directeurs fonctionnels à la mise en place de contrôles internes et par conséquent de formalisation de ces procédures. Son rôle est d'amener les directeurs fonctionnels à développer de nouvelles compétences comptables (respecter la réglementation comptable), ainsi que d'aider les équipes à formaliser et centraliser les documents. Cette personne diffuse ainsi des valeurs managériales issues du secteur privé dans des contextes pouvant parfois y être réticents (Ezzamel et al., 2008).

La colonisation des logiques issues du secteur privé dans le secteur public a fait part d'une grande attention ; elle peut sembler inattendue dans le secteur hospitalier qui a longtemps été un secteur réticent à cette logique.

Comme l'exprime un responsable de la certification des comptes, l'audit financier contribue à ajouter un contrôle dans un secteur étant déjà fortement contrôlé (Cour des Comptes, DGFIP).

Cependant il se distingue en contribuant à standardiser les pratiques, facilitant la recherche d'une qualité comptable. Comme le souligne Cappelletti (2006) avec la loi de sécurité financière en 2003, les entités font face à des changements organisationnels et humains de nature à les institutionnaliser de la fonction de contrôle interne. Il en est de même avec la loi HPST qui au regard de nos résultats ne semble pas sans conséquence pour les organisations hospitalières et qui tend à élargir l'audit financier à d'autres établissements publics français.

Notre recherche permet de mettre en évidence les mécanismes au niveau intra-organisationnel à travers lequel les organisations construisent une *accountability* interne et pérennisent son développement.

Notre principale constatation montre que bien que la littérature souligne les causes motivantes de découplage (Westphal et Zajac, 2001), provoquant une barrière entre les outils de l'*accountability* et l'activité réelle de l'audité, l'hôpital public fait face à une situation de colonisation dans laquelle l'*accountability* oriente profondément l'activité des membres des organisations hospitalières. Nous avons constaté que les outils d'*accountability* s'infiltrent et que les DAF semblent tout mettre en œuvre pour répondre aux objectifs de ce dispositif. Power (1997) décrit comment les audits colonisent les organisations, devenant omniprésents mais peu reliés aux objectifs. Selon lui, un signe de découplage est à première vue la création de sous-unités organisationnelles pour gérer explicitement le processus d'audit externe (comités d'audit, auditeurs internes). Dans ce sens, ces unités protégeraient l'activité et seraient mises en « tampon » dans les organisations sans rapport étroit avec les objectifs de l'organisation. Nos résultats ne convergent pas vers ce point. Toutefois, le risque est de tomber sur le long terme dans ce que Meyer et Rowan (1977) appellent le découplage, qui à travers la mise en place de procédures formalisées, pourrait conduire à une « armoire de procédures », et entraîner un fossé entre leur adoption formelle et les pratiques effectives.

2. Une accountability imposée et une perception forte de la crédibilité de la sphère administrative

Deuxièmement, nos résultats suggèrent que la certification des comptes accentue la perception de confiance qu'ont les Directeurs Administratifs Financiers dans leur travail. Le département des finances associe la certification des comptes à une possible reconnaissance directe et indirecte de leur rôle au sein de l'établissement, et auprès de parties prenantes externes mais également internes.

En externe, d'après nos répondants, certains interlocuteurs de la DAF perçoivent la certification comme étant un levier renforçant la crédibilité de leur travail. De fait, la transmission de comptes certifiés est une garantie de transparence pour les tutelles et peut constituer une aide dans le dialogue de gestion. Toutefois pour ces dernières, le caractère récent de la certification ne permet pas encore d'identifier les effets financiers de l'*accountability*, c'est-à-dire qu'à ce stade, il n'existerait pas (sur la base de cette étude) des faits susceptibles de conforter leur perception.

De même, la certification concrétise le travail fourni par la sphère administrative et les discours des services financiers faits auprès des différentes instances en interne, car celui-ci est basé sur des informations fiables certifiées par le CAC. En effet, la mise sous assurance qualité des processus internes devient un facteur de reconnaissance symbolique du professionnalisme de la sphère administrative : la certification donne l'opportunité de valoriser la sphère administrative au sein de l'hôpital. La domination d'une *accountability* interne permet également aux organisations hospitalières et aux directeurs financiers de déployer ces dispositifs de contrôle, indépendamment du fait de la présence des auditeurs, pour faire prendre conscience au personnel administratif de l'importance du contrôle interne dans la gestion de leur établissement.

L'audit financier n'a alors plus pour objectif de justifier leur conformité à la réglementation comptable, mais représente un levier visant à justifier les actions des membres ainsi qu'à décloisonner les directions entre elles.

Ce point met en lumière de nombreuses dimensions insuffisamment traitées dans la littérature sur la professionnalisation et plus spécifiquement sur le fait que la sphère administrative, s'organise pour devenir en soi, une profession (Schweyer, 2006). En ce sens, l'*accountability* peut contribuer à renforcer et légitimer, le groupe professionnel des directeurs.

Nos résultats montrent que les organisations hospitalières soumises à des formes imposées d'*accountability* ont la capacité de développer ces formes de justification à l'intérieur de l'organisation. Par exemple, la capacité des organisations à afficher une certification des comptes lui permet d'éviter les critiques de ces interlocuteurs. Nous suggérons que l'audit financier contribue à rassurer la direction financière dans le travail effectué, et renforce leur crédibilité vis-à-vis notamment des parties prenantes internes et non pas uniquement en externe comme le souligne la littérature (Power, 2003).

Nos résultats montrent que les acteurs administratifs s'approprient le langage propre à la certification des comptes, dispositif issu du secteur privé.

C'est pourquoi, ces éléments peuvent contribuer à la création d'une réalité sociale au sein de l'organisation, laquelle peut favoriser le changement organisationnel. Gagner en légitimité est non seulement associé à se conformer aux principes idéaux (Suchman, 1995), mais également par la création d'une réalité intra-organisationnelle qui favorise l'adhésion des membres de l'organisation comprenant les enjeux de ces changements.

L'*accountability* joue ainsi un rôle dans la quête de légitimité de certaines parties prenantes internes auprès d'autres parties prenantes internes. La reconnaissance d'une partie prenante interne nécessite parfois l'intervention d'un tiers qui crédibilise le travail effectué. En représentant un œil extérieur et indépendant, le commissaire aux comptes renvoie une garantie supplémentaire du travail réalisé en interne. En mettant en œuvre des processus d'accréditations et de certifications, le groupe professionnel des administratifs, trouve dans le contrôle externe, un moyen de légitimer ses actions et de gagner en crédibilité auprès de la sphère médicale.

L'adoption de symboles identiques ou proches, ou encore la mise en œuvre de rituels paraît contribuer à renforcer le rôle et la place de ces professions au sein des hôpitaux, et par conséquent renforce la confiance que les parties prenantes internes peuvent avoir envers la direction des centres hospitaliers.

Ainsi, ces résultats sont intéressants, notamment au regard des constats déjà menés sur l'adoption des règles. Pour Scott (2008, p.432), quand les organisations adoptent des changements dans leurs règles et structures formelles en réponse aux pressions institutionnelles, les changements qui pourraient sembler superficiels au premier abord, deviennent plus importants au fil du temps[35].

Dans ce sens, la quête de légitimité interne d'une sphère professionnelle de l'organisation peut conduire plus naturellement au développement d'outils favorisant la légitimité externe. Les interactions entre les diverses parties prenantes internes deviennent donc un point d'analyse à ne pas négliger. L'isomorphisme n'est plus inter-organisationnel mais intra-organisationnel, où chaque profession tente de gagner en légitimité afin de renforcer sa crédibilité en adoptant des rites et symboles similaires à d'autres professions avec lesquelles elle est en tension. La

[35] " *when organizations adopt changes in their formal rules and structures in response to institutional pressures, changes that might seems superficial at first, become more significant over time" (Scott, 2008, p 432)*- Notre traduction

certification des comptes représente ainsi une importance d'une culture commune ou du moins d'une compréhension entre ces deux sphères. Les motivations sont alors un élément important pour comprendre l'action individuelle qui favorise la légitimité.

Les résultats de notre étude proposent une manière alternative d'appréhender la façon dont le système d'*accountability* se diffuse à l'intérieur de l'organisation ainsi que ses effets.

Conclusion de la section 1

Ce premier point de discussion a montré que dans les organisations hospitalières, l'audit financier illustre une forme d'*accountability* interne, justifiant un rendu de comptes auprès des parties prenantes internes à l'organisation. Nous montrons que cette forme d'*accountability* a des effets moindres sur le rendu de comptes des organisations hospitalières au niveau externe. Les organisations hospitalières soumises à certification maintiennent une forme d'*accountability* interne qui favorise et exige des pratiques de gestion formalisées et ainsi contrôlées. Pour cela, des changements organisationnels sont mis en œuvre.

Ce dispositif renforce **la légitimité et le pouvoir de la DAF en interne, et par conséquent celui de la sphère administrative notamment envers la sphère médicale avec laquelle elle est en tension**.

SECTION 2 : Création d'un climat d'*accountability* favorisant une atténuation du clivage entre les deux sphères : « Quand rendre des comptes ne tourne plus au « règlement de comptes » ? »

1. Une conception du rendu de compte divergente : le rôle des TIM dans l'hybridation des professionnels de santé

La section précédente a montré l'importance des systèmes d'*accountability* dans le secteur hospitalier, et plus précisément dans la sphère administrative concernant un renforcement de sa légitimité en interne vis-à-vis de la sphère médicale.

Notre deuxième point de discussion porte sur l'introduction de l'*accountability* dans la sphère médicale. Nous montrons la manière dont l'*accountability* s'infiltre dans la sphère médicale d'un CHU, par qui sa diffusion s'opère et comment l'*accountability* contribue à faire émerger de nouveaux raisonnements chez les professionnels de santé.

Dans notre étude de cas, nous avons montré que les systèmes d'*accountability* comme le *reporting* de l'activité médicale à travers le PMSI existe pour permettre de tracer l'activité des services médicaux. Ce système est utilisé pour lier l'activité aux ressources allouées. Pour cela, un codage de l'activité médicale doit être réalisé selon des nomenclatures standardisées et constitue ainsi le Résumé de Sortie Standardisé (RSS). Ensuite, le Département d'Information Médicale (DIM) procède au regroupement des RSS en Groupe Homogène de Malades (GHM) correspondant au diagnostic principal de son RSS. Le GHM a une importance puisqu'il module les ressources attribuées aux organisations. Par conséquent, un oubli de déclaration ou mauvais codage de GHM aura une influence sur les ressources allouées.

Dans notre étude de cas, un codage partagé est mis en œuvre afin de sensibiliser les acteurs hospitaliers sur l'importance du *reporting* et ainsi du codage de l'activité médicale. De plus,

par l'introduction de la mesure de l'activité médicale, l'institution a la capacité de contrôler à distance le personnel médical. La multiplication d'indicateurs rend ainsi l'activité de l'organisation hospitalière plus visible, constituant une organisation « gouvernable » (Miller et Rose, 1990 ; Miller et O'Leary, 1987). Dans la littérature, plusieurs recherches ont montré que les pratiques professionnelles sont rendues visibles (Chua et Degeling, 1993 ; Llewellyn et Northcott, 2005) et favorisent une représentation « économique » de l'activité de l'organisation (Hood, 1991). Ainsi, l'introduction du chiffre favorise une vision gestionnaire de l'organisation (Gray et al., 2006).

1.1. Hybridation des médecins aux compétences gestionnaires : le rôle des TIM

La littérature nous indique que l'*accountability* infiltre les organisations publiques depuis notamment l'introduction du NPM (Power, 1994, 1997). Dans les hôpitaux publics, la mesure de l'activité médicale a infiltré les bureaucraties professionnelles (Abernethy et Stoelwinder, 1995 ; Kurunmäki, 1999 ; Kurunmäki et al., 2003) et vise à contrôler le travail de la profession médicale. Si certains médecins ont tendance à protéger leur identité professionnelle (Georgescu et Naro, 2012 ; Jacobs, 2005), des études soulignent que d'autres se sont appropriés la logique comptable et une grande partie des compétences de calcul de coûts (Broadbent et Laughlin, 1998) et sont par la suite qualifiés d'hybrides (Kurunmäki, 2004 ; Lehtonen, 2007). La littérature sur ce point suggère que l'hybridation pourrait être le résultat d'interactions entre professionnels médicaux (chefs de pôles hospitaliers) et cadres de santé où l'instrument de gestion accompagne cette évolution (Valette et Burellier, 2014), mais également de pressions organisationnelles exercées par les administratifs (Georgescu et Naro, 2012).

Nos travaux soulignent que l'hybridation ne se fait pas uniquement de manière directe entre professionnels de soin et outils de gestion, mais également de façon indirecte par les TIM. Dans notre étude, l'hybridation aux compétences gestionnaires (Kippist et Fitzgerald, 2009) pouvant favoriser le rôle gestionnaire (Valette et Burellier, 2014) se réalise par des acteurs venant de services administratifs pilotés par des médecins (le DIM). En effet, notre étude suggère que les TIM sont un maillon essentiel dans l'accompagnement de l'hybridation gestionnaire des médecins. Ces acteurs administratifs forment les médecins aux règles de codage, à l'appropriation des outils budgétaires et développent des discours financiers afin de les faire participer ainsi que les acculturer à une meilleure compréhension de la logique financière. De plus, si des études montrent que l'hybridation s'effectuait par des cadres du monde médical, ici

nous montrons que d'autres sources d'hybridation viennent d'un monde à cheval entre mondes médical et administratif (le Département d'Information Médicale), et ne concernent pas uniquement les professionnels de santé ayant des fonctions managériales.

Au regard de nos résultats, nous pouvons qualifier les médecins comme des manager-hybride (Fitzgerald et Ferlie, 2000). Ainsi, il semble qu'une **nuance puisse être apportée à l'hybridation des médecins** aux compétences gestionnaires : il ne s'agirait pas d'une hybridation concernant seulement les chefs de pôles, mais l'hybridation concernerait dans notre cas l'ensemble des médecins.

Nos résultats font écho à ceux de Lowe et Doolin (1999) qui montrent qu'en Nouvelle-Zélande, une réforme du système de santé analogue à la tarification à l'activité (T2A) amène les gestionnaires « codeurs » à devenir les « gardiens du système ».

Jones et Dewing (1997) font le même constat et décrivent que la transformation du secteur hospitalier britannique a été accélérée par le recrutement de gestionnaires dont le rôle est de déployer des systèmes d'information permettant de coder l'activité médicale des praticiens. Ce processus de codification se rapproche de celui des contrôleurs de gestion de Mueller et Carter (2007) où des managers moins coûteux pour l'institution se voient attribués des tâches élémentaires, normalement réalisées par des ingénieurs spécialisés. Toutefois, dans notre cas, l'organisation souhaite imposer de nouvelles responsabilités aux professionnels dans le but de les sensibiliser aux logiques gestionnaires. Les techniciens d'information médicale ont alors la mission de transmettre leurs compétences spécifiques du codage aux professionnels de santé afin qu'ils puissent assumer leurs responsabilités. Comme le souligne Lowe (2000, p. 77), « *Les gens sont « aspirés » par le système comptable, soit d'une manière conventionnelle, parce qu'ils sont contraints d'utiliser les chiffres que le système produit, soit plus subrepticement, parce que ce sont leurs propres actions et activités opérationnelles qui fournissent les données au système* »[36].

Cela montre que le rôle des systèmes comptables rend les personnes impliquées puisque ce sont leurs activités médicales qui fournissent les données à ce système, données essentielles pour le financement de l'hôpital. Ceci renvoie à nos résultats obtenus : les médecins s'hybrident au

[36] *"People are 'sucked in' to the accounting system, either in the more conventional manner, because they are constrained to use the numbers the system reports, or more surreptitiously, because their own operational actions and activities are what contributes data to the system",* (p.77). – Notre traduction.

codage de leur activité pour **assumer leurs responsabilités** dans cette tâche et pour que l'institution perçoive les ressources dont elle a besoin pour l'activité réalisée.

Dans notre étude de cas, nous avons montré que la responsabilité des praticiens est double : ce dernier doit veiller à ce que son activité « rentre » dans des cases de codage. L'importance de rentrer l'activité dans la norme traduit l'importance de ce système comptable ; il doit également limiter les dépenses c'est-à-dire réduire les temps d'hospitalisations.

Notre étude révèle que la managérialisation du secteur hospitalier s'est manifestée par l'apparition de nouvelles valeurs et la modification des rôles et compétences de certains professionnels de santé. L'introduction de gestionnaires, de « financiers de la santé » pour Kurunmäki, (1999) participe à ces modifications (Georgescu et Naro, 2012 ; Kurunmäki, 1999) et amène les médecins à s'hybrider à de nouvelles compétences. Notre étude de cas fait émerger les TIM comme des acteurs agissant en faveur de l'hybridité des compétences et de l'équilibre entre logiques institutionnelles concurrentes.

Toutefois, pour faire face à leur nouvelle charge de travail gestionnaire, les médecins ont la capacité de manipuler ces systèmes de contrôle en optimisant le codage par exemple pour percevoir davantage de financement. Cette pratique est tolérée sans toutefois être officialisée. Nos résultats montrent que les TIM ont un rôle de garde-fou pour sensibiliser les médecins à ne pas s'orienter vers ces comportements opportunistes.

1.2. Sensibilisation des médecins pour une vision gestionnaire de leur activité médicale

Durant nos observations, nous avons remarqué que le codage partagé (Gariepy et al., 2013), stratégie mise en place pour offrir une économisation de temps aux médecins, avait un tout autre objectif. En effet, les TIM se servent de leur proximité avec les médecins pour leur transmettre des commentaires pouvant contenir des renseignements sur la différence de coût et prix perçu pour une hospitalisation ainsi que sur sa durée requise. Ces acteurs véhiculent également des messages dans l'objectif d'orienter les médecins dans la recherche d'efficience. Ils soumettent par exemple des conseils concernant de meilleures prises en charges, c'est-à-dire une meilleure programmation de soins dans le but de réduire le temps de séjour du patient.

Ils contribuent à influencer les médecins à raccourcir la durée des séjours afin d'intégrer tous les patients. Ainsi, en se positionnant comme des soutiens, ils adoptent une posture qui leur permettent d'acquérir la confiance des médecins. Dans un second temps, cette posture permet

de les sensibiliser, dans leur prise de décision médicale, à la logique financière. L'existence d'informations sur la responsabilité du médecin dans le financement de l'établissement, leur présence et rôle de soutien ainsi que l'apprentissage réalisé par les TIM, seraient perçus comme des moyens de renforcer le lien des médecins à cette fonction. Nous montrons donc que par leur maîtrise des instruments de *reporting*, les TIM contribuent à l'hybridation des médecins.

Si la littérature nous indique que les médecins ressentent des pressions financières sur les décisions médicales venant d'administratifs (Georgescu et Naro, 2012), nous montrons que les médecins, après une période de résistance, intériorisent grâce aux TIM l'importance du codage de l'activité ainsi que la réduction des temps d'hospitalisation pour renforcer l'obtention de ressources allouées à l'hôpital.

Ce résultat nous paraît important : il semble que les médecins, lorsque les tâches administratives se réalisent en duo, entendent l'importance de la déclaration de leur activité mais aussi de leur organisation dans leur activité professionnelle. **Ainsi, nos résultats suggèrent que la méthode choisie par ce CHU, c'est-à-dire l'accompagnement des médecins par les TIM à leur hybridation gestionnaire est un élément déterminant pour l'implication des médecins dans le codage.**

Nos résultats vont dans le sens de McGivern et al. (2015) à propos de la distinction entre hybrides stratégiques et hybrides accidentels. Nous précisons que les hybrides accidentels peuvent être poussés par les TIM et s'hybrident ainsi pour se conformer aux attentes de l'institution et assumer leur responsabilité dans cette fonction. Nous apportons une précision sur les conditions pouvant favoriser cette hybridation. Durant nos observations, nous avons pu voir qu'il existait de fortes résistances de la part de médecins « séniors » sur l'appropriation de nouvelles fonctions. A l'intérieur de la profession médicale, il semblerait que le codage, considéré comme une tâche administrative à l'aspect « déprofessionnalisant » soit laissé aux professionnels les moins expérimentés.

Notre étude relève également que certains médecins déclarent « jouer le jeu » afin d'être considérés comme des acteurs de bonne volonté et répondant à leurs responsabilités. Dès lors nous considérons ce type d'adhésion comme une adhésion stratégique à une logique institutionnelle. En effet, le médecin ne sera pas envisagé comme un traitre envers la profession médicale, et assumera la légitimité gestionnaire (Hoff, 1999).

Dès lors, notre étude suggère que les tensions entre monde médical et monde administratif peuvent s'atténuer. Le clivage traditionnel observé dans la littérature entre acteurs

administratifs et corps médical (Pache et Santos, 2010) semble être nuancé dans notre cas. Il semblerait que ces deux sphères arrivent à se rapprocher et intégrer les aspects financiers et de soins dans leurs logiques respectives. En acceptant de réduire le temps d'hospitalisation superflu, difficilement valorisable, les médecins pourraient faire évoluer la prise en charge sans menacer les valeurs de leur profession. En appuyant l'argumentaire financier fondé sur des moyennes de durée de prises en charges réalisées dans d'autres hôpitaux, les sphères administrative et médicale œuvreraient alors conjointement pour la diminution du *slack* organisationnel, permettant d'éliminer le « gras » de la prise en charge. Sur la base d'une meilleure programmation et d'une réorganisation des soins, ces mondes ne seraient plus en tension mais trouveraient des espaces où le *slack* organisationnel deviendrait un support de compromis.

1.3. Développement d'une véritable expertise des TIM aux connaissances médicales

Troisièmement, l'étude des verbatims révèle que les TIM élargissent leurs connaissances médicales en termes d'analyses de dossiers médicaux. Dans notre cas, malgré une grande hétérogénéité de profils, les Techniciens d'Information Médicale, disposent de connaissances médicales de base. En plus de leurs fonctions, ils acquièrent de nouvelles connaissances liées au langage médical. En s'appuyant sur les échanges avec les médecins du DIM ou avec les médecins dans les services, ils s'approprient progressivement le langage médical et deviennent experts dans l'analyse du dossier médical et la compréhension des pathologies des patients. En effet, lors du codage aidé, les médecins transmettent leurs connaissances techniques médicales, et confortent cet apprentissage par la reconnaissance des compétences médicales des TIM lors de la lecture des diagnostics. Ainsi, les TIM parviennent à soutenir les médecins au report de leur activité, soit en procédant à des relances, soit en prenant en charge une partie du travail lorsque les médecins ne peuvent pas répondre à leur demande.

Le soutien exercé par les TIM favorise l'acquisition des connaissances liées à l'analyse des dossiers, et par la suite contribue à leur expertise. Par ailleurs, lors du choix de développer le champ de connaissance des TIM dans le codage de nouveaux pôles, nous observons que l'expertise des TIM s'effectue non pas sur une spécialité médicale mais sur diverses spécialités.

Au regard de nos résultats, nous pouvons suggérer, qu'à leur tour, **les TIM hybrident leurs connaissances en acquérant des connaissances médicales par un effet d'apprentissage**. Ce

point nous parait important puisque de par leur connaissance, leur formation à des complexités médicales par les médecins, les **TIM renforcent leur image vis-à-vis des médecins**. Ainsi d'après nos observations, ceci laisse suggérer que les médecins perçoivent ces acteurs administratifs comme faisant partie de leur monde. Ces acteurs administratifs disposant d'une expertise suffisante, formulent des recommandations et orientent, sur la base de raisons financières, les médecins vers de nouveaux fonctionnement dans la prise en charge des patients.

Afin de casser la dynamique qui se crée entre les médecins et leur personne, ainsi que de concevoir de nouvelles idées et des changements, les TIM opèrent des rotations de pôles. Cette rotation permet également de renforcer les pressions liées au codage, lesquelles seront davantage tolérées si elles proviennent de nouveaux TIM. Ce changement renforce ainsi l'emprise de la logique managériale sur les médecins.

Ce premier point a porté sur les conditions favorisant l'hybridation des compétences gestionnaires des médecins. Nous avons analysé la manière dont les praticiens s'approprient le codage de leur activité médicale. Nous avons montré que ce modèle de codage dit partagé entre TIM et médecins facilite l'introduction de l'*accountability* dans la sphère médicale. A travers leur interaction avec les médecins, les TIM diffusent des messages financiers. Nous avons montré qu'après un temps, les médecins prennent conscience de la possible optimisation des séjours et mettent en place les recommandations des TIM dans leur prise en charge. Enfin nous avons suggéré que ce codage partagé pouvait également accroître les connaissances des TIM : nous les avons ainsi qualifiés d'experts au vu des connaissances médicales qu'ils acquièrent lors de ce codage.

2. *Infiltration de l'accountability dans l'activité professionnelle des professionnels : une réduction du slack*

Depuis plusieurs années, les établissements publics de santé entrent dans la chasse aux gaspillages (Ruiz Moreno et al., 2008) et introduisent des techniques afin d'accroître leurs recettes (Lapsley et Oldfield, 2001). La création d'un climat du chiffre semble se dessiner à l'hôpital public et se diffuse à travers l'émergence d'outils et de logiques issues du secteur privé. L'*accountability* a infiltré les hôpitaux publics à travers l'introduction de la mesure de l'activité médicale (Kurunmäki et al., 2003) dans le but de contrôler le travail de la profession médicale. La littérature présente l'introduction de l'*accountability* au sein de la sphère médicale comme un facteur entrainant des tensions et des résistances pour protéger l'autonomie de leur profession (Kurunmäki, 1999 ; Mutiganda, 2013). Une des raisons qui met en tension l'hôpital serait la nécessité de faire coexister des logiques dites contradictoires (Reay et Hinings, 2009). Toutefois, la littérature parle d'hybridation (Byrkjeflot et Kragh Jespersen, 2014) où les professionnels de santé acquièrent des compétences gestionnaires. Ceci fournit un exemple de « colonisation comptable » (Power et Laughlin, 1992) dans lequel les données chiffrées infiltrent le centre opérationnel des organisations hospitalières. La littérature souligne que cette infiltration tend à se développer. Llewellyn et Northcott (2005) ont fait valoir que l'adoption de systèmes de financement avait rendu la pratique clinique « plus standardisée » (p. 556-557). Ces auteurs montrent que l'un des objectifs gestionnaires est de s'assurer que les durées de séjour n'excèdent pas la « moyenne » des autres établissements.

Ce cas nous permet de détailler les conséquences concrètes de l'*accountability* dans le quotidien des médecins.

2.1. La présence de cellules spécifiques : « faire autrement pour réduire le *slack* »

Les gestionnaires, au travers de la DOP, et du DIM, tentent de mettre en œuvre des conditions favorables à une coexistence possible entre ces deux logiques au sein d'une organisation unique. Par la sensibilisation des DOP aux contraintes budgétaires, les médecins entendent et acceptent la nécessité de faire coexister ces deux logiques. En effet, dans un contexte de réduction de coûts, les gestionnaires sont à la recherche de surplus inexploités et tentent de les réduire

(médicaments, Ressources Humaines, temps). Par exemple, chaque pathologie est caractérisée par une durée moyenne de séjour à laquelle est attribuée un tarif. Dans notre cas, certaines durées de séjour étaient fixées en dessus de l'indicateur et représentaient une perte d'argent pour l'hôpital. Pour réduire le temps d'hospitalisation et se conformer à cet indicateur, les gestionnaires souhaitent faire adopter des techniques médicales/nouveaux fonctionnements aux médecins ou encore améliorer l'organisation des soins. Le *slack* présent dans les pratiques quotidiennes et dans les protocoles de soins dans le but d'avoir une marge de protection se voit ainsi réduit. Afin d'encourager les professionnels de santé à de nouveaux modes de fonctionnement/ à la réduction de surplus, les organisations ont recours à la création de nouvelles cellules telles que la DOP (direction support) qui apporte un soutien, une disponibilité pour initier les changements auprès de la sphère médicale. Par ces échanges entre ces deux mondes, on note que le médecin adhére à de nouvelles logiques financières.

Cette unité vient renforcer le climat d'*accountability* au sein de la sphère médicale et est nécessaire pour la mise en place de changements. D'après nos résultats, il est crucial pour la réussite des projets, de laisser une place importante aux professionnels de santé ainsi que de les faire participer (Ellis et Hartley, 2000) dans le processus d'élaboration et d'évolution de leur fonctionnement. Cette décentralisation est accompagnée par certains administratifs, dont le rôle est d'accompagner les professionnels dans la réorganisation de leur activité. Cette interaction facilite la socialisation des gestionnaires au sein de la sphère médicale. Ils permettent l'intériorisation des valeur gestionnaires dans les services. Cette manière de faire permet de contrôler indirectement l'activité des médecins et par conséquent leur comportement.

2.2. Appropriation des médecins à des outils « normatifs »

Nous montrons que l'implication des médecins dans les objectifs gestionnaires, les encourage à prendre des initiatives et à se comporter comme des pionniers du changement. Nous montrons que les réorganisations initiées dans ce CHU entraînent des modifications dans le quotidien des médecins. Nous soulignons que les marges de manœuvres sont réduites par les médecins afin de rentrer dans une logique gestionnaire. Dans notre étude de cas, des acteurs administratifs spécifiques encouragent les professionnels (médecins) à se montrer pro-actifs afin de trouver des solutions pour réduire les coûts.

A travers les interactions entre cadres, DOP et médecins, nous avons montré les efforts réalisés par les professionnels de santé pour identifier les marges de surplus (de *slack*) pouvant être supprimées dans leur quotidien.

Les médecins prennent part aux modifications de leur fonctionnement, mais résistent lorsque les marges de sécurité (de *slack*) ne garantissent pas une prise en charge assurant la sécurité des patients. Il subsiste de la part des médecins des exigences en ce qui concerne la qualité de prise en charge des patients. Le médecin intègre alors la logique gestionnaire jusque dans une zone qu'il considère acceptable (une « zone acceptable du *slack* »). Les tensions entre les deux sphères persistent alors sur certains points.

Nos résultats vont dans le sens de McVey (2004), et suggèrent que le soutien de la direction est essentiel et encourage l'implication des médecins (Ellis et Hartley, 2000) dans la modification de leur fonctionnement. En développant des interactions et des échanges avec les professionnels, les membres de cette cellule semblent avoir un effet sur le long terme sur l'évolution des prises en charge. Cette cellule est un moyen de sensibiliser, développer de nouvelles réflexions, responsabiliser et mobiliser les professionnels de santé autour d'une même préoccupation : la réduction de gaspillage. Cette cellule implique les médecins de façon proactive dans la prise de décision et les soutient dans la recherche d'efficience. La transformation n'est pas immédiate, mais avec leur intervention continue dans les services cliniques, les professionnels de santé deviennent plus vigilants au « gaspillage » (réduction de DMS dû aux changements de protocoles de soins, de techniques opératoires, plateaux techniques, pharmacie) et tendent à prendre de nouvelles habitudes dans leur fonctionnement.

Par exemple, en interne, les services réalisent des conventions afin de fluidifier l'accès des patients à des services/plateaux techniques, et par la même occasion de diminuer la DMS (*slack* time). Des services s'organisent également pour senioriser les demandes d'accès à des plateaux techniques afin d'améliorer la pertinence des demandes d'exploration en Imagerie médicale. La DOP amène également les médecins à des réflexions sur les prescriptions médicamenteuses. La réduction du *slack* est alors favorisée par leur présence.

Le caractère hybride d'une bureaucratie professionnelle crée des frontières entre les acteurs porteurs de logiques institutionnelles concurrentes (Scott, 2001). Ainsi si la sphère administrative a pour objectif de répondre aux exigences financières, les professionnels de santé sont guidés par une logique de soin. Ainsi les valeurs mais aussi les buts poursuivis divergent,

entrainant des conflits. Carlile (2002) évoque la frontière syntaxique qui se manifeste par le fait que chaque groupe d'acteur, de par ses compétences, développe un langage propre. Toutefois, dans cette étude, nous soulignons que la **tenue du discours des médecins renvoie à la logique managériale**. L'appropriation des valeurs gestionnaires se manifeste dans l'acquisition d'un vocabulaire extérieur venu du monde privé. Par exemple, en décrivant leur activité, les médecins utilisent des termes comme « rentabilité », parlent de « recettes ». Ce qui nous paraît intéressant dans cet exemple est que les médecins utilisent ce langage couramment, ce qui montre que ce langage fait partie de leur quotidien. De plus, ceci ne représente pas un élément distinctif parmi nos répondants. Ainsi, illustré par l'usage de nouveaux mots **ainsi qu'au travers de leur comportement dans le soin**, **nos résultats montrent que les acteurs du soin interagissent et acceptent de nouvelles définitions de réalité (Berger et Luckmann, 1967).**

En conséquence, il semble que les tensions entre les logiques institutionnelles de ces deux mondes s'atténuent. En France, l'activité médicale, le « noyau » de l'hôpital tend à évoluer. En effet, les professionnels de santé ne déploient plus un bouclier contre les interventions de la sphère administrative. Ce découplage (Weick, 1976) soulignant le refus des médecins concernant l'aspect comptable, afin de conserver leur autonomie (Jones et Dewing, 1997), semble laisser place à une colonisation de l'*accountability* dans la sphère médicale. Si les travaux de Kurunmäki (2003) nous apprennent que l'existence d'un corps comptable tend à préserver l'activité clinique, en France, le constat est différent. L'*accountability* imprègne l'activité professionnelle des professionnels de santé et ceci est facilité par la présence d'administratifs spécifiques dans le cœur opérationnel ainsi que la volonté des médecins de se conformer aux chiffres.

Notre étude reconnaît que les médecins ont intégré dans leur routine quotidienne des changements dans le but de réduire les surplus non exploités, rentrent dans la chasse aux gaspillages, et intégrent le langage comptable dans leurs discours. Cette étude nous montre que cette infiltration est accompagnée par des acteurs administratifs qui amènent les changements dans un but commun et non comme une imposition venant de la direction.

Nos résultats nous indiquent que les gestionnaires chercheraient à trouver un équilibre pour concilier pressions institutionnelles (effectif constant) et internes (développer les activités), et viendraient réduire les ressources humaines (*slack* disponible) (Bourgeois and Singh, 1983) d'une unité, pour les consommer dans la création d'une activité supplémentaire. Si le *slack* représente un moyen de réduire les conflits (Cyert et March, 1963), dans notre cas, cela peut

entraîner des tensions entre services : la compétition pour garder une marge de ressources humaines (Bourgeois, 1981, p. 33) ne serait pas inter-sphère mais intra-services où les gestionnaires, dans un contexte d'effectif constants à respecter, auraient l'ascendant sur le portage des projets à privilégier.

2.3. Du mimétisme au maintien de la qualité de prise en charge

Les membres de la DOP ainsi que du DIM détiennent des indicateurs (durée moyenne de séjour selon les établissements) et réalisent des benchmarks. Pour permettre aux médecins d'objectiver leur point de vu, des indicateurs leur sont transmis comme par exemple les taux de remplissage et les durées moyennes de séjour. Ces indicateurs donnent l'opportunité de discuter des évolutions, analysent l'évolution de l'activité et des dépenses. Ces ratios leur permettent d'examiner les points de dysfonctionnements à améliorer et d'enrichir les réflexions. Les indicateurs, en rendant l'activité médicale visible, permettent aux gestionnaires de se comparer aux autres établissements, et par conséquent ces derniers souhaitent réduire les surplus, le *slack*, le mou dans la prise en charge. Ainsi, la cellule de la DOP contribue à augmenter la sensibilisation des équipes sur la nécessite de « faire comme les autres organisations ». La DOP intériorise les valeurs gestionnaires et introduit une « contreculture » qui tend à faire sa place dans les services médicaux puisque leurs justifications sont basées sur des arguments médicaux. Cet exemple constitue ainsi une forme active de contrôle culturel.

Dans une démarche d'amélioration, le discours des administratifs (DIM, DOP) se base sur des indicateurs issus d'expériences d'autres établissements français (benchmarking). Dans ce sens, l'argument médical légitime le chiffre, et représente dans un second temps un moyen de réduire la résistance aux changements. En effet, les données chiffrées couplées à la justification médicale issue d'expériences d'autres établissements français, contraint les médecins d'évoluer dans leur prise en charge. L'argument médical rend acceptable les changements pour les médecins et contribue à les faire adhérer à de nouvelles logiques financières. Comme souligné dans la littérature, nous avons également noté un mimétisme entre établissements mais aussi entre les médecins. En effet, ils analysent le fonctionnement de leurs pairs, dans les services d'autres établissements, dans le but d'obtenir des informations nécessaires à l'évolution de la prise en charge (et par conséquent de réduire le *slack* dans la prise en charge).

Nos résultats montrent que les médecins semblent œuvrer pour la réduction des temps morts. Par exemple, accompagnés de la DOP, ils déterminent les conditions qui minimisent les temps d'attentes entre deux patients lors de leur passage au bloc opératoire. La réduction de la DMS se déroule également par la modification des protocoles de soins (programme de Récupération Améliorée Après Chirurgie). **Les professionnels de santé acceptent les changements dans**

leur protocole lorsqu'ils en perçoivent la « légitimité » (qualité de prise en charge du patient équivalente aux fonctionnements passés).

Nos résultats montrent que les médecins sont leur propre chef dans la réorganisation et intériorisent les valeurs afin d'obtenir une autonomie, évitant ainsi le renforcement des contrôles plus formels.

La diffusion de l'*accountability* est facilitée par le fait que l'organisation et les services médicaux souhaitent se conformer aux chiffres d'autres établissements ; et ont besoin d'accéder à de nouveaux outils et de nouveaux savoirs.

Si la littérature indique que le maintien d'une légitimité médicale limiterait l'acquisition d'une légitimité managériale (Hoff, 1999). Dans notre cas, l'adhésion du médecin a de nouvelles pratiques et activités professionnelles semblerait renforcer son intégration institutionnelle et par conséquent sa légitimité managériale.

D'après nos résultats, les répondants n'énoncent pas de récompenses (en nature) (Schneider et al., 2013) par la direction pour avoir modifié leur fonctionnement (réduction du *slack*). En revanche, ils considèrent que leurs récompenses se trouvent dans la prestation réalisée ainsi que dans l'alignement des délais d'organisations comparables. Selon eux, la réduction de la DMS améliore la réputation de leur établissement. Une recherche de mimétisme pourrait alors représenter un levier réduisant le *slack*. Dans la littérature, les récompenses (Schneider et al., 2013, p. 362) sont considérées comme étant des moyens efficaces pour influencer les employés. Néanmoins, aucun de ces auteurs ne spécifie la nature des récompenses. D'après nos résultats, la DOP avançait que la réduction du *slack* gagnée au niveau des durées de séjours pourrait se réinjecter dans des innovations médicales. Cependant, lors des entretiens, les médecins n'ont pas pour la plupart donné d'exemples de récompenses concrets. Le *slack* absorbé (Bourgeois et Singh, 1983) semble ne pas être facilement redéployé.

Nous suggérons que par l'intervention du DIM, relayée au niveau des pôles par les cadres administratifs et de santé, la recherche de réduction des surplus se diffuse à l'ensemble des professionnels de santé. **De par sa position charnière entre la direction et les médecins, le DIM, issue du monde médical, contribue à renforcer les logiques managériales dans la sphère médicale**. Le DIM porte une réflexion sur les orientations à mettre en œuvre. Il met en avant la cohérence des buts respectifs des professionnels et de la sphère administrative, c'est à dire l'autonomie des médecins et l'importance de suivi d'indicateurs tels que la DMS. **Le DIM**

fait partie des membres dont le profil facilite l'acceptation de valeurs gestionnaires au niveau des professionnels de santé.

Toutefois, nos résultats soulignent qu'une réduction du slack pourrait avoir des effets sur les prestations de soins. Nos résultats semblent alors compléter ceux de Kalisch (2006) qui suggèrent que sous la pression du temps, le soutien affectif ainsi que l'enseignement (pédagogie patient, formation) auprès des patients seraient abandonnés. Nos résultats montrent que la mise en place d'indicateurs, de ratios tend à augmenter le nombre de patient à traiter par les infirmières. Ceci vient bousculer le fonctionnement des infirmières et entraîne une augmentation de la charge de travail. La réduction du *slack* amène les soignants à réfléchir sur un possible rationnement des soins (Schubert et al., 2009) pouvant entraîner un abandon dans leurs tâches de soins. Nos résultats montrent également que le *slack* absorbé au niveau des infirmières (augmentation du ratio de patients à traiter) entraîne une réduction du *slack* de la prise en charge des médecins (sorties prématurées). **Cet exemple questionne alors la sécurité ou encore la qualité de la prise en charge totale.** L'importance accordée à la réduction du *slack* peut amener les médecins à adopter des comportements déviants dans un esprit de soutien envers leurs collègues ou pour se conformer à la mesure. Les ressources nécessaires permettant de faire face aux imprévus tendent à être éliminées. Toutefois, les patients ne prenant pas le même temps de rétablissement ou de rééducation, le *slack* est alors nécessaire pour assurer, maintenir, protéger les unités de soins, afin qu'elles puissent s'adapter aux besoins de la population.

Au-delà de rendre des comptes, c'est un climat d'*accountability* que ce CHU développe, entretient et diffuse au sein des différentes strates de son institution, notamment dans la sphère des professionnels de santé.

Les points cités ci-dessus montrent la manière dont des dispositifs de l'*accountability* peuvent impacter et réorienter les subjectivités des professionnels de santé pour les rendre davantage compatible avec les objectifs organisationnels.

Plusieurs éléments empiriques montrent que le champ hospitalier se dirige de plus en plus vers une managérialisation : la multiplication d'agents administratifs chargés de « surveiller » l'activité médicale et l'introduction d'indicateurs quantitatifs qui font écho à « l'hôpital moyen » de Llewellyn et Northcott (2005). **Ces signes mettent en avant une certaine pression au « conformisme ».**

Le DIM et la DOP bénéficient d'une position favorable pour faire le lien entre les groupes d'acteurs et inciter les médecins à détenir une meilleure compréhension des logiques managériales. Ces cellules peuvent être considérées comme des intermédiaires facilitant les échanges entre les deux mondes. Il ressort de notre étude que leur présence a pour but **d'acculturer les acteurs de soins à la logique managériale**.

Dans notre étude de cas, le médecin opère à des changements dans son activité professionnelle lorsque les demandes de la sphère administrative reposent sur des arguments médicaux ou des arguments pouvant améliorer le fonctionnement de l'hôpital. En donnant des éléments chiffrés, en s'assurant que ces données soient comprises et en allant sur le terrain afin de trouver des compromis, la DOP œuvre pour un rapprochement entre ces deux mondes. Le but de la DOP est de faire évoluer les médecins dans la considération qu'ils ont des intérêts portés par la logique concurrente. La DOP vient également rechercher une compréhension des attentes des services médicaux, pour tenter de réconcilier les deux mondes. La communication, les interactions au quotidien ainsi que le partage d'informations viseraient à la **construction d'un sens commun**.

Nous considérons au regard de nos résultats, que la **DOP vient promouvoir une vision médico-économique au quotidien**, de la pédagogie et de l'accompagnement, catalysant les professionnels de santé autour d'un climat du chiffre. La DOP confère aux médecins des responsabilités pour se réorganiser, entrainant ainsi une implication et un engagement dans leur démarche.

Si la littérature nous indique que les médecins tentent de préserver la logique médicale (Jones et Dewing, 1997), notre étude montre que les médecins essayent désormais de trouver un équilibre afin d'articuler « logique patient » et logique économique, et ainsi de promouvoir le médico-économique.

Nos résultats montrent que ce CHU, confronté des pressions internes et externes, n'utilise pas une stratégie d'évitement (Oliver, 1991), favorisant un découplage entre la réalité des pratiques et l'apparence que l'organisation veut donner. Plus concrètement, il ne met pas en place des changements de façade. Les entretiens effectués confirment cette idée, notamment sous deux aspects :

- l'application des outils de l'*accountability* au travers du *reporting* de l'activité médicale a un impact conséquent sur les compétences gestionnaires des praticiens ;

- les indicateurs chiffrés diffusés en interne entraînent une modification de l'activité professionnelle des médecins

Après l'analyse des entretiens, il apparaît en effet que la plupart des entretiens semble confirmer l'influence de l'*accountability*, diffusé notamment au travers d'acteurs administratifs spécifiques, sur de nouvelles compétences dites gestionnaires des médecins. Par ailleurs, la majorité des professionnels de santé restructurerait leur organisation pour la rendre conforme aux indicateurs d'établissements voisins. Ils seraient ainsi sensibilisés et intégreraient l'importance de la réduction de surplus dans le but de maintenir en vie l'hopital public.

Ainsi, il semblerait qu'il existe une cohérence entre les buts organisationnels des deux sphères : répondre aux exigences financières tout en assurant une mission de service public, réduisant ainsi la résistance organisationnelle. Dans notre cas, sur la base du *slack* organisationnel, l'organisation vise à garder une cohérence, un compromis, entre les différentes logiques présentes au sein des organisations hospitalières.

Au final, notre cas illustre la montée en puissance des gestionnaires décentralisés qui, détenant des indicateurs chiffrés légitimant les arguments médicaux, sollicitent les médecins à modifier leur activité professionnelle.

Nos résultats illustrent la manière dont des administratifs importent certaines valeurs et logiques de leur environnement de travail dans les services médicaux. Nous suggérons que les pratiques et normes que ces gestionnaires introduisent dans la sphère médicale favorisent le développement d'une standardisation et d'une rationalisation de leur pratique. **En conservant leurs habitus de la sphère gestionnaire et en introduisant des indicateurs chiffrés, les acteurs administratifs peuvent participer à un « recouplage » entre l'activité médicale et les buts gestionnaires.**

Cette étude montre qu'un travail en faveur de la conciliation de logiques institutionnelles concurrentes semble porter ces fruits. Dans notre étude de cas, chaque monde, porteur d'une logique institutionnelle qui lui est propre, tente d'œuvrer, sur la réduction du *slack* organisationnel, vers une conciliation des logiques.

Conclusion de la section 2

Ce second point de discussion a montré que la Direction des Opérations et de la Performance contribue à diffuser l'idée que ce CHU doit se baser sur les indicateurs et par conséquent sur des pratiques d'autres établissements hospitaliers publics. Cette prise de conscience ne se diffuse pas uniquement sur quelques médecins, mais s'infiltre au sein de la sphère médicale.

L'implication des médecins dans les réorganisations suggérées par les gestionnaires, dans le but de réduire les surplus identifiés, favorise le maintien de leur identité médicale. Les membres de la DOP sont des agents sensibilisés aux valeurs médicales des médecins, ce qui aide à leur intégration, et à chasser la résistance des professionnels de santé. Malgré quelques exemples relativement rares, nous mettons en évidence que les médecins conservent la qualité de leur prise en charge malgré les modifications de leur organisation ou de leurs protocoles de soins. Nous montrons que les sphères gestionnaires et médicales convergent sur certains éléments (modification des protocoles de soins, pour améliorer la prise en charge, réduction des temps morts), ce qui nous amène à suggérer une **atténuation du clivage entre ces deux mondes**.

En intériorisant la logique managériale, les médecins sembleraient avoir appris à réduire les zones d'incertitudes pour concilier logique managériale et médicale.

CONCLUSION DU CHAPITRE 8

En synthèse, nous complétons dans notre travail la littérature en contrôle dans les organisations hospitalières en identifiant de nouvelles dimensions concernant les rôles mais aussi les effets de l'*accountability*.

Nous mettons en avant que les dispositifs de l'*accountability* permettent de **renforcer la légitimité** ainsi que le rôle de la sphère administrative vis-à-vis de la sphère médicale. Enfin nous soulevons que la création d'un **« climat d'*accountability* » diffusé par des acteurs administratifs spécifiques** oriente les professionnels de santé vers l'acquisition de nouvelles compétences gestionnaires ainsi que de nouveaux modes de raisonnement concernant leur activité professionnelle.

CONCLUSION DE LA PARTIE 4

En synthèse finale de notre discussion, notre recherche complète la littérature sur plusieurs dimensions concernant la « colonisation comptable » du secteur hospitalier.

En nous focalisant sur les effets intra-organisationnels de l'*accountability*, nos résultats montrent que les changements ne se limitent pas au seul développement de *reporting* exigé par les commissaires aux comptes. Nous suggérons que l'audit financier est un système d'*accountability* interne. Ces changements portent de nouvelles valeurs, renforçant le pouvoir de la sphère administrative en interne, notamment envers la sphère médicale avec laquelle elle est en tension. Ce dispositif d'*accountability* rend crédible la sphère administrative vis-à-vis de leurs actions et du discours tenu en interne.

Ainsi, partant des résultats de l'étude exploratoire menée auprès de 19 DAF, nous avons montré que la certification des comptes représente un outil pour **renforcer la légitimité de la sphère administrative par rapport à la sphère du soin**.

Dans l'étude de cas, nous avons mené plus de 40 jours d'observations et 45 entretiens semi-directifs à la fois concernant le point de vue des administratifs mais également des professionnels de santé. Nous avons ainsi mis en lumière les interactions de ces acteurs porteurs de logiques institutionnelles concurrentes.

Les résultats indiquent **l'existence d'un climat « d'*accountability* »** que nous définissons comme la résultante d'une politique de l'organisation, en particulier d'une communication de valeurs et d'idéaux, émanant d'acteurs administratifs spécifiques, sur un comportement attendu, et sur ce qui est approprié ou non. Perçu par les membres de l'organisation, le climat d'*accountability* agit comme une pression pour orienter les porteurs d'une logique spécifique à s'approprier une autre logique.

Ce climat d'*accountability*, favorise l'hybridation des médecins hospitaliers aux compétences gestionnaires. Par ailleurs, nous avons montré que le clivage entre ces deux sphères tend à s'atténuer sur la base du *slack* organisationnel. Nous suggérons, que par la présence du DIM et de la DOP, la sphère médicale se managérialise par l'appropriation de nouvelles compétences gestionnaires, par l'introduction d'une standardisation des pratiques (indicateurs DMS) et par une inflexion des valeurs qui entourent la sphère médicale. Notre

étude montre que les médecins tentent désormais de trouver un **équilibre afin d'articuler logique patient et logique managériale**.

Nous considérons au regard de nos résultats, que la DOP et les TIM viennent promouvoir une vision médico-économique au quotidien. Lorsque des recommandations portent sur l'activité professionnelle, le médecin semble œuvrer pour modifier son activité professionnelle. Désormais, le médecin raisonne autour d'un sens commun basé sur la **réduction du *slack*** présent dans la sphère médicale.

Ainsi, les deux logiques institutionnelles (médicale et managériale) présentes au sein des hôpitaux semblent se réconcilier, rendant la collaboration entre ces groupes plus aisée.

INTRODUCTION GENERALE

PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Chapitre 1 : Contexte de l'étude : l'hôpital public
Chapitre 2 : Cadre théorique et conceptuel

PARTIE 2 : REVUE DE LITTERATURE SUR L'*ACCOUNTABILITY* DANS LES HOPITAUX

Chapitre 3 : Les travaux menés à l'étranger sur l'*accountability*
Chapitre 4 : Les travaux menés en France sur l'*accountability*

PARTIE 3 : CADRE EPISTEMOLOGIQUE ET ETUDES EMPIRIQUES

Chapitre 5 : Epistémologie et méthodologie générale
Chapitre 6 : L'étude qualitative exploratoire
Chapitre 7 : L'étude de cas

PARTIE 4 : DISCUSSION

CONCLUSION GENERALE

- Objectifs et mise en œuvre de la thèse
- Synthèse des résultats obtenus
- Contributions
- Limites et perspectives de recherche

CONCLUSION GENERALE : synthèse des contributions, limites et pistes de recherche

Notre conclusion s'articule autour de trois points.

Nous exposons les objectifs de ce travail doctoral, puis synthétisons les résultats obtenus. Nous présentons ensuite nos contributions théoriques, méthodologiques et managériales et soulignons les limites de notre travail tout en présentant les pistes de recherche futures.

1. Objectifs et mise en œuvre de la thèse

Notre projet doctoral a pour ambition de comprendre les effets intra-organisationnels et les rôles de l'*accountability* au sein du secteur hospitalier public français. Plus spécifiquement, nous avons examiné la manière dont la sphère adminsitrative s'organise pour infiltrer la la sphère médicale. Ainsi, nous avons porté une attention accrue aux intéractions entre ces deux sphères.

Une de nos questions a été de s'interroger sur la capacité des dispositifs de l'*accountability* à rendre compte des actions d'une organisation hospitalière ainsi que de ces membres.

Cette interrogation nous a paru intéressante pour plusieurs raisons.

De manière empirique, les organisations hospitalières publiques représentent des terrains privilégiés pour étudier l'impact de l'*accountability*. Ces organisations offrent des contextes pertinents en raison de l'introduction de pressions institutionnelles traduites par la mise en œuvre de réformes. De plus en raison de la tension existante entre valeurs managériales et médicales, ce terrain nous permet d'étudier l'articulation entre des modes de contrôle administratif et professionnel. Cette tension renforce l'intérêt d'investiguer les dispositifs d'*accountability* dans ces organisations.

Méthodologiquement, les effets de l'*accountability* ont été déjà documentés par la littérature existante (Power, 2005). L'analyse des dispositifs tels que l'introduction de techniques budgétaires, méthodes comptables, indicateurs ont fait l'objet de recherche comme par exemple

sur le renforcement de la légitimité des organisations les adoptant (Covaleski et al., 1993), sur les membres les composant (Kurunmäki, 2003). Cependant, examiner les dispositifs d'*accountability* de manière détaillée ainsi que la manière dont les organisations hospitalières s'en emparent, reste un sujet peu étudié dans la littérature.

D'un point de vue théorique, notre thèse vise à nuancer les résultats de la littérature sur les effets des outils de contrôle ainsi que de les compléter.

La littérature a souligné que l'introduction de l'*accountability* a favorisé l'émergence de classements pour des organisations publiques (Espeland et Sauder, 2007) donnant la possibilité aux parties prenantes de questionner leur performance, et renforcant ainsi la légitimité des organisations (Covaleski et al., 1993). La littérature a également montré que les valeurs individuelles des professionnels peuvent être bousculées par ces dispositifs : il peut s'agir d'introduction d'outils budgétaires ou de méthodes comptables (Llewellyn et Northcott, 2005), de pressions organisationnelles (McGivern et al., 2015). Plus précisément, la littérature indique le concept de « colonisation comptable » (Power et Laughlin, 1992) par lequel de nouveaux outils comptables et budgétaires, des indicateurs modifient les hôpitaux (Chua et Degeling, 1993 ; Hood, 1991) ainsi que les valeurs de ces membres (Llewellyn et Northcott, 2005).

A travers la littérature portant sur les réformes du NPM, des recherches ont montré les effets de l'introduction d'outils de contrôle, des dispositifs d'*accountability* sur les organisations publiques et notamment hospitalières ainsi que sur les valeurs des professionnels qui en font partie.

Les résultats de notre revue de littérature montrent que l'introduction de l'*accountability* a contribué à créer progressivement l'idée d'une standardisation, d'une rationalisation dans le but de parvenir à une certaine efficience. L'introduction de nouveaux outils calculatoires et des indicateurs reconfigurent alors l'environnement du secteur hospitalier public.

Etudier au niveau micro le secteur hospitalier nous a semblé pertinent pour compléter les résultats de cette littérature. Par l'audit financier, une organisation hospitalière et par conséquent ces membres sont amenés à démontrer le respect des principes comptables, et à justifier de leurs actions, que ce soit en externe mais également en interne. De plus, la littérature met en avant une transformation des valeurs et des compétences des professionnels. Ce dernier point questionne ainsi la manière dont ces outils sont pensés et utilisés en interne : l'analyse des changements intra-organisationnels, au niveau de la sphère médicale, mérite plus d'attention notamment sur le rôle et les effets de l'*accountability* au sein de ces changements.

Mise en œuvre de la démarche de recherche

Le concept d'*accountability* et la théorie Théorie Néo-Institutionnelle constituent une approche complète pour examiner les réponses en interne des organisations aux différentes pressions coercitives de l'environnement. Afin d'étudier ces réformes, nous avons construit notre approche pour analyser ce qui a lieu au niveau intra sphères. Les effets intra-organisationnels de l'*accountability* ainsi que ses rôles constituaient l'objet de cette recherche doctorale. Nous sommes parties du constat que la place occupée par l'*accountability* dans le secteur public, notamment dans le secteur hospitalier, était prépondérante. Au vu de la difficulté de limitation du champ de compréhension de l'accountability, nous avons souhaité observer les manifestations de ce phénomène en interne selon deux dimensions.

Nous avons appliqué la TNI en posant la question de recherche générale de la manière suivante : **Comment les dispositifs de l'accountability sont-ils utilisés par les acteurs de la sphère administrative ? Quels sont les effets qui en découlent pour les professionnels de santé ?**

Plus précisément, ce travail se base sur recherche qualitative pour mieux comprendre comment les dispositifs de l'*accountability* influencent l'organisation hospitalière. Cette thèse vise à répondre à deux questions de recherches plus fines.

- Quels sont les effets intra-organisationnels de l'*accountability* à travers l'exemple de la certification des comptes dans le secteur hospitalier public ?

- Quels sont les rôles et effets de l'*accountability* dans la sphère médicale ?

En premier lieu, nous nous sommes focalisées sur l'impact interne de l'*accountability* à travers la certification des comptes (positionnement du point de vue des DAF). Nous avons mené une série d'entretiens exploratoires pour analyser les effets produits en interne par ce dispositif.

Par la suite nous avons choisi de réaliser une étude ethnographique dans un CHU pour accéder à une meilleure compréhension sur la manière dont les membres internes s'approprient ces dispositifs : nous nous sommes intéressées aux conditions permettant la diffusion de l'*accountability* au sein de la sphère médicale (point de vue des TIM et médecins). Enfin, dans un second temps, nous avons étudié également dans ce même CHU les effets de l'*accountability* sur la réduction du *slack* organisationnel. Un positionnement du point de vue de professionnels de santé et de certains administratifs (DOP, cadres) a été également adopté.

Ces études nous ont permis de collecter un nombre important de données. En synthèse, nous avons réalisé plus de 40 jours d'observation non-participante dans un CHU, réalisé plus de 64 entretiens (tableau 21), assisté à quelques réunions et exploité des données secondaires.

Tableau 21 : Synthèse des entretiens réalisés dans la thèse

Etude	Catégorie professionnelle	Nombre d'entretiens
Etude exploratoire	**Directeurs financiers (retenus pour l'étude)**	**19**
	Chargés de la certification des comptes	*3*
	Trésorier public	*1*
	Membres ARS	*2*
	Membres Banques	*3*
	Directeur général	*1*
	Membres ministères	*3*
	Total (1)	32
Etude de cas	TIM	15
	Médecins (première collecte)	6
	Infirmières	3
	Cadres de santé	5
	Cadres administratifs	3
	Puéricultrice	1
	DOP	2
	Médecins (deuxième collecte)	10
	Total (2)	**45**
	TOTAL GENERAL	77

Le processus de notre recherche a suivi le déroulement suivant (figure 15) :

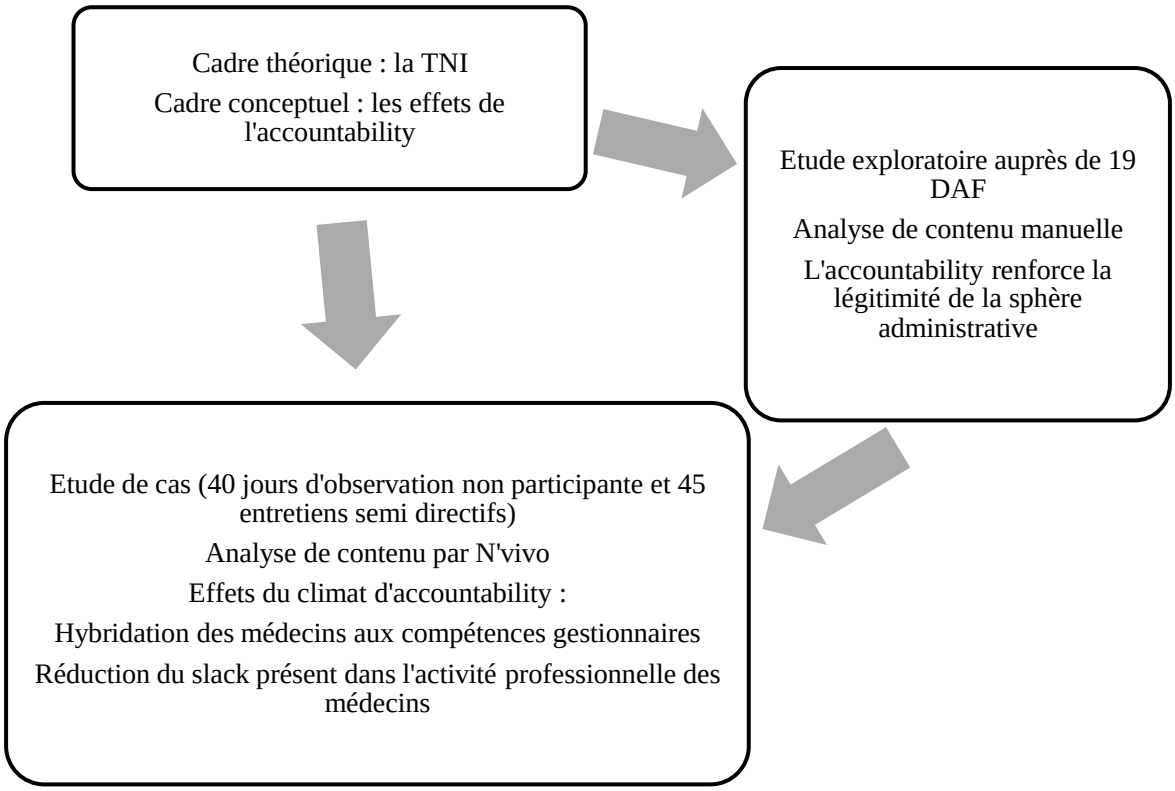


Figure 15 : Résumé du processus du travail doctoral

2. Synthèse des résultats obtenus

Dans le chapitre 6, il s'agissait de s'intéresser à la certification des comptes. Plus spécifiquement, notre interrogation concernait les effets en interne de cette obligation légale. Pour cela, nous avons mené une étude exploratoire (19 DAF retenus pour cette étude). Nos résultats montrent que les organisations hospitalières se mettent en état de marche pour répondre aux pressions coercitives, et adoptent des dispositifs internes. **Nos résultats suggèrent que le monde administratif tente de gagner en légitimité en adoptant des rites et symboles similaires à la sphère médicale avec laquelle il est en tension**.

Il ressort, de ce chapitre, que l'*accountability* se diffuse au sein de la sphère administrative et renforce la logique managériale vis-à-vis de la sphère médicale. **Cela nous laisse suggérer que la sphère administrative va poursuivre l'infiltration de l'*accountability* dans la sphère médicale.**

Dans le chapitre 7, il nous a semblé pertinent d'examiner de plus près l'infiltration de l'*accountability* au travers de l'hybridation des médecins aux compétences gestionnaires. C'est dans l'objectif d'identifier les conditions qui favorisent cette hybridation, que nous avons mené une observation-non participante de plus de 40 jours, ainsi que 21 entretiens semi-directifs dans une étude de cas. Nos résultats montrent l'importance relative du rôle que jouent des acteurs administratifs spécifiques (Techniciens d'Information Médicale) dans **l'hybridation des médecins** (*reporting* de leur activité médicale). Nos résultats mettent en avant également que leur soutien est crucial pour l'infiltration de l'*accountability* dans la sphère médicale. Ainsi cette étude de cas a mis en lumière une hybridation accompagnée des médecins par les TIM et par conséquent une atténuation du clivage entre ces deux sphères.

Pour approfondir l'infiltration de l'*accountability* dans la sphère médicale, nous avons choisi, de mener une seconde collecte de données dans ce CHU. Pour cela, des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec 13 professionnels de santé et 11 acteurs administratifs (membres de la DOP, cadres).

Les résultats ont mis en avant qu'un support de la part d'acteurs administratifs (notamment la cellule de la DOP), ainsi que des données chiffrées issues d'autres établissements, sont essentiels pour éclairer et impliquer les professionnels de santé sur la pertinence de la réduction du *slack*. Au vu de nos résultats, il ressort qu'un climat d'*accountability* vient hybrider les

médecins à des compétences gestionnaires mais aussi tend à modifier l'activité professionnelle des professionnels de santé. **Ce climat d'*accountability* mène les médecins à revoir leur « art » et modifier leurs protocoles de soins**. **Nous voyons également que sur la base d'une réduction du *slack* organisationnel, les conflits entre sphère médicale et gestionnaire semblent s'atténuer**.

De manière synthétique, nous avons mis en évidence que le contexte hospitalier public fait face à une augmentation du rendu de compte (*accountability*), et que son introduction n'est pas sans effets puisqu'il modifie la perception des DAF sur leur légitimité « à exercer », amène les médecins à s'hybrider à des compétences gestionnaires ainsi qu'à modifier leur activité professionnelle.

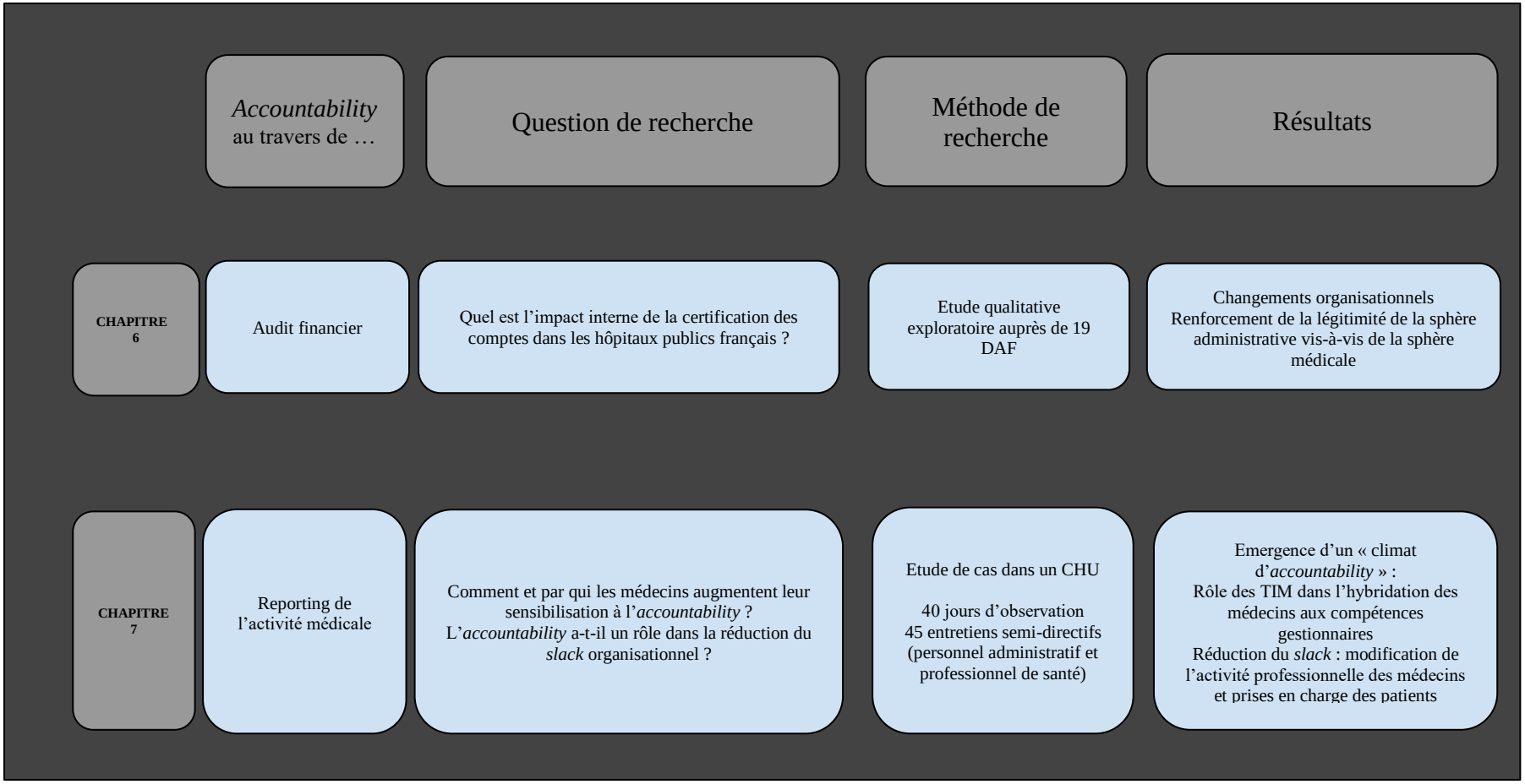
Notre premier point de discussion a porté sur les effets de la certification des comptes dans les hôpitaux publics français. Nous avons montré que le contrôle de la structure a des conséquences organisationnelles. Le rôle de l'audit financier, imposé par une obligation légale (loi HPST), semble se répercuter dans l'ensemble du secteur hospitalier public français. Nos résultats suggèrent que l'organisation hospitalière essaie d'élaborer une stratégie proactive afin d'améliorer la légitimité, notamment en interne. Nous avons choisi de nous positionner sur la perception des DAF : grâce à l'introduction de la certification des comptes, la sphère administrative se « sent » davantage légitime vis-à-vis de la sphère professionnelle avec laquelle elle est en tension.

Notre second point de discussion a porté sur l'infiltration de l'*accountability* dans la sphère médicale à travers le *reporting* de l'activité médicale. Nous avons montré comment les professionnels de santé s'approprient et s'hybrident aux compétences gestionnaires, illustrés au travers du codage de l'activité médicale. Nous avons montré que cette hybridation est accompagnée par des acteurs administratifs spécifiques : les Techniciens d'Information Médicale. Ce modèle de codage « partagé » permet également de sensibiliser les médecins aux logiques financières et semble faciliter la reconfiguration des prises en charge. Nous avons ainsi fait émerger le concept du climat « d'*accountability* ».

Notre étude de cas a porté sur l'effet du climat d'*accountability* sur la réduction du *slack* organisationnel. Nous avons montré que le CHU étudié, à travers la Direction des Opérations et de la Performance, cellule récemment mise en place au sein de ce CHU, favorise l'idée que l'organisation peut et doit être en conformité avec les ratios « plus performants » d'autres établissements. Ce benchmarking permet aux professionnels de santé de cette organisation

d’intérioriser de nouvelles normes et permet ainsi de réduire le *slack* organisationnel présent dans les prises en charge. Cette comparaison entre établissements légitime le chiffre et entraîne une modification de des protocoles de soins. Compte tenu des contraintes budgétaires et financières que l’hôpital connaît, ce CHU choisit de trouver des solutions en interne afin de réduire les surplus non exploités. En plus de gérer leur budget par pôle comme de « petites entreprises », ce CHU élargit les responsabilités des professionnels qui doivent être autonomes dans la réorganisation des prises en charge. Toutefois, l’objectif de la DOP consiste à déployer de nouveaux projets, accompagner les opérationnels dans de nouvelles prises en charge afin de réduire le *slack* organisationnel présent dans la sphère médicale.

La figure 16 résume les deux études empiriques constituant ce travail doctoral.



3. Contributions, limites et perspectives de recherche

Cette partie présente les contributions théoriques, méthodologiques et managériales, les limites ainsi que les perspectives de recherches.

Notre thèse identifie le manque de recherches qualitatives sur le champ de compréhension du concept de l'*accountability* en particulier au niveau des interactions entre acteurs de mondes et logiques différents dans le contexte hospitalier public français. Notre travail a la particularité d'explorer l'introduction de méthodes, et idéologies issues du privé dans le secteur hospitalier public.

En premier lieu, d'un point de vue théorique, ce travail doctoral a pour souhait d'enrichir l'analyse du concept de l'*accountability* en l'appliquant au secteur hospitalier public français et d'apporter une contribution à la théorie néo-institutionnelle. Notre recherche élargit le champ de compréhension du phénomène d'*accountability* et permet ainsi de renforcer la littérature en identifiant d'autres dimensions de l'*accountability* que celles déjà étudiées. L'étude d'un même thème sous des aspects différents a permis de donner tant un aperçu de l'infiltration de l'*accountability* tant dans la sphère administrative que médicale. Intégrer le concept d'*accountability* dans notre analyse nous a permis d'illustrer la façon dont ce concept à travers des outils pouvait influencer la perception des membres administratifs, les pratiques et les compétences des professionnels de santé (professionnalisme et le managérialisme). Notre travail montre que les aspects de l'*accountability* paraissent rendre l'organisation hospitalière gouvernable, et par conséquent sont disciplinants. Ils servent également à développer et à modifier les connaissances (par un apprentissage organisationnel).

Notre revue de littérature a permis d'identifier le rôle joué par l'*accountability* dans les relations intra-organisationnelles. La première étude de cette thèse propose de définir la certification des comptes, dispositif de l'*accountability*, comme un outil servant à renforcer la légitimité de la sphère administrative. Pour les établissements de santé, la cohérence des actions de la sphère administrative s'illustre dans la procédure, obligatoire, de certification. À travers elle, les DAF promeuvent des exigences liées à la qualité des comptes et au contrôle interne comptable et financier.

L'étude de cas contribue à comprendre en profondeur les effets que l'*accountability* engendre au niveau de la sphère professionnelle. Fondé sur un CHU pouvant être qualifié d'atypique de par le rôle joué par certains acteurs administratifs dans la sphère médicale, la seconde étude de cette thèse, montre comment des membres de la sphère administrative sensibilisent les médecins au *reporting* de leur activité (à l'*accountability*) ainsi que sur leur activité professionnelle.

Un autre apport de notre travail est de mettre en avant que les logiques médicale et gestionnaire peuvent ne plus être en conflit : le *slack* organisationnel serait un moyen de les résoudre. Concernant la sphère médicale, ceci montre que l'enracinement des données chiffrées dans le temps joue un rôle. Notre étude suggère également que le poids d'un climat d'*accountability* crée un phénomène venant modifier les caractéristiques de la sphère médicale. Nos résultats indiquent que les médecins intègrent les logiques financières et développent des comportements d'adaptation pour répondre à ces contraintes financières. Ils s'impliquent à revoir leurs protocoles de soins, la prise en charge de patients pour des raisons financières ainsi que par mimétisme avec les ratios obtenus d'organisations « plus performantes ».

Notre recherche complète la littérature existante en identifiant les effets intra-organisationnels de l'*accountability* (audit financier et mécanismes de *reporting*) et le rôle joué par certains acteurs administratifs dans l'infiltration de ce phénomène dans la sphère médicale. Nos résultats montrent que ces changements illustrent une managérialisation du champ hospitalier.

Le cas de notre CHU permet de montrer que son système d'*accountability* interne, centré sur la manière dont les membres internes sont rendus responsables de leurs actions, permet de développer des modes de contrôle quantifiés et formels.

La primauté des valeurs professionnelles sur la logique gestionnaire semble devenir floue. Notre travail indique que les voies de communication utilisées par cette organisation pour sensibiliser les professionnels de santé à l'*accountability* et ainsi pour les contrôler, représentent des leviers à privilégier pour les responsabiliser.

En deuxième lieu, d'un point de vue méthodologique, notre recherche poursuit la recherche de Power (2003) pour lequel peu d'études qualitatives sont menées sur le rôle de l'*accountability* dans la production de légitimité et renseignent peu de choses sur ses conséquences en pratique.

Notre travail contribue également à élargir le courant d'études ethnographiques dans le champ du comportement organisationnel, mêlant les sphères administrative et médicale. Ce point constitue une approche originale pour faire ressortir les perceptions de ces deux mondes. Plusieurs travaux se sont intéressés aux effets intra-organisationnels de l'*accountability* dans le secteur public, mais à notre connaissance, peu de recherches se centrent sur les interactions entre les acteurs des sphères administrative et médicale. En analysant l'appropriation de ces dispositifs de contrôle dans ces deux sphères, nous fournissons une vision détaillée des dispositifs d'*accountability*. L'analyse des interactions entre ces deux sphères constitue également un point important de notre étude, et souligne la manière dont la sphère administrative s'organise pour infiltrer l'*accountability* dans la sphère médicale.

En troisième lieu, au niveau managérial, ce travail nous permet de proposer des lignes d'actions pour les organisations hospitalières étant concernées par nos problématiques de recherche. Nous estimons que les résultats de cette recherche permettent une compréhension accrue du concept d'*accountability*, de ses effets, et éclairent les gestionnaires sur l'utilité de ses outils.

Concernant notre première étude, nous avons constaté que les organisations s'engagent de manière active aux pressions coercitives. Nous voyons une prise de conscience des DAF sur l'intérêt de la certification que ce soit par la modification des procédures de contrôle interne, ou sur l'intérêt de disposer d'information fiable pour le pilotage de leur institution. La certification devient un outil de reconnaissance symbolique du professionnalisme de la sphère administrative. Les résultats de ce projet de recherche fournissent aux gestionnaires des résultats empiriques sur des réponses organisationnelles à privilégier pour arriver à sensibiliser les membres à ce projet.

Notre recherche doctorale a également mis en lumière le rôle central d'acteurs administratifs sur la sensibilisation des médecins aux *reporting* de leur activité. Notre travail montre qu'il est important de sensibiliser les organisations hospitalières à la nécessité d'intégrer des TIM dans les services médicaux. Il nous semble important que les médecins aient un accompagnement à l'apprentissage du *reporting* de l'activité médicale sur le long terme. Il découle de ce constat que la ligne managériale a un double rôle à exercer : faire preuve de maîtrise sur les compétences gestionnaires mais également médicales. Pour les organisations hospitalières, la formation initiale et continue des TIM à l'organisation des prises en charge est un facteur de réussite de cette interaction. Notre étude peut être considérée comme un argument en faveur d'un codage partagé médecins – TIM. Les établissements de santé pourraient alors adopter un

accompagnement personnalisé en fonction des médecins. Ceci fournit un point de départ pour d'autres recherches afin d'aider les hôpitaux à optimiser « leur rendu de comptes » et sensibiliser les médecins aux logiques financières.

La problématique de l'appropriation des données chiffrées de la sphère médicale représente un intérêt managérial pour les organisations hospitalières. Face aux pressions budgétaires ainsi que la résistance et la défiance des professionnels, il nous paraît intéressant pour une organisation de pouvoir connaître les solutions afin de faire coexister les deux sphères. L'interaction TIM-médecins lors du codage partagé souligne que les relations entre les sphères auraient tendance à s'améliorer.

Notre travail montre qu'il est important de sensibiliser les organisations hospitalières à la nécessité d'intégrer des outils d'*accountability*. Notre recherche doctorale a mis en lumière le rôle du climat d'*accountability*, concept qui semble être prometteur et représente une voie d'amélioration concernant la sensibilisation des réductions de surplus auprès des médecins. Le climat peut être un outil utile pour aider la direction à éviter les divergences entre sphères et à communiquer plus efficacement au sein des structures. Pour le succès organisationnel, il est important que la ligne managériale (au travers de la DOP) sollicite et implique les médecins dans les phases d'évolution de leur fonctionnement. Un manque de participation des médecins, ainsi qu'un manque de communication de données chiffrées, auraient des conséquences sur leur engagement envers l'organisation. Ces échanges, étant selon nous une condition préalable importante pour soutenir les changements organisationnels, devraient perdurer dans le temps, permettant de partager les retours. Pour cela, il faudrait davantage regrouper physiquement les professionnels de santé et les gestionnaires, soit en intégrant souvent les gestionnaires aux réunions de pôle, soit en faisant intervenir fréquemment les médecins dans des réunions de direction.

Ainsi, la connaissance de ces phénomènes permettrait aux directeurs d'établissements hospitaliers d'envisager des solutions pour améliorer le fonctionnement de l''organisation.

Limites et pistes de développement de ce travail de recherche

Cette partie esquisse les principales limites de la recherche, ouvrant la voie à plusieurs perspectives de recherches pour de futurs travaux

Nous avons dû faire des choix, et ainsi renoncer à d'autres possibilités. De manière synthétique, si notre connaissance sur le concept d'*accountability* a progressé, ce travail apporte un éclairage limité puisqu'il se concentre seulement sur une analyse intra-organisationnelle et n'analyse pas la démarche d'*accountability* au niveau sociétal. Nous nous intéressons à la manière dont les systèmes de l'*accountability* peuvent servir au pilotage de l'organisation et non orientés vers l'extérieur.

Mesures basées sur la perception

Nous avons choisi de réaliser des études qualitatives ainsi que de fonder nos résultats sur la perception, le discours des répondants et l'aspect déclaratif de leurs réponses, qui sont sujets à interprétation (Miles et Huberman, 2003). Ceci limite par conséquent l'accès à une forte population. Nos résultats ne sont donc pas généralisables. De plus, une limite est liée au contexte de l'étude. Nous avons mené notre étude dans une période où les changements sont récents et le membres internes sont sensibles et inquiets de l'avenir du secteur hospitalier public. Il est possible que les acteurs, interrogés dans la seconde étude, perçoivent les changements comme appropriés en raison de « pressions éthiques ».

Il serait donc intéressant à l'occasion de recherches futures de réaliser une étude quantitative afin d'élargir les possibilités de réponse.

Les personnes interviewées

Dans notre étude de cas, nous avons mené 64 entretiens (administratifs et professionnels). Néanmoins, il aurait été intéressant de compléter notre immersion par des entretiens avec d'autres gestionnaires tels que les membres du contrôle de gestion. Ceci aurait pu nous permettre de mieux comprendre le discours de ces agents concernant leurs perceptions de l'appropriation des outils budgétaires que s'en font les médecins. Il serait intéressant de mieux comprendre comment les médecins pourraient réagir si les coûts de revient des séjours étaient présentés de manière précise. En effet, les TIM sont des vecteurs de ces informations lors du codage partagé, mais ne présentent que des chiffres approximatifs. En codant leur activité, les médecins pourraient prendre conscience de l'écart entre les recettes perçues et le coût de revient du séjour. Observer leur réaction pourrait être une piste de recherche.

Étude exploratoire

Dans notre première étude, nous avons privilégié une étude exploratoire. L'échantillon étudié est varié et possède des particularités pouvant influer les résultats (Biétry *et* Creusier, 2013). Pour être validé, il faudrait d'étendre nos recherches auprès d'autres établissements hospitaliers du secteur public. De plus, notre étude s'est portée sur l'impact interne des outils de l'*accountability,* uniquement au sein des hôpitaux publics français. Il serait alors opportun d'observer et de comparer ses effets dans d'autres établissements du secteur public (Collectivités territoriales). A ce sujet, en 2016, nous avons rencontré un administrateur des Finances Publiques (Ministère de l'Economie et des finances) en charge des comptabilités locales, souhaitant connaître les résultats observés dans le secteur hospitalier, avant de lancer une expérimentation de la certification aux collectivités locales. Il serait pertinent de se rapprocher de cet organisme afin de comparer les effets de l'introduction de la certification dans leur secteur (premier exercice de certification est fixé à 2020, loi du 7 août 2015).

De plus, nous avons étudié les effets de l'*accountability* sans intégrer le point de vue des citoyens. La prise en compte de leurs perceptions est nécessaire pour donner une vue d'ensemble des effets. En effet, la certification des comptes répond à un impératif démocratique, en justifiant de l'utilisation des fonds publics vis-à-vis des citoyens. Peu de travaux ont cherché dans quelle mesure les outils de l'*accountability* tels que les certifications participent au renforcement de la confiance des citoyens dans les services publics. Les travaux réalisés s'attachent davantage à souligner l'émergence des procédures participatives qui participent à la reconnaissance de la place accordée aux citoyens dans les processus de décision publique (Bherer, 2011), ou d'autres qui montrent comment l'audit financier (Power, 2005) assure la légitimité managériale de l'organisation (Broadbent et Guthrie, 2008 ; Modell 2009). Dès lors, il est intéressant de comprendre les effets des certifications mises en place dans le secteur hospitalier public, en particulier sur confiance et sur la prise de décision des citoyens, concernant leur choix d'hôpital.

C'est dans cette direction que nous poursuivons cette recherche. Cette étude a été présentée au 9ème symposium international « Regards croisés sur les transformations de la gestion et des organisations publiques » (Tunis, 2018).

De plus, la certification des comptes est une obligation légale récente. La certification a été appliquée pour la première fois sur les comptes de l'exercice comptable de 2014 (en 2015). Or notre étude a débuté en 2015. Ce délai est donc très court et ne reflète pas toutes les réponses

organisationnelles introduites par la suite. Une démarche méthodologique qui nous semblerait pertinente pour de futurs travaux serait une démarche longitudinale.

Lors de notre étude exploratoire, il aurait été intéressant de compléter nos entretiens avec des professionnels de santé, ce qui aurait pu permettre de valider les perceptions des DAF. Nous avons sélectionné ces gestionnaires en fonction de leur proximité avec le dispositif de certification des comptes : nous sommes conscients que ce choix ne nous permet pas de disposer de points de vue complémentaires sur le rôle de la certification des comptes. Une des pistes de recherches serait de comprendre comment est perçu la certification des comptes par les professionnels de santé et si cet outil renforce leur confiance dans les chiffres émis par la sphère administrative.

Étude sur un cas unique

Nous avons réalisé par la suite une étude de cas dans un CHU qui nous a permis de connaître les perceptions des acteurs dans leur situation organisationnelle et leur appropriation des mécanismes de contrôle. Notre perspective a été de mieux comprendre le rôle de l'*accountability* au sein de cette organisation connaissant des changements organisationnels.

Toutefois, une étude plus longue dans cet établissement aurait pu nous permettre d'obtenir des données plus riches. De plus, nous ne pouvons pas généraliser les résultats (Miles et Huberman, 2003).

Nous avons également exclu le point de vue des usagers. A ce sujet, l'ANDAR (Association Nationale de Défense contre l'Arthrite Rhumatoïde) nous a ouvert de nouvelles perspectives de travaux sur notre thématique de recherche, susceptibles de nous permettre de connaître les perceptions des usagers sur l'*accountability*. Ainsi, un échange auprès de l'ANDAR nous a permis d'amorcer les discussions sur une collaboration qui devrait démarrer dans un futur proche. De par cette opportunité, une recherche-intervention pourrait être également menée afin de réfléchir avec les professionnels à une politique de gestion qui soit à la fois adaptée aux soignants et puisse mener à garantir une qualité des soins.

La perception de climat d'*accountability* par les usagers pourrait représenter une perspective de recherche. Nous pourrions mener une étude sur la perception des usagers quant à la qualité et la sécurité de prise en charge de leur séjour (en lien avec l'effet du climat d'*accountability* sur la réduction du *slack* organisationnel) ou bien connaître leur point de vue concernant l'introduction des outils d'*accountability*. Les usagers s'appuient-ils sur les éléments issus de

l'*accountability* pour le choix de leur établissement ? L'*accountability* au travers des dispositifs de certification des comptes ou certification qualité renforcent-ils la légitimité des organisations de santé ? Sur quels autres éléments les usagers se fondent-ils concernant leur choix d'hôpital ? Il serait ainsi pertinent de savoir si l'*accountability* renforce la confiance des usagers, améliore le fonctionnement des hôpitaux et par conséquent la qualité des soins prodigués.

Par ailleurs, ce CHU présente un financement assuré par l'assurance maladie, ce qui ne lui permet pas de détenir une indépendance financière. Une des pistes de recherche pourrait alors porter sur l'intérêt de réaliser une immersion ou une étude longitudinale dans une clinique privée afin d'élargir la variété des cas et comprendre en quoi la nature des financements d'une organisation contribue à influencer la managerialisation du secteur des soins.

Influence du chercheur sur son terrain

Compte tenu de notre immersion et de notre proximité avec nos interlocuteurs dans notre étude de cas, cette réflexion sur l'influence que nous avons pu avoir, semble nécessaire. Nous avons pris conscience que nous avons accédé à certains entretiens car notre interlocuteur était compatissant devant une jeune doctorante. Comme le soulignent Hammersley et Atkinson (2007), l'âge du chercheur peut tant représenter un atout pour s'intégrer facilement mais peut également avoir une incidence sur les données recueillies.

Dès lors, une réflexion sur la façon dont nous avons pu biaiser les contacts avec notre terrain et par conséquent influencer la collecte de données est pertinente.

Voie d'approfondissement en mobilisant d'autres cadres théoriques

Nous mettons en avant des limites relatives au cadre théorique mobilisé dans cette thèse. La mobilisation d'autres cadres théoriques nous parait pertinente afin de nous permettre d'approfondir et de mieux comprendre le phénomène de l'*accountability*.

La théorie de la gouvernementalité (Foucault, 1994) pourrait être mobilisée. Dans notre cas, les outils de l'*accountability* servent à construire des espaces visibles, exercent une forme de contrôle, donnent une image du réel et permettent un contrôle à distance de l'activité des médecins (Latour, 1995). Ces outils deviennent ainsi disciplinant et s'inscrivent dans un courant foucaldien. Ce travail avance également que l'utilisation des outils de l'*accountability* peut induire des changements profonds au sein du secteur hospitalier public, tant sur les rôles, les compétences, la structure organisationnelle que sur les consciences, et laisse suggérer des effets

pervers. Cependant, peu d'études dans le secteur hospitalier public français les mettent en évidence. Il serait alors opportun d'étudier les possibles effets pervers de l'*accountability*.

Cette recherche amène ainsi à une multitude de perspectives de recherches sur les effets et le rôle de l'*accountability* dans le secteur hospitalier public.

Ce travail doctoral a permis de mieux comprendre les effets intra-organisationnels de l'*accountability* ainsi que ses rôles dans le secteur hospitalier public français. En synthèse, cette thèse appuie l'idée que les dispositifs d'*accountability* sont utilisés par la sphère administrative pour renforcer la logique managériale sur des acteurs issus d'un monde différent. Ainsi, le savoir traditionnel des professionnels de santé intègrent désormais des dispositifs d'accountability. De ce fait le clivage pointé dans la littérature entre leur « science » et les « chiffres » semble se réduire et laisser place à une conciliation entre logique managériale et médicale.

Pour clôturer ce travail de quatre ans, nous reconsidérons la célèbre maxime de François Rabelais « **Sciences sans conscience n'est que ruine de l'âme** ». Si Naro (2015) nous interpellait en la repensant en tant que « Efficience sans conscience n'est que perte de sens », pourrait-on reprendre, au vu de notre étude, cette maxime par « **Sciences avec efficience marque la fin du clivage** ».

BIBLIOGRAPHIE

A

Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C. (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological services*, 3(1), 61.

Abbott, A. (1988). Transcending general linear reality. *Sociological theory*, 169-186.

Abernethy, M. A., & Stoelwinder, J. U. (1995). The role of professional control in the management of complex organizations, 20(1), 1-17.

Abrahamson, E. (1991). Managerial fads and fashions: The diffusion and rejection of innovations. *Academy of management review*, 16(3), 586-612.

Agamben, G. (2007). Qu'est-ce qu'un dispositif?, trad. *Payot & Rivages, Paris*.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H. & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, 20(3), 43-53.

Allard-Poesi F. et Maréchal C. (1999). Construction de l'objet de la recherche, in R.A. Thiétart et al., Méthodes de recherche en management, Dunod.

Allard-Poesi F. et Maréchal, C. (2007), La construction de l'objet de recherche, in Thietart

Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2014). *Fondements épistémologiques de la recherche* (No. hal-01123725).

Allsop, J. (2006). Medical dominance in a changing world: the UK case. *Health Sociology Review*, *15*(5), 444-457.

Almqvist, R., Grossi, G., van Helden, J., & Reichard, C. (2013). Public sector governance and accountability. *Critical Perspectives on Accounting*, 24(7-8), 479-487.

Angelé-Halgand, N., & Garrot, T. (2015). Discipliner par le chiffre: l'hôpital financiarisé au risque de la réification?. *Entreprises et histoire*, (2), 41-58.

Ansari, S., & Euske, K. J. (1987). Rational, rationalizing, and reifying uses of accounting data in organizations. *Accounting, Organizations and Society*, 12(6), 549-570.

Arborio, A. M., Cohen, Y., Fournier, P., Hatzfeld, N., Lomba, C., & Muller, S. (2008). *Observer le travail: histoire, ethnographie, approches combinées* (p. 352). Paris: La Découverte.

Armstrong, P. (2002). The costs of activity-based management. *Accounting, Organizations and Society*, 27(1-2), 99-120.

Arnaboldi, M., & Lapsley, I. (2003). Activity based costing, modernity and the transformation of local government: a field study. *Public Management Review*, 5(3), 345-375.

Arnaboldi, M., & Lapsley, I. (2004). Modern costing innovations and legitimation: a health care study. *Abacus*, 40(1), 1-20.

Arnaboldi, M., & Lapsley, I. (2005). Activity based costing in healthcare: a UK case study. *Research in Healthcare Financial Management*, *10*(1), 61-75.

Ashburner, L., Ferlie, E., & FitzGerald, L. (1996). Organizational transformation and top-down change: the case of the NHS. *British Journal of Management*, 7(1), 1-16.

Ashforth, B. E., & Gibbs, B. W. (1990). The double-edge of organizational legitimation. *Organization science*, *1*(2), 177-194.

Ashworth, R., Boyne, G., & Delbridge, R. (2007). Escape from the iron cage? Organizational change and isomorphic pressures in the public sector. *Journal of public administration research and theory*, *19*(1), 165-187.

Australian House of Representatives Standing Committee (AHRSC, 1990). *Not Dollars Alone: Review of the Financial Management Improvement Program* (Canberra: Australian Government Publishing Service).

Avenier, M. J., & Gavard-Perret, M. L. (2012). *Inscrire son projet de recherche dans un cadre épistémologique* (No. halshs-00355392).

Ayache, M., & Dumez, H. (2011). Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective?. *Le Libellio d'Aegis*, *7*(2-Eté), 33-46.

B

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu* (Vol. 69). Paris: Presses universitaires de France.

Bardin, L. (2003). L'analyse du contenu. 7ème. *Paris: PUF*.

Bardin, L. (2007). L'analyse de contenu (Paris: PUF, 2007);

Bardin, L. (2013). L'analyse de contenu. 2 édition. *Paris: Presses universitaires de France*.

Baret, C., & Robelet, M. (2010). Quelles nouvelles pratiques pour réduire les tensions de la relation patient-soignant à l'hôpital. Dans D. Retour, M. Dubois, & M. Bobillier Chamon, Relations de services. Nouveaux usages, nouveaux usagers. Bruxelles: De Boeck.

Barley, S. R., & Tolbert, P. S. (1997). Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution. *Organization studies*, *18*(1), 93-117.

Battilana, J. (2006). Agency and institutions: The enabling role of individuals' social position. *Organization*, *13*(5), 653-676.

Battilana, J., & Dorado, S. (2010). Building sustainable hybrid organizations: The case of commercial microfinance organizations. *Academy of management Journal*, *53*(6), 1419-1440.

Battilana, J., & Lee, M. (2014). Advancing research on hybrid organizing–Insights from the study of social enterprises. *The Academy of Management Annals*, *8*(1), 397-441.

Baumard P. (1994). *Organisations déconcertées : Les transformations de la connaissance dans la gestion de situations ambiguës*. Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Paris IX-Dauphine.

Baumard, P., Ibert, J., & Xuereb, J. M. (2003). *La collecte de données et la gestion de leurs sources THIETART, R.-A. Méthodes de recherche en management. Paris, Dunod*, 224-256.

Beaud, S., & Weber, F. (2011). *Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques.* Paris: La Découverte.

Beckert, J. (1999). Agency, entrepreneurs, and institutional change. The role of strategic choice and institutionalized practices in organizations. *Organization studies*, 20(5), 777-799.

Bensedrine, J., & Demil, B. (1998). L'approche néo-institutionnelle des organisations. *Repenser la stratégie*, 85-110.

Bérard, É., & Steyer, V. (2013). La responsabilité contractuelle à l'hôpital: Un modèle fonctionnel malgré tout?. *Revue française de gestion*, (237), 147.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1967). The social construction of realiy. *London, Allen Lane*.

Bergeron, H., Castel, P., & Nouguez, É. (2013). Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière. *Revue française de sociologie*, *54*(2), 263-302.

Bernardini-Perinciolo, J. (2016). *La conciliation de logiques institutionnelles concurrentes dans une organisation hybride via un manager-hybride et une equipe pluridisciplinaire: le cas d'un pôle d'activité clinique* (Doctoral dissertation, Aix-Marseille).

Besharov, M. L. (2014). The relational ecology of identification: How organizational identification emerges when individuals hold divergent values. *Academy of Management Journal*, *57*(5), 1485-1512.

Bethoux, R., Kremper, F., Poisson, M., & de La Genière, R. (1986). *L'audit dans le secteur public: méthodes et pratiques*. Clet.

Bherer, L. (2011). Designing public engagement mechanisms: The role of professionals in the public participation field. *European Consortium for Political Research], Joint Sessions in St. Gallens,[12-17 April 2011]*.

Biétry, F., & Creusier, J. (2013). Proposition d'une échelle de mesure positive du bien-être au travail (EPBET). *Revue de gestion des ressources humaines*, (1), 23-41.

Blomgren, M. (2003). Ordering a profession: Swedish nurses encounter new public management reforms. *Financial Accountability & Management*, *19*(1), 45-71.

Bloomfield, B. P., Coombs, R., Cooper, D. J., & Rea, D. (1992). Machines and manoeuvres: responsibility accounting and the construction of hospital information systems. *Accounting, Management and Information Technologies*, *2*(4), 197-219.

Bode, I. & Byrkjeflot, H. (2013). Moving Forward on fragile Bridges, The management of incompatibilities in hybrid public sector organizations, 29th EGOS Colloquium, Montréal, 4-6 July;

Bode, I. (2013). Processing institutional change in public service provision. *Public Organization Review*, *13*(3), 323-339.

Boisguérin, B., & Brilhault, G. (2015). Le panorama des établissements de santé.

Boiteau, K. (2016). *La sociologie de la traduction comme révélateur des freins et des facilitateurs de la conduite du changement à l'hôpital public* (Doctoral dissertation, Aix Marseille Université;).

Boitier, M., & Rivière, A. (2010). Le budget, outil de diffusion d'un nouveau modèle de pilotage des universités?. *2ème prix FutuRIS de l'Association Nationale de la Recherche et de la Technologie (ANRT), Paris*.

Bolton, S. C. (2004). Emotion management in the workplace. Macmillan International Higher Education.

Bonnici, B. (2007). L'hôpital: obligation de soins, contraintes budgétaires (Vol. 5247). Documentation française.

Bouquin, H. (2004). Le contrôle de gestion (No. halshs-00147205).

Bourgeois III, L. J. (1981). On the measurement of organizational slack. *Academy of Management review*, *6*(1), 29-39.

Bourgeois III, L. J., & Singh, J. V. (1983, August). Organizational Slack and Political Behavior Among Top Management Teams. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 1983, No. 1, pp. 43-47). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.

Bourret, C. (2007). Partager l'information pour dépasser les frontières institutionnelles et professionnelles ou le défi des réseaux de santé dans le système de santé français, *35th Annual*

Conference Information Sharing in a Fragmented Word. Crossing Boundaries, ACSI (Association Canadienne des Sciences de l'Information), Université Mc Gill, Montréal, 10-12 mai.

Bovens, M. (2007). Analysing and assessing accountability: A conceptual framework 1. European law journal, 13(4), 447-468.

Boxenbaum, E., & Jonsson, S. (2008). Handbook of organizational institutionalism. The Handbook of Organizational Institutionalism, 78-98.

Boxenbaum, E., & Jonsson, S. (2017). Isomorphism, diffusion and decoupling: Concept evolution and theoretical challenges. The Sage handbook of organizational institutionalism, 2, 79-104.

Brabet, J. (1988). Faut-il encore parler d'approche qualitative et d'approche quantitative?. *Recherche et Applications en Marketing* (French Edition), 3(1), 75-89.

Brignall, S., & Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. *Management accounting research*, 11(3), 281-306.

Brinkerhoff, D. W. (2004). Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health policy and planning*, *19*(6), 371-379.

Broadbent, J., & Guthrie, J. (1992). Changes in the public sector: A review of recent "alternative" accounting research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *5*(2).

Broadbent, J., & Guthrie, J. (2008). Public sector to public services: 20 years of "contextual" accounting research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21(2), 129-169.

Broadbent, J., & Laughlin, R. (1997). Developing empirical research: an example informed by a Habermasian approach. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 10(5), 622-648.

Broadbent, J., & Laughlin, R. (1997). Developing empirical research: an example informed by a Habermasian approach. *Accounting, Auditing & Accountability Journal, 10*(5), 622-648.

Broadbent, J., & Laughlin, R. (1998). Resisting the "new public management": absorption and absorbing groups in schools and GP practices in the UK. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *11*(4), 403-435.

Broadbent, J., & Laughlin, R. (2005). Organisational and accounting change: theoretical and empirical reflections and thoughts on a future research agenda. *Journal of Accounting & Organizational Change*, *1*(1), 7-25.

Broadbent, J., Jacobs, K., & Laughlin, R. (2001). Organisational resistance strategies to unwanted accounting and finance changes: the case of general medical practice in the UK. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *14*(5), 565-586.

Brown, J. S., & Duguid, P. (2001). Knowledge and organization: A social-practice perspective. *Organization science*, 12(2), 198-213.

Brunsson, N. (2006). Mechanisms of hope: Maintaining the dream of the rational organization (pp. 239-p). Copenhagen: Copenhagen Business School Press.

Brunsson, N., & Olsen, J. P. (1993). *The reforming organization*. Routledge.

Brunsson, N., & Sahlin-Andersson, K. (2000). Constructing organizations: The example of public sector reform. *Organization studies*, *21*(4), 721-746.

Budet, J., Pericard, P., & Vigneron, E. (2008). Territoires et santé: pour servir le débat public autour du projet de loi Hôpital, patients, santé, territoires. *Revue hospitalière de France*, 525, 42-57.

Burellier, F. (2011). *Etre ou ne pas être médecin-gestionnaire? Etude de la transition vers le rôle de responsable de pôle au sein des hôpitaux publics français* (Doctoral dissertation, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Grenoble).

Burellier, F., & Valette, A. (2011). Garder ou tomber la blouse?. *Journal d'économie médicale*, *29*(6), 336-345.

Burns, J., & Scapens, R. W. (2000). Conceptualizing management accounting change: an institutional framework. *Management accounting research*, *11*(1), 3-25.

Byrkjeflot, H., & Kragh Jespersen, P. (2014). Three conceptualizations of hybrid management in hospitals. *International Journal of Public Sector Man*agement, 27(5), 441-458.

Byrkjeflot, H., Christensen, T., & Lægreid, P. (2014). The many faces of accountability: Comparing reforms in welfare, hospitals and migration. *Scandinavian Political Studies*, 37(2), 171-195.

C

Cameron, K. S., Freeman, S. J., & Mishra, A. K. (1993). Downsizing and redesigning organizations. *Organizational change and redesign*, 19-63.

Campanale, C., & Cinquini, L. (2016). Emerging pathways of colonization in healthcare from participative approaches to management accounting. *Critical Perspectives on Accounting*, *39*, 59-74.

Capdevielle- Mougnibas, V. (2009). Intérêts et limites de la méthodologie Alceste pour le vécu de l'annonce de diagnostic. *Critical Thinking in Health Psychology, International Society of Critical Health Psychology*, 6th Biennal Conference, Lausanne.

Cappelletti, L. (2006) Vers une Institutionnalisation de la Fonction Contrôle Interne?, *Comptabilité, Contrôle, Audit*, Vol. 12, No. 1 pp. 27-44

Cardinaels, E., & Soderstrom, N. (2013). Managing in a complex world: Accounting and governance choices in hospitals. *European Accounting Review*, 22(4), 647-684.

Carlile, P. R. (2002). A pragmatic view of knowledge and boundaries: Boundary objects in new product development. *Organization science*, *13*(4), 442-455.

Chreim, S., Langley, A., Comeau-Vallée, M., Huq, J. L., & Reay, T. (2013). Leadership as boundary work in healthcare teams. *Leadership*, *9*(2), 201-228.

Christensen, T., & Lægreid, P. (2011). Complexity and hybrid public administration—theoretical and empirical challenges. *Public Organization Review*, *11*(4), 407-423.

Christensen, T., Lægreid, P., & Wise, L. R. (2002). Transforming administrative policy. *Public Administration*, *80*(1), 153-178.

Chua, W. F., & Degeling, P. (1993). Interrogating an accounting-based intervention on three axes: instrumental, moral and aesthetic. *Accounting, Organizations and Society*, *18*(4), 291-318.

Claveranne, J. P. (2003). L'hôpital en chantier: du ménagement au management. *Revue française de gestion*, (5), 125-129.

Comerford, S. E., & Abernethy, M. A. (1999). Budgeting and the management of role conflict in hospitals. *Behavioral Research in Accounting*, *11*, 93.

Commeiras, N., De Chatillon, E. A., & Loup, P. (2018). Les effets des conditions de travail sur la santé au travail: quelles actions de prévention? Le cas des établissements hospitaliers. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, *79*(3), 276.

Cordier, A. (2013). Un projet global pour la stratégie nationale de santé-19 recommandations du comité des sages. *Stratégie Nationale de Santé*.

Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X., Castells, X., & Quentin, W. (2011). *DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences* (pp. 75-92). Open University Press McGraw-Hill Education, Maidenhead.

Covaleski, M. A., & Dirsmith, M. W. (1983). Budgeting as a means for control and loose coupling. *Accounting, Organizations and Society*, *8*(4), 323-340.

Covaleski, M. A., & Dirsmith, M. W. (1988). An institutional perspective on the rise, social transformation, and fall of a university budget category. *Administrative science quarterly*, 562-587.

Covaleski, M. A., & Dirsmith, M. W. (1991). The management of legitimacy and politics in public sector administration. *Journal of Accounting and Public Policy*, 10(2), 135-156.

Covaleski, M. A., Dirsmith, M. W., & Michelman, J. E. (1993). An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations.

Covaleski, M. A., Dirsmith, M. W., & Samuel, S. (1996). Managerial accounting research: the contributions of organizational and sociological theories. *Journal of management accounting research*, *8*, 1-36.

Creed, W. D., DeJordy, R., & Lok, J. (2010). Being the change: Resolving institutional contradiction through identity work. *Academy of management journal*, *53*(6), 1336-1364.

Creswell, J. W. (2003). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods design.

Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *The counseling psychologist*, *35*(2), 236-264.

Crozier, M. (1963). Le phénomène bureautique.

Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système.

Culture, In *The Interpretation of cultures*.

Cyert, R. M., & March, J. G. (1963). A behavioral theory of the firm. *Englewood Cliffs, NJ*, *2*, 169-187.

Czarniawska, B., & Joerges, B. (1996). Travels of ideas (p. 13-48). Göteborg University-School of Economics and Commercial Law/Gothenburg Research Institute.

D

Dacin, T., Goodstein, M., & Richard Scott, JW. (2002). Institutional theory and institutional change: Introduction to the special research forum. *Academy of management journal*, 45(1), 45-56.

Daucourt, V., & Michel, P. (2003). Results of the first 100 accreditation procedures in France. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 463-471.

D'Aunno, T., Sutton, R. I., & Price, R. H. (1991). Isomorphism and external support in conflicting institutional environments: A study of drug abuse treatment units. *Academy of management journal*, 34(3), 636-661.

David, A. (1999, May). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. In *Conférence de l'AIMS* (pp. 1-23).

De Tocqueville, A. (1935). Principal Causes which Tend to Maintain the Democratic Republic in the United States. *Democracy in America*, *1*.

Dechamp, G., & Romeyer, C. (2006, June). Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins. In *XVème Conférence Internationale de Management Stratégique, Annecy/Genève* (pp. 13-16).

Delas, A. (2011). L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques. *Hérodote*, (4), 89-119.

Denis, J. L., Ferlie, E., & Van Gestel, N. (2013). Public Management Reforms and the Growth of Hybridity. *European Group for Organizational Studies (EGOS), Montreal*.

Dent, M. (2003). *Remodelling hospitals and health professions in Europe: Medicine, nursing and the state*. Springer.

Dent, M., Gestel, N. V., Teelken, C. (2007). Symposium changing modes of governance in

Desreumaux, A. (2004). Théorie néo-institutionnelle, management stratégique et dynamique des organisations. *Institutions et gestion*, 29-47.

Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). Un organisme de santé... malade de «gestionnite». In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 4, pp. 27-37). ESKA.

Diefenbach, T. (2009). New public management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic 'enlightenment'. *Public administration*, *87*(4), 892-909.

DiMaggio, P. (1988). Interest and agency in institutional theory. *Institutional patterns and organizations culture and environment*, 3-21.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (Eds.). (1991). The new institutionalism in organizational analysis (Vol. 17, pp. 1-38). Chicago, IL: University of Chicago Press.

DiMaggio, P., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Collective rationality and institutional isomorphism in organizational fields. *American sociological review*, 48(2), 147-160.

Dogherty, E. J., Harrison, M. B., & Graham, I. D. (2010). Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: A focused review of concept and meaning. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *7*(2), 76-89.

Dogherty, E. J., Harrison, M. B., Baker, C., & Graham, I. D. (2012). Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation. *Implementation Science*, *7*(1), 9.

Domin, J. P. (2006). La nouvelle gouvernance: ou le retour en force de l'hôpital-entreprise. *Gestions hospitalières*, (452), 24-28.

Doolin, B. (2002). Enterprise discourse, professional identity and the organizational control of hospital clinicians. *Organization studies*, *23*(3), 369-390.

Doran, D. M., & Sidani, S. (2007). Outcomes-focused knowledge translation: A framework for knowledge translation and patient outcomes improvement. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *4*(1), 3-13.

Dowling, J., & Pfeffer, J. (1975). Organizational legitimacy: Social values and organizational behavior. *Pacific sociological review*, *18*(1), 122-136.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications, and issues. *Health care for women international*, *13*(3), 313-321.

Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., & Grenier, C. (2007). Validité et fiabilité de la recherche. *Méthodes de recherche en management. RA Thiétart. Paris, Dunod*.

Drumaux, A. (2014). 13 Strategic Management and Budget Reforms. *Strategic Management in Public Organizations: European Practices and Perspectives*, 207.

Dubnick, M. J., & Justice, J. B. (2004, September). Accounting for accountability. In annual meeting of the American Political Science Association (pp. 2-5).

Duffy, J. R. (2008). *Quality caring in nursing: Applying theory to clinical practice, education, and leadership*. Springer Publishing Company.

Dumez, H. (2008). De l'obligation de rendre des comptes ou accountability. In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 1, pp. 4-8). ESKA.

Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 2, pp. 29-42). ESKA.

Dunham, N. C., Kindig, D. A., & Schulz, R. (1994). The value of the physician executive role to organizational effectiveness and performance. *Health care management review*, *19*(4), 56-63.

Dunn, M. B., & Jones, C. (2010). Institutional logics and institutional pluralism: The contestation of care and science logics in medical education, 1967–2005. *Administrative Science Quarterly*, *55*(1), 114-149.

E

Ebrahim, A. (2003). Accountability in practice: Mechanisms for NGOs. *World development*, *31*(5), 813-829.

Ebrahim, A. (2005). Accountability myopia: Losing sight of organizational learning. *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, *34*(1), 56-87.

Edwards, M., & Hulme, D. (1996). Too close for comfort? The impact of official aid on nongovernmental organizations. *World development*, *24*(6), 961-973.

Ellis, J., & Hartley, C. (2000). Management & coordinating nursing care.

Engel, F., Kletz, F., Moisdon, J. C., & Tonneau, D. (2000). La démarche gestionnaire à l'hôpital : le PMSI. *La régulation du système hospitalier, Paris, S. Arslan*.

Erdogan, S. A., Gose, A., & Denton, B. T. (2015). Online appointment sequencing and scheduling. *IIE Transactions*, *47*(11), 1267-1286.

Eriksson, P., & Kovalainen, A. (2008). Qualitative research in business studies.

Espeland, W. N., & Sauder, M. (2007). Rankings and reactivity: How public measures recreate social worlds. *American journal of sociology*, *113*(1), 1-40.

Estabrooks, C. A., Squires, J. E., Cummings, G. G., Birdsell, J. M., & Norton, P. G. (2009). Development and assessment of the Alberta Context Tool. *BMC health services research*, *9*(1), 234.

Evans, J. H., Hwang, Y., & Nagarajan, N. J. (1997). Cost reduction and process reengineering in hospitals. *Journal of cost management*, *11*, 20-27.

Eve, R., & Hodgkin, P. (1997). Professionalism and medicine. *The end of the professions*, 69-85.

Exworthy, M., & Halford, S. (1999). Professionals and managers in a changing public sector: conflict, compromise and collaboration. *Professionals and the new managerialism in the public sector*, 1-17.

Ezzamel, M., Robson, K., Stapleton, P., & McLean, C. (2007). Discourse and institutional change: 'Giving accounts' and accountability, *Management Accounting Research*, *18*(2), 150-171.

Ezzamel, M., Willmott, H., & Worthington, F. (2004). Accounting and management–labour relations: the politics of production in the 'factory with a problem'. *Accounting, organizations and society*, *29*(3-4), 269-302.

Ezzamel, M., Willmott, H., & Worthington, F. (2008). Manufacturing shareholder value: The role of accounting in organizational transformation. *Accounting, Organizations and Society*, *33*(2-3), 107-140.

F

Fallery, B., & Rodhain, F. (2007). Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In *XVI ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS* (pp. pp-1). AIMS.

Fenneteau, H. (2002). Enquête: entretien et questionnaire. Paris: Dunod, 128 p. *Les topos*.

Ferlie, E., & McGivern, G. (2013). Bringing Anglo-governmentality into public management scholarship: the case of evidence-based medicine in UK health care. *Journal of Public Administration Research and Theory*, *24*(1), 59-83.

Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Pettigrew, A. (1996). The new public management in action. OUP Oxford.

Ferlie, E., Musselin, C., & Andresani, G. (2008). The steering of higher education systems: A public management perspective. *Higher education*, *56*(3), 325.

Fetter, R. B., Shin, Y., Freeman, J. L., Averill, R. F., & Thompson, J. D. (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical care*, 18(2), i-53.

Fielding, N. (2004). Getting the most from archived qualitative data: epistemological, practical and professional obstacles. *International journal of social research methodology*, *7*(1), 97-104.

Fiss, P. C., & Zajac, E. J. (2006). The symbolic management of strategic change: Sensegiving via framing and decoupling. *Academy of Management Journal*, *49*(6), 1173-1193.

Fitzgerald, L., & Ferlie, E. (2000). Professionals: back to the future?. *Human Relations*, 53(5), 713-739.

Fligstein, N. (1997). Social skill and institutional theory. *American behavioral scientist*, *40*(4), 397-405.

Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, *12*(2), 219-245.

Fogarty, T. J. (1992). Organizational socialization in accounting firms: A theoretical framework and agenda for future research. *Accounting, Organizations and Society*, *17*(2), 129-149.

Foucault, M. (1994). *Pourquoi étudier le pouvoir: la question du sujet*.

Fraisse, S., Robelet, M., & Vinot, D. (2003). La qualité à l'hôpital: entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Revue française de gestion*, (5), 155-166.

Francis, J. R. (2004). What do we know about audit quality?. *The British accounting review*, *36*(4), 345-368.

Free, C., & Radcliffe, V. (2009). Accountability in crisis: The sponsorship scandal and the office of the comptroller general in Canada. *Journal of Business Ethics*, *84*(2), 189-208.

Freidson, E. (1986). Les professions artistiques comme défi à l'analyse sociologique. *Revue française de sociologie*, 431-443.

Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy*. University of Chicago Press.

Freidson, E. (2001). Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge. University of Chicago press.

Freidson, E., & Lorber, J. (Eds.). (1972). *Medical men and their work* (Vol. 202302307). Aldine.

Friedland, R., & Alford, R. R. (1991). Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions.

G

GAO (General Accounting Office) (2013) Chapitre I – Santé et cohésion sociale Les restructurations hospitalières : trois illustrations des difficultés rencontrées. http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2013, Paris, France (Accès 29 mars 2016).

Gariepy, J., Chatellier, G., Bernard, A., Carbonne, A., Gachet, O., & Heudes, D. (2013). Recueil PMSI diagnostic amélioré par le « codage partagé ». *Journal de gestion et d'économie médicales*, *31*(6), 388-397.

Garud, R., Hardy, C., & Maguire, S. (2007). Institutional entrepreneurship as embedded agency: An introduction to the special issue.

Gavard-Perret, M. L., & Helme-Guizon, A. (2008). *Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative* (No. halshs-00325144).

Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2008). Méthodologie de la recherche: réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion (No. halshs-00355220).

Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2012). Méthodologie de la recherche en sciences de gestion. *Réussir son mémoire ou sa thèse*, 11-62.

Gebreiter, F., & Ferry, L. (2016). Accounting and the 'Insoluble'Problem of Health-Care Costs. *European Accounting Review*, 25(4), 719-733.

Geertz, C. (1973). Chapter 1: Thick Description: Towards an Interpretative Theory of

Geertz, C. (1993). *The interpretation of cultures: selected essays*, London: Fontana

Geiger, S. W., & Cashen, L. H. (2002). A multidimensional examination of slack and its impact on innovation. *Journal of Managerial Issues*, 68-84.

Geoffrey Love, E., & Nohria, N. (2005). Reducing slack: The performance consequences of downsizing by large industrial firms, 1977–93. *Strategic Management Journal*, *26*(12), 1087-1108.

Georgescu, I. (2010). *La Pression Financière Interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements: le cas de l'hôpital public français* (Doctoral dissertation, Université Montpellier I).

Georgescu, I., & Naro, G. (2012). Pressions budgétaires à l'hôpital: Une étude qualitative du concept de «rapm» auprès de praticiens hospitaliers. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, 18(3), 67-95.

Georgescu, I., Grima, F., & Naro, G. (2016). Beyond Hybridization Versus Polarization: The Case of French Public Hospitals. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2016, No. 1, p. 13033). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.

Gershon, R. R., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., Macdavitt, K., & Chou, S. S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Industrial health*, *45*(5), 622-636.

Gibert, P., & Thoenig, J. C. (1993). La gestion publique: entre l'apprentissage et l'amnésie. *Politiques et management public*, *11*(1), 3-21.

Giorgi, G., Mancuso, S., Fiz Perez, F., Castiello D'Antonio, A., Mucci, N., Cupelli, V., & Arcangeli, G. (2016). Bullying among nurses and its relationship with burnout and organizational climate. *International journal of nursing practice*, *22*(2), 160-168.

Giroux, N. (2003). L'étude de cas. Conduire un projet de recherche: une perspective qualitative, 41.

Glisson, C., & Green, P. (2011). Organizational climate, services, and outcomes in child welfare systems. *Child abuse & neglect*, *35*(8), 582-591.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, *27*(3), 12-22.

Glynn, J. J. (1993). Public sector financial control and accounting.

Goodall, A. H. (2011). Physician-leaders and hospital performance: is there an association?. *Social science & medicine*, *73*(4), 535-539.

Gray, A., & Jenkins, B. (1993). Codes of accountability in the new public sector. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *6*(3).

Gray, R., Bebbington, J., & Collison, D. (2006). NGOs, civil society and accountability: making the people accountable to capital. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *19*(3), 319-348.

Greenhalgh, T., & Wessely, S. (2004). 'Health for me': a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *British Medical Bulletin*, *69*(1), 197-213.

Greenwood, R., & Hinings, C. R. (1996). Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of management review*, 21(4), 1022-1054.

Greenwood, R., Hanson, S., & Stein, J. C. (2010). A gap-filling theory of corporate debt maturity choice. *The Journal of Finance*, *65*(3), 993-1028.

Greenwood, R., Oliver, C., Suddaby, R, & Sahlin-Andersson, K. (2008). *The Sage handbook of organizational institutionalism*. Sage

Greenwood, R., Suddaby, R., & Hinings, C. R. (2002). Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of management journal*, 45(1), 58-80.

Grenier, C., & Bernardini, J. (2012). La mise en place d'une fonction hybride dans l'organisation pluraliste: vers un espace hybride d'articulation de logiques institutionnelles concurrentes–Chef de pôle et pôle de services dans une organisation hospitalière. *1er Congrès ARAMOS*.

Grenier, C., & Bernardini-Perinciolo, J. (2016). Strategic and Enforced Logics Hybridization: An Agency View within French Hospitals and Universities. In Towards a Comparative Institutionalism: Forms, Dynamics and Logics Across the Organizational Fields of Health Care and Higher Education (pp. 109-144). Emerald Group Publishing Limited.

Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation science*, *7*(1), 50.

Groot, T., & Budding, T. (2008). New public management's current issues and future prospects. *Financial Accountability & Management*, *24*(1), 1-13.

Guenoun, M. (2009). Filemanagement de la performance publique locale. Etude de l'utilisation des outils de gestion dans deux organisations intercommunales. Doctorat en sciences de gestion, Aix-Marseille: Université Paul-Cézanne Aix–Marseille III.

Gupta, P. P., Dirsmith, M. W., & Fogarty, T. J. (1994). Coordination and control in a government agency: Contingency and institutional theory perspectives on GAO audits. *Administrative Science Quarterly*, 264-284.

H

Hafferty, F. W., & Light, D. W. (1995). Professional dynamics and the changing nature of medical work. *Journal of health and social behavior*, 132-153.

Halgand, N. (1997). Comptabilité et pertinence: une proposition constructiviste pour le nouveau management hospitalier. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, *3*(2), 77-92

Halgand, N. (2003). L'accréditation hospitalière: contrôle externe ou levier de changement. *Revue française de gestion*, (6), 219-231.

Hall, P. A., Taylor, R. C., & Baillon, J. F. (1997). La science politique et les trois néo-institutionnalismes. *Revue française de science politique*, 469-496.

Ham, C., Baker, G. R., Docherty, J., Hockey, P., Lobley, K., Tugendhat, L., & Walshe, K. (2011). The future of leadership and management in the NHS: no more heroes. *Report by The King's Fund*.

Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice*. Routledge.

Hasselbladh, H., & Kallinikos, J. (2000). The project of rationalization: a critique and reappraisal of neo-institutionalism in organization studies. *Organization studies*, 21(4), 697-720.

Hatchuel, A., & Weil, B. (1992). *L'expert et le système: gestion des savoirs et métamorphose des acteurs dans l'entreprise industrielle; suivi de Quatre histoires de systèmes-experts*. Economica.

Hawkins, M. A., & Rezazade M, M. H. (2012). Knowledge boundary spanning process: Synthesizing four spanning mechanisms. *Management Decision*, *50*(10), 1800-1815.

Hawley, A. H. (1968). Human Ecology//International Encyclopedia of Social Sciences. L. NY: Mancmillan, 328-337.

Hayes, N., & Rajão, R. (2011). Competing institutional logics and sustainable development: the case of geographic information systems in Brazil's Amazon region. *Information Technology for Development*, *17*(1), 4-23.

Heald, D. A. (2006). Varieties of transparency. In *Transparency: The Key to Better Governance?: Proceedings of the British Academy 135*. Oxford University Press.

Hemmelgarn, A. L., Glisson, C., & James, L. R. (2006). Organizational culture and climate: Implications for services and interventions research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *13*(1), 73-89.

Herreros, G. (2007). L'hôpital à l'épreuve des réformes. Entre institution et organisation. *Socio-anthropologie*, (21), 23-36.

Hines, P., Holweg, M., & Rich, N. (2004). Learning to evolve: a review of contemporary lean thinking. *International journal of operations & production management*, *24*(10), 994-1011.

Hoff, T. J. (1999). The paradox of legitimacy: physician executives and the practice of medicine. *Health Care Management Review*, *24*(4), 54-64.

Holweg, M. (2007). The genealogy of lean production. *Journal of operations management*, *25*(2), 420-437.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public administration*, *69*(1), 3-19.

Hood, C. (1995). The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, organizations and society*, 20(2-3), 93-109.

Hood, C. (2006). Gaming in targetworld: The targets approach to managing British public services. *Public Administration Review*, *66*(4), 515-521

Hood, C. (2011). Public management research on the road from consilience to experimentation?

Huault, I., & Leca, B. (2009). Pouvoir: une analyse par les institutions. *Revue française de gestion*, (3), 133-149.

Humphrey, C. (2008). Auditing research: a review across the disciplinary divide. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *21*(2), 170-203.

Humphrey, C., Miller, P., & Scapens, R. W. (1993). Accountability and accountable management in the UK public sector. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 6(3).

J

Jackall, R. (1988). Moral mazes: The world of corporate managers. *International Journal of Politics, Culture, and Society*, *1*(4), 598-614.

Jackson, W. J., Paterson, A. S., Pong, C. K., & Scarparo, S. (2014). Cash limits, hospital prescribing and shrinking medical jurisdiction. *Financial Accountability & Management*, *30*(4), 403-429.

Jacobs, K. (1995). Budgets: a medium of organizational transformation. *Management Accounting Research*, *6*(1), 59-75.

Jacobs, K. (2005). Hybridisation or polarisation: doctors and accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability & Management*, 21(2), 135-162.

Jacobs, K., Marcon, G., & Witt, D. (2004). Cost and performance information for doctors: an international comparison. *Management Accounting Research*, *15*(3), 337-354.

Järvinen, J. T. (2016). Role of management accounting in applying new institutional logics: A comparative case study in the non-profit sector. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 29(5), 861-886.

Jay, J. (2013). Navigating paradox as a mechanism of change and innovation in hybrid organizations. *Academy of Management Journal*, *56*(1), 137-159.

Jespersen, P. K., Nielsen, L. L. M., & Sognstrup, H. (2002). Professions, institutional dynamics, and new public management in the Danish hospital field. *International Journal of Public Administration*, 25(12), 1555-1574.

Joannidès, V., & Jaumier, S. (2013). De la démocratie en Amérique du Nord à l'accountability à la française. *Revue française de gestion*, (8), 99-116.

Jolivet, A. (2011). *La certification à l'épreuve de la communication: travail de sens et figures de la qualité. Le cas d'un établissement de santé* (Doctoral dissertation, Thèse de doctorat, Université de Toulouse).

Jones, C. A., & Dewing, I. P. (1997). The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls. *Financial Accountability & Management*, 13(3), 261-280.

Jones, R. (1992). The development of conceptual frameworks of accounting for the public sector. *Financial Accountability & Management*, *8*(4), 249-264.

Jones, T. C., & Dugdale, D. (2002). The ABC bandwagon and the juggernaut of modernity. *Accounting, organizations and society*, 27(1-2), 121-163.

Jorge de Jesus, M.A. (2010). Relevance of accounting information to public sector accountability: A study of Brazilian federal public universities, TÉKHNE - Review of Applied Management Studies (2012) 10, 87-98

Jouanique, P. (1961). Rationem reddere. Bulletin de l'Association Guillaume Budé, 1(2), 228-233.

Journé, B. (2005). Etudier filemanagement de l'imprévu: méthode dynamique d'observation in situ. *Finance Contrôle Stratégie*, 8(4), 63-91.

Jousse, T. Comparaison des pratiques de codage et de facturation de trois établissements. *Mémoire de l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique-2012*.

K

Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of nursing care quality*, *21*(4), 306-313.

Kalisch, B. J., Landstrom, G., & Williams, R. A. (2009). Missed nursing care: errors of omission. *Nursing outlook*, *57*(1), 3-9.

Kantola, H., & Järvinen, J. (2012). Analysing the institutional logic of late DRG adopters. *Financial Accountability & Management*, 28(3), 269-285.

Keohane, R. O. (2006). Accountability in World Politics1. *Scandinavian Political Studies*, *29*(2), 75-87.

Kim, S. E. (2005). Balancing competing accountability requirements: Challenges in performance improvement of the nonprofit human services agency. *Public Performance & Management Review*, *29*(2), 145-163.

Kimberley, J. Pouvourville (de) G., D'Aunno T.(2008).(dir.), The globalization of managerial innovation in health care.

Kimberly, J. R., & Minvielle, E. (2000). Introduction: The Quality Imperative—Origins and Challenges. In *The Quality Imperative: Measurement and Management of Quality in Healthcare* (pp. 1-12).

Kippist, L., & Fitzgerald, A. (2009). 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), 642-655.

Kirkpatrick, I., Jespersen, P. K., Dent, M., & Neogy, I. (2009). Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England. *Sociology of health & illness*, *31*(5), 642-658.

Kitchener, M. (2000). Thebureaucratization'of professional roles: The case of clinical directors in UK hospitals. *Organization*, *7*(1), 129-154.

Koelewijn, T., Zekveld, A. A., Festen, J. M., & Kramer, S. E. (2014). The influence of informational masking on speech perception and pupil response in adults with hearing impairment. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 135(3), 1596-1606.

Koenig, G. (2005, June). Études de cas et évaluation de programmes: une perspective campbellienne. In *Actes de la XIVème Conférence de l'Association International de Management Stratégique, Angers*.

Kolisch, R., & Sickinger, S. (2008). Providing radiology health care services to stochastic demand of different customer classes. *OR spectrum*, *30*(2), 375-395.

Kosecoff, J., Kahn, K. L., Rogers, W. H., Reinisch, E. J., Sherwood, M. J., Rubenstein, L. V., & Brook, R. H. (1990). Prospective payment system and impairment at discharge. *Jama*, *264*(15), 1980-1983.

Kostova, T., & Zaheer, S. (1999). Organizational legitimacy under conditions of complexity: The case of the multinational enterprise. *Academy of Management review*, *24*(1), 64-81.

Kraatz, M. S., & Block, E. S. (2008). Organizational implications of institutional pluralism. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, *840*, 243-275.

Kreiner, G. E., Hollensbe, E. C., & Sheep, M. L. (2009). Balancing borders and bridges: Negotiating the work-home interface via boundary work tactics. *Academy of management journal*, *52*(4), 704-730.

Krishnan, J. (2005). Audit committee quality and internal control: An empirical analysis. *The accounting review*, 80(2), 649-675.

Kuhlmann, E., Allsop, J., & Saks, M. (2009). Professional governance and public control: a comparison of healthcare in the United Kingdom and Germany. *Current Sociology*, *57*(4), 511-528.

Kurunmäki, L. (1999). Professional vs financial capital in the field of health care—struggles for the redistribution of power and control. *Accounting, organizations and society*, 24(2), 95-124.

Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, organizations and society*, 29(3-4), 327-347.

Kurunmäki, L., & Miller, P. (2006). Modernising government: the calculating self, hybridisation and performance measurement. *Financial Accountability & Management*, 22(1), 87-106.

Kurunmaki, L., Lapsley, I., & Melia, K. (2003). Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care. *Management Accounting Research*, 14(2), 112-139.

L

Lægreid, P., & Verhoest, K. (2010). Introduction: Reforming public sector organizations. In Governance of Public Sector Organizations (pp. 1-18). Palgrave Macmillan, London.

Lægreid, P., Opedal, S., & Stigen, I. M. (2005). The Norwegian hospital reform: Balancing political control and enterprise autonomy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *30*(6), 1027-1064.

Langevin, P., & Naro, G. (2003, May). Contrôle et comportements: une revue de la littérature anglo-saxonne. In Identification et maîtrise des risques: enjeux pour l'audit, la comptabilité et le contrôle de gestion (pp. CD-Rom).

Langfield-Smith, K., & Smith, D. (2003). Management control systems and trust in outsourcing relationships. *Management accounting research*, 14(3), 281-307.

Lapointe, J.-J. (1996). La conduite d'une étude de besoin en éducation et en formation : une approche systémique. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Lapsley, I. (2001). Accounting, modernity and health care policy. *Financial Accountability & Management*, 17(4), 331-350.

Lapsley, I. (2008). The NPM agenda: back to the future. *Financial accountability & management*, *24*(1), 77-96.

Lapsley, I. (2009). New public management: The cruellest invention of the human spirit? 1. *Abacus*, 45(1), 1-21.

Lapsley, I., & Oldfield, R. (2001). Transforming the public sector: management consultants as agents of change. *European Accounting Review*, *10*(3), 523-543.

Larcher, G. (2008). Les missions de l'hôpital. *La Documentation française (Collection des rapports officiels), Paris*.

Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *Journal of nursing Administration*, *31*(5), 260-272.

Latour, B. (1995). La Science en action, Gallimard.

Laufer, R., & Burlaud, A. (1997). Légitimité. *Encyclopédie de gestion*, *2*, 1754-1772.

Laursen, M. L., Gertsen, F., & Johansen, J. (2003). Applying lean thinking in hospitals-exploring implementation difficulties. In *3rd International Conference on the Management of Healthcare and Medical Technology, 7-9 September, 2003*.

Lawson, M. B. (2001). In praise of slack: Time is of the essence. *Academy of Management Perspectives*, *15*(3), 125-135.

Le Menn, J., & Milon, A. (2012). Refonder la tarification hospitalière au service du patient. *Rapport du sénat du*, *25*.

le vécu de l'annonce de diagnostic. *Critical Thinking in Health Psychology*,

Leca, B. (2006). Pas seulement des «lemmings». Les relations entre les organisations et leur environnement dans le néo-institutionnalisme sociologique », *Finance Contrôle Stratégie*; décembre, 67-86.

Lega, F., & DePietro, C. (2005). Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. Health policy, 74(3), 261-281.

Lehtonen, T. (2007). DRG-based prospective pricing and case-mix accounting—Exploring the mechanisms of successful implementation. *Management Accounting Research*, *18*(3), 367-395.

Leicht, K. T., Walter, T., Sainsaulieu, I., & Davies, S. (2009). New public management and new professionalism across nations and contexts. *Current Sociology*, *57*(4), 581-605.

Leotta, A., & Ruggeri, D. (2012). Changes in performance measurement and evaluation systems as institutional processes: The case of an Italian teaching hospital. In *Performance Measurement and Management Control: Global Issues* (pp. 427-463). Emerald Group Publishing Limited.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Sage.

Lindeberg, T. (2007). The ambiguous identity of auditing. *Financial Accountability & Management*, *23*(3), 337-350.

Liou, S. R., & Cheng, C. Y. (2010). Organisational climate, organisational commitment and intention to leave amongst hospital nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(11-12), 1635-1644.

Livian, Y. F., & Baret, C. (2002). Pour une meilleure prise en compte de l'inscription institutionnelle de la Gestion des Ressources Humaines: quelques propositions. *Huault I., La construction sociale de l'entreprise: autour des travaux de Mark Granovetter, Editions ems Management et Société*.

Llewellyn, S. (1998). Pushing budgets down the line: ascribing financial responsibility in the UK social services. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *11*(3), 292-308.

Llewellyn, S. (2001). Two-way windows': clinicians as medical managers. *Organization Studies*, 22(4), 593-623.

Llewellyn, S., & Northcott, D. (2005). The average hospital. *Accounting, Organizations and Society*, 30(6), 555-583.

Lofland, J. (2006), *Analyzing social settings: a guide to qualitative observation and analysis*, (J. Lofland, éd.) (4th Ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Lok, J. (2010). Institutional logics as identity projects. *Academy of Management Journal*, *53*(6), 1305-1335.

Loubet, G. (2007). *Du praticien hospitalier au médecin-gestionnaire: hybridation du métier et tensions de rôle* (Doctoral dissertation).

Loubet, G. (2011, May). D'Hippocrate à Mercure: praticiens hospitaliers ou médecins gestionnaires? Évolutions du métier et tensions de rôles?. In *Comptabilités, économie et société* (pp. cd-rom).

Lounsbury, M., & Crumley, E. T. (2007). New practice creation: An institutional perspective on innovation. *Organization studies*, *28*(7), 993-1012.

Lowe, A. (2000). Accounting in health care: some evidence on the impact of casemix systems. *The British Accounting Review*, *32*(2), 189-211.

Lowe, A., & Doolin, B. (1999). Casemix accounting systems: new spaces for action. *Management Accounting Research*, 10(3), 181-201.

Lukka, K., & Modell, S. (2010). Validation in interpretive management accounting research. *Accounting, organizations and society*, *35*(4), 462-477.

M

Macinati, M. S. (2010). NPM reforms and the perception of budget by hospital clinicians: Lessons from two case-studies. *Financial Accountability & Management*, *26*(4), 422-442.

Malena, C., & Forster, R. (2004). Social Accountability An introduction to the concept and emerging practice.

Malloy, D. C., Hadjistavropoulos, T., McCarthy, E. F., Evans, R. J., Zakus, D. H., Park, I., & Williams, J. (2009). Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians. *Nursing Ethics*, *16*(6), 719-733.

Malmmose, M. (2015). Management accounting versus medical profession discourse: Hegemony in a public health care debate–A case from Denmark. *Critical perspectives on Accounting*, 27, 144-159.

Martinussen, P. E., & Magnussen, J. (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: the role of professional subcultures in medicine. *Social science & medicine*, *73*(2), 193-200.

Mattei, P., Mitra, M., Vrangbæk, K., Neby, S., & Byrkjeflot, H. (2013). Reshaping public accountability: Hospital reforms in Germany, Norway and Denmark. *International Review of Administrative Sciences*, *79*(2), 249-270.

Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of management review*, *20*(3), 709-734.

Mazza, C., & Alvarez, J. L. (2000). Haute couture and prêt-à-porter: the popular press and the diffusion of management practices. *Organization Studies*, *21*(3), 567-588.

Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *BMJ Quality & Safety*, qshc-2009.

McDonald, R., & Harrison, S. (2004). The micropolitics of clinical guidelines: an empirical study. *Policy & Politics*, *32*(2), 223-239.

McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid Manager–Professional's Identity Work: The Maintenance and Hybridization of Medical Professionalism in Managerial Contexts. *Public Administration*, 93(2), 412-432.

McGregor, L. (2001). Individual accountability in South Africa: Cultural optimum or political façade?. *American Journal of International Law*, *95*(1), 32-45.

McKenna, H. P., Ashton, S., & Keeney, S. (2004). Barriers to evidence-based practice in primary care. *Journal of advanced nursing*, *45*(2), 178-189.

McKernan, J. F., & Kosmala MacLullich, K. (2004). Accounting, love and justice. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 17(3), 327-360.

McNulty, T., & Ferlie, E. (2004). Process transformation: Limitations to radical organizational change within public service organizations. *Organization studies*, 25(8), 1389-1412.

McPake, B., & Mills, A. (2000). What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform?. *Bulletin of the World Health Organization*, *78*, 811-820.

McVey, C. (2004). Shaping and influencing health care within the Department of Veterans Affairs. *Washington DC, Department of Veterans Affairs*.

Merdinger-Rumpler, C., & Nobre, T. (2011). Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital?. *Gestion 2000*, *28*(3), 51-66.

Merrien, F. X. (1999). La nouvelle gestion publique: un concept mythique. *Lien social et Politiques*, (41), 95-103.

Meyer, A. D. (1982). Adapting to environmental jolts. *Administrative science quarterly*, 515-537.

Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340-363.

Meyer, J. W., Rowan, B., Powell, W. W., & DiMaggio, P. J. (1991). The new institutionalism in organizational analysis. *The new institutionalism in organizational analysis*, 41-62.

Meyer, R. E., Egger-Peitler, I., Höllerer, M. A., & Hammerschmid, G. (2014). Of bureaucrats and passionate public managers: Institutional logics, executive identities, and public service motivation. *Public Administration*, *92*(4), 861-885.

Mignerat, M., & Rivard, S. (2006). *L'institutionnalisation des pratiques de gestion de projet dans les projets de systèmes d'information*. HEC Montréal, Chaire de gestion stratégique des technologies de l'information.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur.

Miller, P., & O'Leary, T. (1987). Accounting and the construction of the governable person. *Accounting, organizations and society*, *12*(3), 235-265.

Miller, P., & O'leary, T. (1994). Accounting,"economic citizenship" and the spatial reordering of manufacture. *Accounting, Organizations and Society*, 19(1), 15-43.

Miller, P., & Power, M. (2013). Accounting, organizing, and economizing: Connecting accounting research and organization theory. *The Academy of Management Annals*, *7*(1), 557-605.

Miller, P., & Rose, N. (1990). Governing economic life. *Economy and society*, *19*(1), 1-31.

Miller, P., Kurunmäki, L., & O'Leary, T. (2008). Accounting, hybrids and the management of risk. *Accounting, organizations and society*, *33*(7-8), 942-967.

Mintzberg, H. (1979). An emerging strategy of" direct" research. *Administrative science quarterly*, *24*(4), 582-589.

Mintzberg, H. (1982). Structure et dynamique des organisations, Paris, Les Éditions d'organisation. *Google Scholar*.

Mintzberg, H. (1983). The case for corporate social responsibility. *Journal of Business Strategy*, *4*(2), 3-15.

Mintzberg, H. (1989). The structuring of organizations. In *Readings in Strategic Management* (pp. 322-352). Palgrave, London.

Minvielle, É., & Contandriopoulos, A. P. (2004). La conduite du changement. *Revue française de gestion*, (3), 29-53.

Modell, S. (2001). Performance measurement and institutional processes: a study of managerial responses to public sector reform. *Management Accounting Research*, 12(4), 437-464.

Modell, S. (2004). Performance measurement myths in the public sector: a research note. *Financial Accountability & Management*, *20*(1), 39-55.

Modell, S. (2005). Triangulation between case study and survey methods in management accounting research: An assessment of validity implications. *Management accounting research*, 16(2), 231-254.

Modell, S. (2009). Institutional research on performance measurement and management in the public sector accounting literature: a review and assessment. *Financial Accountability & Management*, 25(3), 277-303.

Modell, S., Jacobs, K., & Wiesel, F. (2007). A process (re) turn?: Path dependencies, institutions and performance management in Swedish central government. *Management Accounting Research*, *18*(4), 453-475.

Moisdon, J. C. (1997). Du mode d'existence des outils de gestion: les instruments de gestion à l'épreuve des organisations. *Paris: Editions Seli Arslan*.

Morales, J. (2009). *Le contrôle comme dynamique de gouvernement et de socialisation.: une étude ethnographique des contrôleurs de gestion* (Doctoral dissertation, Paris 9).

Morris, R. (1994). Computerized content analysis in management research: A demonstration of advantages & limitations. *Journal of management*, *20*(4), 903-931.

Mosser, N. R., & Walls, R. T. (2002). Leadership frames of nursing chairpersons and the organizational climate in baccalaureate nursing programs. *Southern online journal of nursing research*, *3*(2), 11.

Moynihan, D. P. (2006). Managing for results in state government: Evaluating a decade of reform. *Public Administration Review*, 66(1), 77-89.

Mueller, F., & Carter, C. (2007). 'We are all managers now': Managerialism and professional engineering in UK electricity utilities. *Accounting, Organizations and Society*, *32*(1-2), 181-195.

Mueller, F., Harvey, C., & Howorth, C. (2003). The contestation of archetypes: Negotiating scripts in a UK hospital trust board. *Journal of Management Studies*, *40*(8), 1971-1995.

Mulgan, R. (2000). 'Accountability': An ever-expanding concept?. *Public administration*, 78(3), 555-573.

Mulgan, R. (2003). Holding power to account: accountability in modern democracies. Springer.

Mutiganda, J. C. (2013). Budgetary governance and accountability in public sector organisations: An institutional and critical realism approach. *Critical Perspectives on Accounting*, 24(7-8), 518-531.

N

Nancarrow, S. A., & Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of health & illness*, *27*(7), 897-919.

Narins, C. R., Dozier, A. M., Ling, F. S., & Zareba, W. (2005). The influence of public reporting of outcome data on medical decision making by physicians. *Archives of Internal Medicine*, *165*(1), 83-87.

Naro, G. (2010), Perspectives critiques en comptabilité ; le Nouveau Management Public en question (s), In *Mondialisation, Management et Ecologie. Regards critiques en Sciences de Gestion* (Eds. Palpacuer F., Leroy M., Naro G.), Paris : Editions Hermès, Lavoisiers.

Naro, G. (2015). Chapitre 11 Le new public management ou la gestion malade de la société. *Dérives et perspectives de la gestion: Échanges autour des travaux de Julienne Brabet*, 169.

Neby, S., Lægreid, P., Mattei, P., & Feiler, T. (2015). Bending the rules to play the game: Accountability, DRG and waiting list scandals in Norway and Germany. *European Policy Analysis*, *1*(1), 127-148.

Nils, F., & Rimé, B. (2003). L'interview. *Les méthodes des sciences humaines*, 165-185.

Nobre, T. (2001). Management hospitalier: du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, *7*(2), 125-146.

Nobre, T., & Biron, N. (2001, May). Application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie: le cas de la chirurgie infantile. In *22ÈME CONGRES DE L'AFC* (pp. CD-Rom).

Nobre, T., & Haouet, I. (2011). Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. *Revue française de gestion*, (2), 103-118.

Noordegraaf, M. (2007). From “pure” to “hybrid” professionalism: Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society*, 39(6), 761-785.

Noordegraaf, M. (2011). Risky business: How professionals and professional fields (must) deal with organizational issues. *Organization studies*, 32(10), 1349-1371.

Nordstrand Berg, L., & Byrkjeflot, H. (2014). Management in hospitals: A career track and a career trap. A comparison of physicians and nurses in Norway. *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), 379-394.

Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2004). The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisions in Hospital Settings. *Financial Accountability & Management*, *20*(1), 77-102.

Nyland, K., & Pettersen, I. J. (2015). Hybrid controls and accountabilities in public sector management: Three case studies in a reforming hospital sector. *International Journal of Public Sector Management*, 28(2), 90-104.

O

Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of management review*, 16(1), 145-179.

Oomkens, R. F. (2010). Professionals under supervision: performance-based contracting in hospital care and home care. In *IRSPM Conference, April, Berne, Switzerland*.

Or, Z. (2014). Implementation of DRG payment in France: issues and recent developments. *Health Policy*, *117*(2), 146-150.

Or, Z., & Bellanger, M. (2011). *France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market* (pp. 221-242). Open University Press.

Or, Z., & Renaud, T. (2009). Principes et enjeux de la tarification à l’activité à l’hôpital (T2A). *Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères [document de travail]. Paris (France): Institut de recherche et documentation en économie de la santé*.

Or, Z., Bonastre, J., Journeau, F., & Nestrigue, C. (2013). Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. *Questions d’économie de la santé*, *186*.

Orton, J. D., & Weick, K. E. (1990). Loosely coupled systems: A reconceptualization. *Academy of management review*, 15(2), 203-223.

Osborne, D. & Gaebler, T. (1993). Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. New York, Penguin Group

Ouchi, W. G. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. In Readings in accounting for management control (pp. 63-82). Springer, Boston, MA.

Owens-Jackson, L. A., Robinson, D., & Waller Shelton, S. (2009). The association between audit committee characteristics, the contracting process and fraudulent financial reporting. *American Journal of Business*, 24(1), 57-66.

P

Pache, A. C., & Santos, F. (2010). When worlds collide: The internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands. *Academy of management review*, *35*(3), 455-476.

Pache, A. C., & Santos, F. (2013). Inside the hybrid organization: Selective coupling as a response to competing institutional logics. *Academy of Management Journal*, *56*(4), 972-1001.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.

Parsons, T. (1960). *Structure and process in modern societies*. Free Pr.

Patton, M. Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods. SAGE Publications, inc.

Patton, M. Q. (2002). Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective. *Qualitative social work*, *1*(3), 261-283.

Patton, M. Q. (2015). Qualitative research and methods: Integrating theory and practice.

Pauly, M. (1980, January). Appendix to" Doctors and Their Workshops: Economic Models of Physician Behavior". In *Doctors and Their Workshops: Economic Models of Physician Behavior* (pp. 119-122). University of Chicago Press

Pentland, B. T. (1993). Getting comfortable with the numbers: Auditing and the micro-production of macro-order. *Accounting, Organizations and Society*, *18*(7-8), 605-620.

Perret V. & Seville M. (2007). Fondements épistémologiques de la recherche, dans Thietart R.-A. (éd.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod. p. 13-33.

Perret, V. & Séville, M. (1999). Fondements épistémologiques de la recherche. dans Thiétard R.-A. (1999/2003), *Méthodes de recherche en management*, pp. 13-33, Dunod.

Perret, V., & Séville, M. (2003). Fondements épistémologiques de la recherche. *Méthodes de recherche en management*, 13-33.

Pesqueux, Y. (2007). *Gouvernance et privatisation*. Presses universitaires de France.

Peters, B. (2012). Institutional Theory in Political Science: The New Institutionalism (New York: Continuum).

Pettersen, I. J. (1995). Budgetary control of hospitals—Ritual rhetorics and rationalized myths?. *Financial Accountability & Management*, *11*(3), 207-221.

Pettersen, I. J. (2004). From bookkeeping to strategic tools?: A discussion of the reforms in the Nordic hospital sector. *Management Accounting Research*, *15*(3), 319-335.

Pettersen, I. J. (2009). Defining lean production: some conceptual and practical issues. *The TQM journal*, 21(2), 127-142.

Pettersen, I. J., & Nyland, K. (2006). Management and control of public hospitals—the use of performance measures in Norwegian hospitals. A case-study. *The International journal of health planning and management*, *21*(2), 133-149.

Pettigrew, A. M. (1997). What is a processual analysis. *Scandinavian journal of management*, *13*(1997), 4.

Phillips, N., Lawrence, T. B., & Hardy, C. (2004). Discourse and institutions. *Academy of management review*, *29*(4), 635-652

Pollitt, C. (1993). *Managerialism and the public services: Cuts or cultural change in the 1990s?*. Blackwell Business.

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011). *Continuity and change in public policy and management*. Edward Elgar Publishing.

Pollitt, C., & Dan, S. (2011). The impacts of the New Public Management in Europe: A meta-analysis.

Pomey, M. P., Contandriopoulos, A. P., François, P., & Bertrand, D. (2004). Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(3), 113-124.

Pomey, M. P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A., & Contandriopoulos, A. P. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*, 5(1), 31.

Power, M. (1994). From the science of accounts to the financial accountability of science. *Science in context*, *7*(3), 355-387.

Power, M. (1994). *The audit explosion* (No. 7). Demos

Power, M. (1997). *The audit society: Rituals of verification*. OUP Oxford.

Power, M. (2005). La société de l'audit: l'obsession du contrôle. La Découverte.

Power, M. (2009). The risk management of nothing. *Accounting, organizations and society*, 34(6-7), 849-855.

Power, M. K. (2003). Auditing and the production of legitimacy. *Accounting, organizations and society*, *28*(4), 379-394.

Power, M., & Laughlin, R. (1992). Critical theory and accounting. *Critical management studies*, 21(5), 441-465.

Press.

Preston, A. M. (1992). The birth of clinical accounting: a study of the emergence and transformations of discourses on costs and practices of accounting in US hospitals. *Accounting, Organizations and Society*, 17(1), 63-100.

Pridgen, A., & Wang, K. J. (2012). Audit committees and internal control quality: Evidence from nonprofit hospitals subject to the Single Audit Act. *International Journal of Auditing*, 16(2), 165-183.

public sector organizations: Action and rhetoric. *Public Administration* 85 (1): 1-8.

Pumphrey, L. D., & Howard, T. P. (1986). Trustee perceptions of audit committees in hospitals. *Financial Accountability & Management*, *2*(4), 295-309.

Q, R

Qian, X., Russell, L. B., Valiyeva, E., & Miller, J. E. (2011). 'Quicker and sicker'under medicare's prospective payment system for hospitals: new evidence on an old issue from a national longitudinal survey. *Bulletin of economic research*, *63*(1), 1-27.

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2006). *Méthodes De Recherche En Sciences Sociales.*

R.A. (éd.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod, 3ème édition, p. 34-56.

Rao, H., Monin, P., & Durand, R. (2003). Institutional change in Toque Ville: Nouvelle cuisine as an identity movement in French gastronomy. *American journal of sociology*, *108*(4), 795-843.

Rea, D. M. (1994). Better informed judgements: resource management in the NHS. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, *7*(1), 86-110.

Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization studies*, 30(6), 629-652.

Robbins, G. (2007). Obstacles to implementation of new public management in an Irish hospital. *Financial Accountability & Management*, *23*(1), 55-71.

Roberts, J. (1991). The possibilities of accountability. *Accounting, organizations and society*, *16*(4), 355-368.

Roberts, J. (2009). No one is perfect: The limits of transparency and an ethic for 'intelligent'accountability. *Accounting, Organizations and Society*, *34*(8), 957-970.

Roberts, J., & Scapens, R. (1985). Accounting systems and systems of accountability—understanding accounting practices in their organisational contexts. *Accounting, organizations and society*, 10(4), 443-456.

Roberts, J., McNulty, T., & Stiles, P. (2005). Beyond agency conceptions of the work of the non-executive director: Creating accountability in the boardroom. *British journal of management*, *16*, S5-S26.

Roberts, M.D., James, S., Jack, G., Coale, M.A., Rober, R. and Redman, M.A. (1987), "A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals", Journal of the American Medical Association, Vol. 258 No. 7, p. 21.

Roberts, N., & Candreva, P. J. (2006). Controlling internal controls. *Public Administration Review*, 66(3), 463-465.

Robinson, L. W., & Chen, R. R. (2010). A comparison of traditional and open-access policies for appointment scheduling. *Manufacturing & Service Operations Management*, *12*(2), 330-346.

Roch, G. (2008). Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier.

Roch, G., Dubois, C. A., & Clarke, S. P. (2014). Organizational climate and hospital nurses' caring practices: A mixed-methods study. *Research in nursing & health*, *37*(3), 229-240.

Romzek, B. S., & Dubnick, M. J. (1987). Accountability in the public sector: Lessons from the Challenger tragedy. *Public administration review*, 227-238.

Roussel, P., & Wacheux, F. (2005). Management des ressources humaines: Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales. De Boeck Supérieur.

Ruef, M., & Scott, W. R. (1998). A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments. *Administrative science quarterly*, 877-904.

Ruiz-Moreno, A., Garcia-Morales, V. J., & Llorens-Montes, F. J. (2008). The moderating effect of organizational slack on the relation between perceptions of support for innovation and organizational climate. *Personnel Review*, *37*(5), 509-525.

Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field methods*, 15(1), 85-109.

S

Sandholtz, K. W. (2012). Making standards stick: A theory of coupled vs. decoupled compliance. *Organization Studies*, *33*(5-6), 655-679.

Sartirana, M., Currie, G., & Noordegraaf, M. (2013). Uncovering the role of interdependencies in the hybridization of medical managers: a hospital case study. In *30th EGOS Colloquium*. EGOS.

Sartirana, M., Prenestini, A., & Lega, F. (2014). Medical management: hostage to its own history? The case of Italian clinical directors. *International Journal of Public Sector Management*, *27*(5), 417-429.

Scarparo, S. (2006). The integration of clinical and costing information: a comparative study between Scotland and Sweden. *Financial Accountability & Management*, *22*(2), 133-155.

Schilte, A., & Minvielle, É. (2008). Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 1, pp. 36-47). ESKA.

Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual review of psychology*, *64*, 361-388.

Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *International journal of nursing studies*, *46*(7), 884-893.

Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing research*, *56*(6), 416-424.

Schweyer, F. X. (2006). Une profession de l'État providence, les directeurs d'hôpital. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, (XLIV-135), 45-60.

Scott, W. R. (1995), Institutions and Organizations. Ideas, Interests and Identities. *M@ n@ gement*, 17(2), 136-140.

Scott, W. R. (2001). Institutions and Organizations, 2nd edn., Sage, Thousand Oaks, CA .

Scott, W. R. (2003). Institutional carriers: reviewing modes of transporting ideas over time and space and considering their consequences. *Industrial and corporate change*, *12*(4), 879-894.

Scott, W. R. (2005). Institutional theory: Contributing to a theoretical research program. *Great minds in management: The process of theory development*, *37*, 460-484.

Scott, W. R. (2008). Institutions and organizations: Ideas and interests. Sage. Scott, W. R. (2008). Approaching adulthood: the maturing of institutional theory. *Theory and society*, 37(5), 427.

Scott, W. R., & Backman, E. V. (1990). Institutional theory and the medical care sector. *Innovations in health care delivery: Insights for organization theory*, 20, 52.

Scott, W. R., & Meyer, J. W. (1984). Environmental Linkages and Organizational Complexity: Public and Private Schools.

Scott, W. R., Ruef, M., Mendel, P. J., & Caronna, C. A. (2000). *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*. University of Chicago Press.

Scott, W.R., & Meyer, J.W. (1991). The organization of societal sectors: propositions and early evidence. In: DiMaggio, P.J., Powell, W.W. (Eds.), The New Institutionalism in Organizational Analysis. University of Chicago Press, Chicago, 108–140.

Seo, M. G., & Creed, W. D. (2002). Institutional contradictions, praxis, and institutional change: A dialectical perspective. *Academy of management review*, *27*(2), 222-247.

Shiverick, B., Janelle, P., & Anichini, M. A. (2009). Cultivating employee commitment to achieve excellence. *Washington DC: American Association of Homes and Services for the Aging*.

Silverman, D. (2013). Doing qualitative research: A practical handbook. SAGE Publications Limited.

Simonet, D. (2017). Reforming the French health-care system: the quest for accountability. *International Review of Administrative Sciences*, 0020852316648226.

Simonet, D., & Alkafaji, Y. (2017). Critical Evaluations of the French Health Care Accounting Indicators: The Use of DRGS. *Public Administration Quarterly*, *41*(3).

Sinclair, A. (1995). The chameleon of accountability: forms and discourses. *Accounting, organizations and Society*, *20*(2-3), 219-237.

Smyth, S. (2012). Contesting public accountability: a dialogical exploration of accountability and social housing. *Critical Perspectives on Accounting*, *23*(3), 230-243.

Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional ecology,translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social studies of science*, *19*(3), 387-420.

Starr, P., The Social Transformation of American Medicine (New York: Basic Books, 1982).

Steinbusch, P. J., Oostenbrink, J. B., Zuurbier, J. J., & Schaepkens, F. J. (2007). The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study. *Health policy*, *81*(2-3), 289-299.

Steinmo, S., Thelen, K., & Longstreth, F. (Eds.). (1992). Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis. Cambridge University Press.

Stone, M. M., & Brush, C. G. (1996). Planning in ambiguous contexts: The dilemma of meeting needs for commitment and demands for legitimacy. *Strategic management journal*, *17*(8), 633-652.

Storz, C. (2007). Compliance with international standards: the EDIFACT and ISO 9000 standards in Japan. *Social Science Japan Journal*, *10*(2), 217-241.

Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of management review*, 20(3), 571-610.

T

Talec, T., & Segade, J. P. (2006). Qui décide à l'hôpital?. *Gestions hospitalières*, (459), 537-541.

Thelen, K. (1999). Historical institutionalism in comparative politics. *Annual review of political science*, 2(1), 369-404.

Thiétart, R. A. (2014). *Méthodes de recherche en management-4ème édition*. Dunod.

Thiétart, R. A. collectif. (2007). Méthodes de recherche en management.

Thornton, P. H., & Ocasio, W. (1999). Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958–1990. *American journal of Sociology*, *105*(3), 801-843.

Thornton, P. H., & Ocasio, W. (2008). Institutional logics. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, *840*, 99-128.

Thornton, P. H., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure, and process*. Oxford University Press on Demand.

Trompette, P., & Vinck, D. (2009). Retour sur la notion d'objet-frontière. *Revue d'anthropologie des connaissances*, *3*(1), 5-27

Tschannen, D., Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2010). Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, *42*(4), 22-39.

U, V

Urbancic, F. R., & Hauser, R. C. (1991). Hospital audit committees: A comparative analysis of structural and functional characteristics. *Journal of Healthcare Management*, 36(3), 383.

Valette, A., & Burellier, F. (2014). Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers: devenir des hydrides «malgré tout»?. In *Annales des Mines-Gérer et comprendre* (No. 2, pp. 4-13). ESKA.

Van Helden G.J. & Northcott, D. (2007). How practically oriented is public sector management accounting research?, 11th Comparative International Governmental Accounting Research Conference, Coimbra, Portugal, 14-15 June 2007.

Van Helden, J., Johnsen, A., & Vakkuri, J. (2006). Exploring the USA-Europe divide in public sector performance measurement research. *Second Transatlantic Dialogue, Leuven, Belgium*.

Van Maanen, J. (1979). The fact of fiction in organizational ethnography. *Administrative science quarterly*, *24*(4), 539-550.

Van Maanen, J. (2011). Ethnography as work: Some rules of engagement. *Journal of management studies*, *48*(1), 218-234.

Vu, V. H. T., & Causse, G. (2011, May). Les dimensions de la performance des cabinets d'audit légal selon les auditeurs-tentative d'explication théorique. In *Comptabilités, économie et société* (pp. cd-rom).

W

Wacheux, F. (1996). Méthodes qualitatives et recherche en gestion. Economica.

Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives*, 3(3), 243-272.

Waring, J. J., & Bishop, S. (2010). Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. *Social science & medicine*, *71*(7), 1332-1340.

Watson, T. J. (2011). Ethnography, reality, and truth: the vital need for studies of 'how things work'in organizations and management. *Journal of Management studies*, *48*(1), 202-217.

Webb, A. (1991). Coordination: a problem in public sector management. *Policy & Politics*, *19*(4), 229-242.

Weber, R. P. (1990). *Basic content analysis* (Vol. 49). Sage.

Weick, K. E. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative science quarterly*, 1-19.

Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations* (Vol. 3). Sage.

Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization science*, *16*(4), 409-421

Welch, E. W., Hinnant, C. C., & Moon, M. J. (2004). Linking citizen satisfaction with e-government and trust in government. *Journal of public administration research and theory*, *15*(3), 371-391.

Westphal, J. D., & Zajac, E. J. (2001). Decoupling policy from practice: The case of stock repurchase programs. *Administrative Science Quarterly*, *46*(2), 202-228.

Westphal, J. D., Gulati, R., & Shortell, S. M. (1997). Customization or conformity? An institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption. *Administrative science quarterly*, 366-394.

White, D., Oelke, N. D., Besner, J., Doran, D., Hall, L. M., & Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: Descriptions and challenges. *Nursing leadership-academy of canadian executive nurses*, *21*(1), 44.

Willems, T., & Van Dooren, W. (2011). Lost in diffusion? How collaborative arrangements lead to an accountability paradox. *International Review of Administrative Sciences*, *77*(3), 505-530.

Williams, P. (2002). The competent boundary spanner. *Public administration*, *80*(1), 103-124.

Williamson, O. E. (1993). Calculativeness, trust, and economic organization. *The journal of law and economics*, *36*(1, Part 2), 453-486.

Witman, Y., Smid, G. A., Meurs, P. L., & Willems, D. L. (2011). Doctor in the lead: balancing between two worlds. *Organization*, 18(4), 477-495.

Womack, J. P., Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (1990). *Machine that changed the world*. Simon and Schuster.

Y, Z

Yin, R. K. (1994). Discovering the future of the case study. Method in evaluation research. *Evaluation practice*, *15*(3), 283-290.

Yin, R. K. (2003). Case study research design and methods third edition. *Applied social research methods series*, *5*.

Yin, R. K. (2009). Case Study Research: Design and Methods, Essential guide to qualitative methods in organizational research. *Applied Social Research Methods Series*, 219.

Yin, R. K. (2011). *Applications of case study research*. Sage.

Ying, L., Kunaviktikul, W., & Tonmukayakal, O. (2007). Nursing competency and organizational climate as perceived by staff nurses in a Chinese university hospital. *Nursing & health sciences*, *9*(3), 221-227.

Young, D. W., & Saltman, R. B. (1985). The hospital power equilibrium: physician behavior and cost control.

Zimmerman, M. A., & Zeitz, G. J. (2002). Beyond survival: Achieving new venture growth by building legitimacy. *Academy of management review*, *27*(3), 414-431.

ANNEXES

Annexe n°1 : Récapitulatif des courriers électroniques envoyés pour une prise de rendez-vous (étude exploratoire et étude de cas)

Annexe n°2 : Guide d'entretien complet pour les DAF (première étude exploratoire)

Annexe n°3 : Arbre de codage thématique de l'étude exploratoire

Annexe n°4 : Guide d'entretien pour les TIM (deuxième étude)

Annexe n°5 : Guide d'entretien pour les médecins (deuxième étude hybridation aux compétences gestionnaires)

Annexe n°6 : Guide d'entretien pour les membres de la DOP (deuxième étude)

Annexe n°7 : Guide d'entretien pour les cadres (deuxième étude)

Annexe n°8 : Guide d'entretien pour les médecins (deuxième étude réduction du *slack*)

Annexe n°9 : Guide d'entretien pour les infirmières (deuxième étude)

Annexe n°1 : Récapitulatif des courriers électroniques envoyés pour une prise de rendez-vous (étude exploratoire et étude de cas)

Mail de présentation DAF
Madame, Monsieur, Je me permets de vous contacter car je débute une thèse sur le thème de la certification des comptes des établissements publics de santé. J'aurais souhaité savoir si vous pourriez m'accorder quelques minutes de votre temps afin de répondre à mes interrogations sur le sujet ? (jour et heure à votre convenance au plus tôt). Souhaitant que vous prendrez ma demande en considération. Recevez mes plus vifs remerciements anticipés. Très cordialement, Marlène Barreda Doctorante Sciences de Gestion Université Montpellier - Institut des Sciences de l'Entreprise et du Management (ISEM) Montpellier Recherche Management

Mail de présentation Médecins
Bonjour Docteur X, Je me permets de vous contacter car je suis doctorante en gestion et je travaille actuellement sur l'hybridation des professionnels de santé aux pratiques budgétaires (codage de l'activité). Je voulais savoir si vous seriez disponible afin de discuter sur ce sujet. Votre point de vue en tant que professionnel de santé me serait d'une grande aide pour ma thèse. Je vous remercie par avance pour votre retour. Bien à vous, Marlène Barreda

Mail de présentation Cadre
Bonjour, Je me permets de vous contacter car je suis doctorante en gestion et je travaille actuellement sur l'évolution de la durée moyenne de séjour (et plus largement de l'impact de la comptabilité sur les professionnels de santé). Votre point de vue en tant que cadre me serait d'une grande aide pour ma thèse. Je souhaitais savoir si vous seriez disponible afin de discuter sur ce sujet (par téléphone ou sur votre lieu de travail, jour et heure à votre convenance). Je vous remercie par avance pour votre retour. Bien à vous, Marlène Barreda

Annexe n°2 : Guide d'entretien complet pour les DAF (première étude exploratoire)

Puis je vous enregistrer ?

Quel est votre parcours, comment en êtes-vous arrivez là ?

Approche générale :

Qu'est-ce que pour vous une information comptable de qualité ? En quoi une information de qualité est importante pour votre organisation ? Et pour quels acteurs ?

Qu'est-ce que la certification des comptes peut vous apporter (ou vous as apporté ?) Sur quoi ? Avez-vous des exemples ?

Pensez-vous que la certification des comptes permet d'aboutir à des états financiers plus transparents ? Sur quoi porte la transparence ?

La certification des comptes vous permet-elle d'être transparents ? Envers qui ?

Qu'est ce qui a été mis en place concrètement pour avoir la transparence ? Quelles sont les informations qui paraissent maintenant ? Qu'est-ce que cela vous apporte ? Cela vous dessert-il ?

La certification des comptes en tant qu'outil d'information du CA :

Comment votre processus d'information interne a-t-il été affecté par la certification des comptes ? En quoi ? Comment cela se manifeste ? Avez-vous anticipé ? Comment ?

Quels sont les principaux changements intervenus dans votre processus de *reporting* à destination du conseil de surveillance, depuis l'arrivée de la certification des comptes ?

La communication financière à destination des financeurs est-elle similaire à celle que vous fournissez en interne ? Quelles sont les principales différences ?

La certification des comptes et l'impact sur le management interne :

La certification des comptes vous a-t-elle amené à modifier votre organisation interne ? Quels changements avez-vous mis en place ?

Est-ce que le fait de créer des structures formelles vous donne l'idée d'être plus légitime ? Autrement dit, la légitimité selon vous passe t'elle par la création d'une entité visible ?

La politique d'information des parties prenantes

Quels sont pour vous les principaux acteurs auxquels vous êtes particulièrement attentifs ? Pourquoi ?

Quels sont facteurs auxquels les prêteurs sont attentifs ? Est-ce que vous avez rencontré des cas où le prêteur a refusé de vous prêter des fonds ? Pourquoi ? Quels arguments étaient avancés ?

Pensez-vous que seuls les états comptables suffisent à répondre aux besoins des banquiers ?

Il y va-t-il un accroissement de la confiance des investisseurs ?

Pensez-vous que vos parties prenantes internes aient des besoins différents de ceux des investisseurs ? Pouvez-vous en dire quelques mots ? Des illustrations ?

L'information que vous transmettez à ces parties prenantes est-elle identique ? Vous arrive-t-il de transmettre des informations financières différentes à certaines parties prenantes autres que les « investisseurs » ? Si oui, quelles sont-elles ? Pourquoi et quels sont les effets pour votre organisation ?

La certification des comptes de manière générale :

Comment définiriez-vous l'impact de la certification des comptes sur la gouvernance de votre organisation ?

Que faudrait-il inclure dans la certification des comptes pour favoriser une bonne gouvernance ?

Pour les établissements certifiés : Est-ce que le fait d'être certifié augmente la légitimité de votre organisation ? Envers qui ? Comment cela se manifeste ?

Annexe n°3 : Arbre de codage thématique de l'étude exploratoire

CATEGORIE	CODE	VERBATIM
CREATION DE DISPOSITIFS CREATION DE COMITE		
	Pilotage stratégique	*« On a organisé les choses avec un comité de pilotage stratégique au niveau des directeurs »*
	Technique	*« Et ensuite un comité opérationnel avec un encadrement terrain qui était plus piloté par la DAF »*
FACTEURS INFLUENCANT LA MISE EN ŒUVRE	Taille	*« Nous ne sommes pas grands (…) on n'a pas créé comme dans certains établissements, un responsable du contrôle interne »*
	Ressources financières	*« D'autres ont créé une cellule, un comité de pilotage de certification, avec une personne qui gère tout ça (…) C'est un boulot supplémentaire, l'hôpital X a-t-il des moyens de trouver 40, 50 000 € pour payer quelqu'un pour faire ça ? » (…) La réponse est non »*
	Gouvernance	*« Les établissements qui vont dans le mur aujourd'hui, c'est des établissements où il n'y a pas eu de portage par le chef d'établissement, où il n'y a pas eu de gouvernance ».*
PROCEDURES D'ORGANISATION	Référents selon les cycles	*« On a identifié nos cycles majeurs, on a identifié tous nos processus comptables et financiers, on s'est organisé en mode projet c'est-à-dire que comment on a fait ? (…) »*
	Rédaction de procédures de contrôle interne	*« On a identifié nos cycles majeurs, on a identifié tous nos processus comptables et financiers, On a désigné un référent par cycle (…) et à partir de là, on s'est lancé dans la rédaction des procédures »*

CATEGORIE	CODE	VERBATIM
RENFORCEMENT DE LA CREDIBILITE DE LA DAF		
INTERNE	Sphère administrative	*« En interne, auprès des correspondants de la DAF, la certification des comptes permet de renforcer la légitimité des demandes faites (souvent depuis longtemps) aux différents services gestionnaires, pharmacie, service achat, DRH »*
	Professionnels de santé	*« Il est clair que si on peut afficher que nous sommes certifiés au niveau des finances de l'établissement, nos interlocuteurs donc chefs de pôle qui ont un profil médecin exclusivement et leurs adjoints qui sont plutôt des cadres de santé auront plus confiance »*
EXTERNE	Tutelles	*« Côté ARS, la certification représente là encore une satisfaction quant au travail réalisé »*
MOTIVATIONS	Organisme extérieur	*« Le label externe de la certification des comptes est vécu comme une garantie supplémentaire du sérieux de la direction »*
	Identification aux certifications du monde médical	*« Les professionnels y sont sensibles car habitués à d'autres formes de certification, HAS pour les soins, COFRAQ pour la biologie médicale »*

Annexe n°4 : Guide d'entretien pour les TIM (deuxième étude)

Histoire perso

Pouvez-vous me parler de votre parcours ?

Rôle et activités

Avec qui interagissez-vous quotidiennement ?

Quelles sont vos activités quotidiennes ?

En pratique, comment se passe le codage partagé ?

Quel pôle avez-vous en charge ? Rencontrez-vous des difficultés lors des échanges avec les médecins ? Comment arrivez-vous à les sensibiliser au codage de leur activité ? quels sont vos arguments ?

Quel rôle avez-vous par rapport aux médecins ?

Quels sont les messages que vous faites passer aux médecins lors du codage ?

Quels sont pour vous les avantages du codage partagé ?

Annexe n°5 : Guide d'entretien pour les médecins (deuxième étude hybridation aux compétences gestionnaires)

Puis-je vous enregistrer ?

Pourriez-vous vous présenter, me parler de votre parcours ?

Comment avez-vous vécu l'appropriation des outils de gestion telle que le PMSI ?

Pourquoi vous appropriez vous ces nouvelles compétences de gestionnaire ? Avez-vous ou rencontrez- vous des difficultés ?

Quelle importance accordez-vous à la tâche du codage de votre activité ? Pourquoi ?

Comment se passe le codage de votre activité ?

Avez-vous un intérêt à coder ?

Est-ce que vous êtes en lien avec les TIM ? Est-ce les TIM (technicien d'information médicale) qui vous aident à coder votre activité ?

Est-ce que les TIM vous font passer des messages sur votre activité ? Quels sont-ils ? Cela impacte-t-il votre fonctionnement ?

Etes-vous souvent en lien avec les personnes du DIM ? Quels sont vos liens avec le TIM ?

Percevez-vous une pression à coder ? Comment cela se manifeste ?

Comment vivez-vous le codage partagé avec les TIM ? L'intervention des TIM dans l'assistance au codage vous semble-t-elle pertinente ? Si oui, pour quel(s) aspect(s) ?

Percevez-vous des avantages à coder en binôme ?

Annexe n°6 : Guide d'entretien pour les membres de la DOP (deuxième étude)

Puis je vous enregistrer ? Pouvez-vous me parler de votre parcours ? Vos missions ? Que faites-vous concrètement ?
Avec qui interagissez-vous ? Sur quels points ? Dans quel domaine ?
Comment cela se passe ? Avez-vous des exemples ? Comment identifiez-vous les « zones » où une réorganisation est à réaliser ? Arrivez-vous à recommander aux médecins des stratégies à adopter ? Comment faites-vous pour créer une atmosphère favorable à la réalisation de ces objectifs ?
Quel est le discours tenu ? comment faites-vous passer les messages ?
Qu'est-ce que vous arrivez à réduire ? Qu'est-il possible de réduire ? Comment se passe la mise en place des choses ? exemples ?
Quels sont les gaspillages contre lesquels vous luttez ? Pourquoi le faites-vous ? Comment ? Qu'est-ce que cela vous amène à créer en plus ? Comment sont vécues les réorganisations ? Y-a-t-il des résistances ? Comment les surmontez-vous ? Avez-vous des astuces ?
Existe-t-il des échanges avec les pôles ? des négociations ? Quels sont vos arguments face aux médecins ? Pour quels critères déterminants, la fin des échanges est-elle marquée ?

Annexe n°7 : Guide d'entretien pour les cadres (deuxième étude)

Quel est votre parcours ? Comment et pourquoi vous êtes arrivé à ce poste ? Quel est votre rôle, vos missions ? Comment situez-vous votre rôle, par rapport aux médecins ? aux gestionnaires ? aux infirmières ?
Avec qui interagissez-vous ? Quels sont les messages que vous communiqués ? A qui ? Dans quels buts ? Quels sont vos objectifs ? Quelles techniques utilisez-vous pour y arriver ? des exemples ? Vous arrive-t-il de buter sur des points ? Lesquels ? Quand vous butez, quelles sont les conséquences ? Comment vous les dépassez ? Est-ce que vos messages sont compris par les médecins/infirmières ? Qu'est-ce qui vous fait dire que cela est compris ?
Comment faites-vous pour arriver à mettre en œuvre les recommandations ? des exemples en particulier ? Quels sont les principaux changements intervenus depuis vos messages - recommandations ?

Annexe n°8 : Guide d'entretien pour les médecins (deuxième étude réduction du *slack*)

Puis-je vous enregistrer ? Pouvez-vous vous présenter ? Avec qui interagissez-vous de manière globale ? Est-ce que vous avez des objectifs à atteindre ? Lesquels ? Quels sont les objectifs financiers/non financiers ? Quels sont les messages que vous recevez sur la performance de l'hôpital ? Sur votre performance au travail ? Qui vous les transmet ? Ont-ils des messages différents ? Comment faites-vous face à ces messages ? Comment cela se manifeste ? Pourquoi ? Comment se passe la mise en place d'objectifs ? Comment ressentez-vous la mesure de votre activité ? Cela va à l'encontre de vos valeurs, cela vous agresse ?
Est-ce qu'il a des choses implicites, non dites, qui guident votre personne ? Lesquelles ? Comment cela se manifeste ?

Quelles sont les conséquences de l'atteinte ou non des objectifs sur votre service ? Sur vous ? Avez- vous des DMS propres à votre service ? Comment cela s'installe ? Par qui ? Par qui recevez-vous des informations sur la DMS, et que faites-vous ? Pourquoi avez-vous fait évoluer la DMS ? Quel est votre intérêt de réduire la DMS ? Comment faites-vous pour faire évoluer votre organisation (ex de la DMS ?) ?
Cela conduit à réorganiser votre activité ? Quelles modifications cela a engendré ? Quels moyens avez-vous trouvé pour faire évoluer votre organisation ? Qui vous a aidé à réorganiser ? Comment ? Avez-vous des exemples ? ou des critiques ?
Si la DMS a baissé, est ce que cela a impacté la prise en charge ? Sa qualité ?
Jusqu'où pourriez-vous faire évoluer la DMS ? Pourquoi ? Qu'est ce qui impacte votre DMS ? Vous arrive-t-il parfois de revenir à votre fonctionnement initial ? Pourquoi revenez-vous à votre fonctionnement initial ? Après combien de temps ? pourquoi ?
Réorganisation de la prise en charge :
Est-ce que cela génère des gains pour vous ? Comment vous le mesurez ? Est-ce que vous créez autre chose avec le gain obtenu ?
Y'a-t-il des messages sur d'autres points que la DMS qui vous sont mis en avant ? Auriez-vous un autre exemple d'un changement ? Comment cela s'est passé ? Par qui cela a été accompagné ? Comment se crée le climat en général ? Entre médecins ?

Quels sont les messages que vous faites passer à vos collègues ? Quels sont les messages que vous recevez entre pairs ?

Est-ce que vous allez être plus sensible à réduire la DMS si un de vos confrères fait des efforts sur ce point ?

Annexe n°9 : Guide d'entretien pour les infirmières (deuxième étude)

Quels sont les messages que vous recevez sur la performance de l'hôpital ? Sur votre performance au travail ? Qui vous les transmet ?

Ont-ils des messages différents ?

Comment faites-vous face à ces messages ?

Comment faites-vous pour arriver à mettre en œuvre les recommandations ? Des exemples en particulier ?

Dans quels buts le faites-vous ?

Quelles sont les conséquences ?

La mise en place d'objectifs a-t-elle un impact sur la qualité de prise en charge ?

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Quelques références historiques sur la construction du système hospitalier français 46
Tableau 2 : L'audit financier 60
Tableau 3 : Les trois piliers des institutions 76
Tableau 4 : Définitions de l'institution 78
Tableau 5 : Les réponses stratégiques aux pressions institutionnelles 80
Tableau 6 : Classification de l'*accountability* par forum et acteur 101
Tableau 7 : Types *d'accountability* d'une organisation non-lucrative 102
Tableau 8 : Quatre formes d'*accountability* associées aux classements 143
Tableau 9 : Positions épistémologiques et paradigmes positiviste, interprétatif et constructiviste 159
Tableau 10 : Résumé des questions de recherche 171
Tableau 11 : Résumé du guide d'entretien de l'étude exploratoire 179
Tableau 12 : Présentation des enquêtés pour certification en 2016 et en 2015 (pour les comptes N-1) (fonctions des répondants, type d'établissement, région, département des établissements, nombre de lits et places pour l'année 2015) 180
Tableau 13 : Définition des quatre formes classiques de l'entretien 182
Tableau 14 : Facteurs de choix d'un type d'analyse de données textuelles 186
Tableau 15 : Distinction entre étude de cas unique et étude de cas multiple 202
Tableau 16 : Résumé des journées passées avec les TIM selon leur pôle 222
Tableau 17 : Première phase de collecte des données 229
Tableau 18 : Récapitulatif des entretiens réalisés dans l'étude de cas 230
Tableau 19 : Synthèse des données collectées au cours de la recherche 268
Tableau 20 : Récapitulatif de la méthodologie pour les deux études 269
Tableau 21 : Synthèse des entretiens réalisés dans la thèse 312

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Architecture de la thèse 33
Figure 2 : Résumé des pressions environnementales exercées sur les organisations 74
Figure 3 : Résumé de l'isomorphisme 77
Figure 4 : schéma récapitulatif des réponses aux pressions institutionnelles 84
Figure 5 : Résumé du rendu de compte des médecins 99
Figure 6 : Résumé de l'audit financier 101
Figure 7 : Construction de l'objet de recherche selon les trois grands paradigmes de recherche 161
Figure 8 : Résumé de notre démarche qualitative 173
Figure 9 : Organigramme simplifié du CHU 207
Figure 10 : Le processus de financement de l'hôpital public 209
Figure 11 : Composition de la direction 212
Figure 12 : Catégories utilisées pour le codage thématique des données (première collecte de données) 232
Figure 13 : Catégories utilisées pour le codage thématique des données (deuxième collecte de données) 233
Figure 14 : Résumé concernant la réduction du slack du chapitre 7 263
Figure 15 : Résumé du processus du travail doctoral 313
Figure 16 : Résumé des deux études empiriques constituant ce travail doctoral 317

SOMMAIRE DETAILLE

INTRODUCTION GENERALE ***21***

PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL ***41***

CHAPITRE 1 : Le contexte de l'étude **43**

SECTION 1 : L'hôpital public, en mutation 44

1. Bref rappel historique de l'évolution de l'hôpital 45
2. Contexte actuel et présentation du secteur hospitalier 48
3. L'hôpital public : une organisation bureaucratique professionnelle porteuse de tensions 49

Conclusion de la section 1 53

SECTION 2 : Des réformes cherchant l'adaptation de l'hôpital public au contexte national 54

1. Le « Plan hôpital 2007 » 55
2. Le renforcement de l'organisation administrative et la réorganisation en pôles : l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » 57
3. Le renforcement des pouvoirs du directeur d'établissement et l'introduction de la certification des comptes : la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » 58

Conclusion de la section 2 62

CONCLUSION DU CHAPITRE 1 ..... **63**

CHAPITRE 2 : Vers un cadre théorique et conceptuel pour comprendre les réformes du *New Public Management* **65**

SECTION 1 : La Théorie Néo-Institutionnelle 67

1. Présentation du cadre théorique néo-institutionnel 68
2. Une multitude de logiques institutionnelles dans les organisations publiques 85

Conclusion de la section 1 93

SECTION 2 : L'*accountability* 95

1. Etymologie et définitions de l'accountability 95
2. Différentes dimensions du concept d'accountability 96

Conclusion de la section 2 103

CONCLUSION DU CHAPITRE 2 ..... **104**

CONCLUSION DE LA PARTIE 1 ..... ***105***

PARTIE 2 : REVUE DE LITTERATURE SUR L'ACCOUNTABILITY DANS LES HOPITAUX ***109***

CHAPITRE 3 : Les travaux menés à l'étranger sur l'*accountability* **111**

SECTION 1 : L'*accountability* à travers l'implantation des outils, dispositifs 112

1. Une recherche de légitimité… 112
2. … mais une utilisation cérémoniale de l'accountability à travers un phénomène de découplage 115

Conclusion de la section 1 119

SECTION 2 : Evolution de l'identité médicale : un phénomène d'hybridation/polarisation 121

1. Phénomène d'hybridation des professionnels de santé 121
2. Hybridation vs Polarisation 126

Conclusion de la section 2 128

SECTION 3 : Rôle et influence de l'*accountability* : la capacité transformatrice de l'*accountability* dans la réduction du *slack* 129

1. Définition du slack organisationnel et application dans le secteur privé et public 130
2. Capacité de l'accountability à diffuser une rationalité économique : redéfinir l'organisation hospitalière publique comme une entité efficiente 132

3. Le rôle du corps infirmier dans la pratique de soins 136
Conclusion de la section 3 139

CONCLUSION DU CHAPITRE 3 140

CHAPITRE 4 : Les travaux menés en France sur l'*accountability* 141

CONCLUSION DU CHAPITRE 4 148

CONCLUSION DE LA PARTIE 2 149

Question de recherche 150

PARTIE 3 : CADRE EPISTEMOLOGIQUE ET ETUDES EMPIRIQUES 155

CHAPITRE 5 : Epistémologie et méthodologie générale 157
SECTION 1 : Démarche épistémologique 158
1. Distinction entre les paradigmes épistémologiques 158
2. Le paradigme interprétatif retenu pour notre recherche 162
Conclusion de la section 1 165
SECTION 2 : Démarche de recherche 167
1. Une étude qualitative cohérente avec la problématique de recherche 167
2. Une approche compréhensive 169
Conclusion de la section 2 172

CONCLUSION DU CHAPITRE 5 173

CHAPITRE 6 : L'étude qualitative exploratoire 175
SECTION 1 : La méthodologie de l'étude 177
1. La collecte des données 177
2. Le traitement des données 183
Conclusion de la section 1 189
SECTION 2 : Les résultats de l'étude 190
1. Structuration du projet et déploiement du dispositif 190
2. Renforcement de la légitimité de la DAF en interne 193
Conclusion de la section 2 197

CONCLUSION DU CHAPITRE 6 200

CHAPITRE 7 : L'étude de cas 201
SECTION 1 : La méthodologie de l'étude 202
1. Présentation et justification de notre dispositif de recherche 202
2. Détail des dispositifs de collecte de données 218
3. Traitement des données 231
Conclusion de la section 1 236
SECTION 2 : Les résultats de l'étude 237
1. Hybridation des médecins aux compétences gestionnaires 238
2. Les effets du « climat d'accountability » sur l'évolution de l'activité professionnelle : une recherche de réduction du slack organisationnel 248
Conclusion de la section 2 262

CONCLUSION DU CHAPITRE 7 264

CONCLUSION DE LA PARTIE 3 267

PARTIE 4 : DISCUSSION DES RESULTATS AU REGARD DE L'ANALYSE DE LA LITTERATURE ET DES CONCLUSIONS DES ETUDES QUALITATIVES 273

CHAPITRE 8 : Discussion. D'une *accountability* imposée à un climat d'*accountability* 275

SECTION 1 : Introduction de l'audit financier : « Ne plus rendre de « contes » » 277
1. L'impact de l'accountability dans la sphère administrative 278
2. Une accountability imposée et une perception forte de la crédibilité de la sphère administrative 281
Conclusion de la section 1 285
SECTION 2 : Création d'un climat d'*accountability* favorisant une atténuation du clivage entre les deux sphères : « Quand rendre des comptes ne tourne plus au « règlement de comptes » ? » 286
1. Une conception du rendu de compte divergente : le rôle des TIM dans l'hybridation des professionnels de santé 286
2. Infiltration de l'accountability dans l'activité professionnelle des professionnels : une réduction du slack 293
Conclusion de la section 2 303

CONCLUSION DU CHAPITRE 8 304

CONCLUSION DE LA PARTIE 4 305

CONCLUSION GENERALE : synthèse des contributions, limites et pistes de recherche 308

1. Objectifs et mise en œuvre de la thèse 308

2. Synthèse des résultats obtenus 314

3. Contributions, limites et perspectives de recherche 318

BIBLIOGRAPHIE 329

ANNEXES 359

Annexe n°1 : Récapitulatif des courriers électroniques envoyés pour une prise de rendez-vous (étude exploratoire et étude de cas) 360

Annexe n°2 : Guide d'entretien complet pour les DAF (première étude exploratoire) 362

Annexe n°3 : Arbre de codage thématique de l'étude exploratoire 364

Annexe n°4 : Guide d'entretien pour les TIM (deuxième étude) 366

Annexe n°5 : Guide d'entretien pour les médecins (deuxième étude hybridation aux compétences gestionnaires) 367

Annexe n°6 : Guide d'entretien pour les membres de la DOP (deuxième étude) 368

Annexe n°7 : Guide d'entretien pour les cadres (deuxième étude) 369

Annexe n°8 : Guide d'entretien pour les médecins (deuxième étude réduction du *slack*) 370

Annexe n°9 : Guide d'entretien pour les infirmières (deuxième étude) 373

LISTE DES TABLEAUX 374

LISTE DES FIGURES 375

Comment les dispositifs de l'accountability sont-ils utilisés par les acteurs de la sphère administrative ? Quels sont les effets qui en découlent pour les professionnels de santé ?

La recherche en contrôle a montré que le champ hospitalier français a subi de profonds changements, notamment à travers l'introduction de l'*accountability*. La conformité aux pressions institutionnelles pousse les organisations à s'orienter vers de nouveaux outils et principes pour renfoncer leur légitimité externe (Power, 2003).
Cette même littérature a montré que l'*accountability* s'infiltre dans la sphère médicale et démontre des phénomènes d'hybridation de rôle chez les médecins hospitaliers, qui sont ainsi sensibilisés aux contraintes financières (Kurunmäki, 1999). La sphère administrative ne fait pas exception et subit également des pressions coercitives.
L'objectif de notre thèse est de contribuer à cette littérature en analysant les effets et les rôles de l'*accountability* dans le secteur hospitalier public français sur la sphère médicale. Pour analyser ces effets, nous nous ciblons sur les dispositifs d'*accountability* tels que le *reporting* d'informations (audit financier, pratique budgétaire). Pour répondre à cette problématique, notre terrain s'est focalisé sur des entretiens semi-directifs et une approche ethnographique dans un CHU de grande taille.
Premièrement, à travers une étude exploratoire qualitative menée auprès de 19 directeurs administratifs financiers (représentant 19 CHU/CH), nous montrons que l'*accountability* au travers de l'exemple de l'audit financier amène à des changements organisationnels et sert également à « rendre des comptes » aux parties prenantes externes (Agence Régionale de Santé, banques) mais aussi internes des organisations hospitalières. Nos résultats soulignent notamment que l'audit financier renforce la légitimité de la sphère administrative vis-à-vis de la sphère médicale.
Deuxièmement, nous identifions à partir d'une approche ethnographique (observation non-participante et entretiens) menée dans un CHU des acteurs administratifs spécifiques, servant de vecteurs pour l'infiltration de l'*accountability* dans la sphère médicale : les Techniciens d'Information Médicale. Ces acteurs administratifs ont un rôle essentiel dans l'hybridation des médecins aux compétences gestionnaires, et les sensibilisent aux logiques financières. A travers le *reporting* de leur activité médicale, nos résultats mettent en lumière une atténuation du clivage traditionnel observé dans la littérature entre acteurs administratifs et corps médical.
Nous montrons également que l'infiltration de l'*accountability* par d'autres agents administratifs spécialisés, tend à sensibiliser les médecins à la réduction de surplus, de *slack* présent dans la prise en charge des patients. Il s'avère que cette organisation hospitalière privilégie des dispositifs d'accompagnements afin de solliciter les médecins à intégrer de nouvelles responsabilités dans l'efficience de leur rôle. Notre étude montre que les médecins tentent désormais de trouver un équilibre afin d'articuler « logique patient » et logique gestionnaire. Pour cela, nos résultats soulignent une modification des protocoles de soins, du raisonnement ainsi que des valeurs des professionnels de santé qui concilient et promeuvent désormais le médico-économique.

How are accountability measures used by actors in the administrative field? Consequently, which are the associated effects on workers in the health sector?

Research in control has shown that the French hospital has undergone profound changes, notably through the introduction of accountability. Compliance with institutional pressure drives organizations to move towards new tools and principles that reinforce their external legitimacy (Power, 2003). The same literature has shown that accountability infiltrates the medical sphere and that a new phenomenon occurs: doctors adopt hybridization role in hospital. This hybridization creates doctors who are aware of financial constraints (Kurunmäki, 1999). The administrative sphere is no exception and is also subject to coercive pressure.
The aim of our thesis is to contribute to this literature by analyzing the intra-organizational effects and roles of accountability on the medical logic in the French public hospital sector. To analyze these effects, we focus on accountability mechanisms such as information reporting (i.e. financial audit, budget practice). To answer this problematic, we use semi-structured interviews into French hospitals and we adopt an ethnographic approach of one large university hospital.
Firstly, from a series of exploratory interviews with 19 financial administrative directors (in 19 public hospitals), we show that accountability through financial audit leads to organizational changes and also use to "give account" not only to external stakeholders (Regional Health Agency, banks) but also internal hospital organizations. Our results show that the financial audit reinforces the legitimacy of the administrative sphere towards the medical sphere.
Secondly, we identify with an ethnographic approach (non-participant observation and interviews) in a UHC of specific administrative actors called "Medical coders" (i.e. actors serving as vectors for the infiltration of accountability in the medical sphere). These administrative members have a key role in hybridization of health professionals to management skills, and sensitize them to financial logics.
Through the reporting of their medical activity, our results highlight an attenuation of the traditional cleavage observed in the literature between administrative members and the medical profession.
Moreover, we show that the infiltration of accountability by others specialized administrative agents tends to sensitize doctors to the reduction of surplus, and the slack in the care of patients. It turns out that, the hospital organization favors support systems to make physicians integrate efficiency in their health role.
Our result show that physicians are now trying to find a balance in order to articulate medical logic and managerial logic. For this, our study highlights a modification of care protocols as well as the reasoning and values of health professionals who reconcile and promote medico-economic logic.