



# Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins

**Gaëlle Dechamp  
Cécile Romeyer**

**PREACTIS – Centre de recherche en Sciences de Gestion de Saint-Étienne**

Université Jean Monnet de Saint-Étienne  
6 rue Basse des Rives  
42023 Saint-Étienne Cedex 2  
Tel : 04.77.42.19.60

[Gaelle.dechamp@univ-st-etienne.fr](mailto:Gaelle.dechamp@univ-st-etienne.fr)  
[Cecile.romeyer@univ-st-etienne.fr](mailto:Cecile.romeyer@univ-st-etienne.fr)

## **Résumé :**

Dans le projet d'établissement 2001-2006 engagé par un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), l'accent est mis sur une circulaire de 1997 (renforcée par le plan Hôpital 2007) prévoyant la nécessité pour les hôpitaux de développer une contractualisation interne dans l'optique d'une amélioration de la qualité du service rendu au patient. L'objectif de la contractualisation interne est de décentraliser une partie de la gestion auprès du centre opérationnel (Mintzberg, 1982) de l'hôpital, c'est-à-dire la sphère médicale. Cela devrait ainsi aboutir à la mise en place de pôles, issus du regroupement d'activités ou de services, nécessaires pour atteindre une masse critique et favoriser le dialogue avec la sphère administrative de l'hôpital (Couty, 2002).

La mise en œuvre de cette nouvelle forme d'organisation hospitalière implique la participation active de tous les acteurs, et notamment des médecins responsables de pôle. Or ces derniers ont souvent une conception étroite et péjorative de la gestion qu'ils associent uniquement à « de la paperasserie et des aspects financiers ».

L'enjeu pour la direction du CHU, pour amorcer le virage de la nouvelle gouvernance hospitalière en 2005, est alors de favoriser l'appropriation du concept de gestion par les médecins. En ce sens, elle a fait appel à une aide extérieure, qui permet aux auteurs de cette communication de participer activement à ce processus de changement et d'appropriation.

L'objectif de cet article est alors d'analyser un contexte d'appropriation de la gestion par des acteurs non gestionnaires, grâce à une méthodologie qualitative basée sur le traitement de dix huit entretiens par le logiciel Nvivo. Le processus d'appropriation étudié ne cherche pas à faire du médecin un gestionnaire, mais simplement de lui permettre de mieux comprendre ce concept de gestion et ses intérêts pour le fonctionnement quotidien de son service ou pôle.

## **Mots clés :**

Appropriation – gestion hospitalière – gouvernance – Vision organisante

## Trajectoires d'appropriation des principes de nouvelle gouvernance hospitalière par les médecins

### Résumé :

Dans le projet d'établissement 2001-2006 engagé par un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), l'accent est mis sur une circulaire de 1997 (renforcée par le plan Hôpital 2007) prévoyant la nécessité pour les hôpitaux de développer une contractualisation interne dans l'optique d'une amélioration de la qualité du service rendu au patient. L'objectif de la contractualisation interne est de décentraliser une partie de la gestion auprès du centre opérationnel (Mintzberg, 1982) de l'hôpital, c'est-à-dire la sphère médicale. Cela devrait ainsi aboutir à la mise en place de pôles, issus du regroupement d'activités ou de services, nécessaires pour atteindre une masse critique et favoriser le dialogue avec la sphère administrative de l'hôpital (Couty, 2002).

La mise en œuvre de cette nouvelle forme d'organisation hospitalière implique la participation active de tous les acteurs, et notamment des médecins responsables de pôle. Or ces derniers ont souvent une conception étroite et péjorative de la gestion qu'ils associent uniquement à « de la paperasserie et des aspects financiers ».

L'enjeu pour la direction du CHU, pour amorcer le virage de la nouvelle gouvernance hospitalière en 2005, est alors de favoriser l'appropriation du concept de gestion par les médecins. En ce sens, elle a fait appel à une aide extérieure, qui permet aux auteurs de cette communication de participer activement à ce processus de changement et d'appropriation.

L'objectif de cet article est alors d'analyser un contexte d'appropriation de la gestion par des acteurs non gestionnaires, grâce à une méthodologie qualitative basée sur le traitement de dix huit entretiens par le logiciel Nvivo. Le processus d'appropriation étudié ne cherche pas à faire du médecin un gestionnaire, mais simplement de lui permettre de mieux comprendre ce concept de gestion et ses intérêts pour le fonctionnement quotidien de son service ou pôle.

### Mots clés :

Appropriation – gestion hospitalière – gouvernance – vision organisante

## INTRODUCTION

Depuis 1990, le monde de la santé est en plein bouleversement. Plusieurs décrets, circulaires, ordonnances ont progressivement tenté de réorganiser le fonctionnement des établissements publics. En ce sens, depuis la circulaire du Premier ministre du 25 janvier 1990 relative au renouveau du service public, une démarche semble s'être engagée en faveur de la généralisation du principe de contractualisation. L'objectif de la contractualisation interne est de décentraliser une partie de la gestion auprès du centre opérationnel (Mintzberg, 1982) de l'hôpital, c'est-à-dire la sphère médicale, dans l'optique d'une amélioration de la qualité du service rendu au patient. L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 officialise le processus de réorganisation en précisant que les établissements publics de santé doivent mettre en place les pôles d'activité prévus à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique au plus tard le 31 décembre 2006. Ce projet de réorganisation de l'hôpital porte le nom de « **nouvelle gouvernance** ».

Les auteures de la contribution ont signé un contrat de recherche avec un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) engagé dans cette démarche. Ce contrat a pour objectif d'aider la direction de l'établissement à mettre en œuvre l'ordonnance sur la nouvelle gouvernance et de favoriser l'appropriation du concept de gestion par les médecins. Cette étude s'est déroulée en deux temps : la rédaction d'un rapport à l'attention des principaux représentants médicaux de l'hôpital qui présente l'intérêt et les principes du projet nouvelle gouvernance, avec un éclairage managérial ; puis l'intervention plus directe des auteures notamment par la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de médecins.

Cette communication présentera tout d'abord le projet de nouvelle gouvernance hospitalière puis s'appuiera sur les concepts de vision organisante et d'appropriation pour comprendre quelles stratégies les médecins tentent de développer pour rendre propre à leur usage la notion de gestion sous-tendue par ce projet.

### 1. ORIGINES ET INTERETS DU PROJET DE NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE

La gouvernance hospitalière peut être définie comme l'ensemble des « systèmes et pratiques qui permettent aux acteurs de développer une représentation plausible de leur devenir, de connecter et d'implanter des stratégies efficaces de changements et de s'appuyer sur des valeurs productrices de confiance et de solidarité. La gouvernance se rapporte au design

organisationnel du système de soins et au partage des responsabilités et des capacités d'influence parmi les différentes entités qui le composent, aux systèmes et mécanismes de production et de diffusion des informations et aux modalités de financement des organisations et des professionnels. » (Budet, 2003).

Ainsi, a contrario de la gouvernance d'entreprise où les objectifs sont le contrôle des dirigeants et la primauté de l'intérêt des actionnaires, **la gouvernance hospitalière doit être une gouvernance stratégique, une gouvernance de projets, et par conséquent associer les acteurs pertinents.**

De nombreux acteurs au sein de l'hôpital sont concernés par la gouvernance. On peut différencier deux types d'agents (Limpens, 2003) :

- les *shareholders* : collectivités locales, l'Etat, les tutelles, les fondateurs ou propriétaires (mutuelles, assurances...), les réseaux sociaux, les détenteurs du know how (universités) ;
- les *stakeholders* : la direction, les médecins pour l'investissement, la stratégie médicale, la gestion journalière, le personnel infirmier, les représentants des patients, les réseaux quand ils sont associés.

A partir de là, nous pouvons définir deux modes de gouvernance dans le monde hospitalier :

- un mode de **gouvernance externe**, qui se traduit par une contractualisation entre l'ARH<sup>1</sup> et l'hôpital, et qui permet de gérer les relations entre *shareholders* et *stakeholders* ;
- un mode de **gouvernance interne**, qui détermine le partage des responsabilités entre la direction de l'hôpital et les sphères opérationnelles (sphères médico-soignantes) et qui organise le fonctionnement de ces dernières.

Dans le cadre de cette communication, nous nous intéressons plus particulièrement à la notion de contractualisation interne ; cette étude se centre donc sur la gouvernance au sein de l'hôpital.

### **1.1. NECESSITE DE L'EVOLUTION DU MODE DE GOUVERNANCE TRADITIONNEL A L'HOPITAL**

De manière traditionnelle et jusqu'à une période récente, le modèle d'organisation considéré par de nombreux chercheurs en gestion hospitalière (*Crémadez, 1987 ; Guerrero-Barney, 1996...*) comme pertinent et riche d'enseignements pour décrire l'organisation hospitalière, et

---

<sup>1</sup> Agence Régionale d'Hospitalisation.

particulièrement la sphère médicale, est le modèle de la « bureaucratie professionnelle » de Mintzberg (1979).

Selon lui, cette organisation professionnelle repose essentiellement sur les qualifications et le savoir des opérateurs professionnels dûment formés, autrement dit sur une autorité de nature professionnelle : le pouvoir de la compétence. La bureaucratie professionnelle « est démocratique, disséminant directement le pouvoir aux opérateurs (au moins à ceux qui sont professionnels) à qui elle donne une autonomie considérable, les libérant même du besoin de coordonner étroitement leur activité avec celle de leurs collègues, et de toutes les pressions et de l'activité politique qui en résulte. » (Mintzberg, 1982, p.328). En conséquence, une telle organisation n'incite pas les acteurs à se coordonner.

Pourtant, les difficultés à se coordonner ajoutée à la relative autonomie des professionnels posent de plus en plus problème avec l'évolution de l'hôpital lui-même et de son environnement. Les hôpitaux français sont en effet progressivement soumis à de fortes pressions qui les forcent à introduire de profonds changements dans leur gestion opérationnelle, leurs choix d'organisation et leurs modes de management pour améliorer leur performance à la fois en termes de coûts et de qualité de service. Ces pressions issues de l'environnement ont commencé à s'exprimer dès le début des années 1980 et se sont affirmées avec les récentes lois portant sur la réforme hospitalière, notamment la loi n°91-748 du 31 juillet 1991.

Le malaise hospitalier ne s'explique pas seulement par l'évolution des contraintes économiques ou de la pression sociale, mais aussi par une profonde mutation du système productif lui-même (Minvielle, 1996). En effet, le processus de prise en charge des patients se complexifie particulièrement depuis quelques années (plus grande diversité et intensification). On assiste donc à une augmentation du volume d'interactions entre les professionnels de la prise en charge, à un accroissement des modes de fonctionnement collectifs, d'où la **nécessité de plus en plus prégnante de mieux se coordonner tout au long du processus de prise en charge du patient, mais également entre la sphère médico-soignante et administrative, de manière à mieux piloter cette prise en charge sur le long terme.**

Face à cette situation, les modes d'organisation « traditionnels » de l'hôpital semblent en décalage. Tendanciellement vers une certaine standardisation du fonctionnement (division préétablie des tâches et application de procédures), ils ne sont pas adaptés à l'apparition de plus en plus fréquente d'aléas et de situations d'urgence. Il semble ainsi nécessaire de faire évoluer l'organisation de l'hôpital et son mode de gouvernance vers l'intégration des aléas, des

incertitudes et de la coopération (Minvielle, 1996) ; « la structure de l'hôpital doit évoluer vers un meilleur management des activités, une stratégie d'établissement, et une gouvernance renouvelée » (Ulrich, 2003).

La logique de spécialité et de séparation des tâches qui caractérise le mode de gouvernance « traditionnel » de l'hôpital est dépassée par les enjeux de coordination liés à la gestion des flux de patients et au partage des ressources (Crémadez, 2003). Elle doit être remplacée par une logique de contribution à des processus (Cauvin, 1997), c'est-à-dire, une **logique collective autour du patient**.

Il faut ainsi rechercher une structure d'intégration sans cependant tout miser sur les logiques de projets qui impliquent des structures éphémères (Crémadez, 2003). L'intégration repose plutôt sur une logique collective durable, visible et stimulante, et induit davantage de déconcentration. Dans la répartition des tâches, la direction doit piloter les projets stratégiques et **déléguer les décisions quotidiennes au plus près du terrain**.

## **1.2. PRINCIPES DU PROJET DE NOUVELLE GOUVERNANCE HOSPITALIERE**

La « nouvelle gouvernance interne hospitalière » repose donc sur **davantage d'interactions entre les sphères administrative et médicale** (sur la base des processus managériaux), mais également **au sein de la sphère médicale** (partage de compétences particulières notamment médicales), dans une optique d'amélioration de la qualité de la prise en charge et d'une maîtrise des coûts. En effet, l'intégration des médecins dans des logiques de spécialisation, de contrôle des coûts, de flexibilité, de qualité, et de processus en réseau apparaît indispensable. Cela ne peut cependant se faire qu'en respectant l'identité culturelle des médecins, et par conséquent, en assurant une profonde adaptation des processus managériaux à leurs spécificités. L'équilibre devra être conservé entre l'intérêt des patients, l'évolution des conditions de travail et la sauvegarde des équilibres financiers. 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**.

Dans le cadre de l'hôpital, cette « nouvelle gouvernance interne » est mise en œuvre au travers de contrats passés entre la direction et des services de soins regroupés en pôles : on parle alors de « **contractualisation interne** ».

La contractualisation est un terme juridique dans le sens où c'est une convention qui repose sur l'accord de volonté dans le but d'entraîner des obligations d'une ou plusieurs personnes envers une ou plusieurs autres personnes. Elle implique quatre conditions :

- le consentement des parties ;
- la capacité à contracter ;
- un objet certain ;
- une cause licite.

La logique de contractualisation implique donc une **confiance réciproque**. On peut avancer l'hypothèse que la considération professionnelle implique de recourir à la symbolique du contrat afin de sortir des logiques d'oppositions latentes entre les dirigeants et les salariés. Ces dernières créent des dysfonctionnements nombreux liés à la déresponsabilisation des personnels qui touchent concrètement la productivité et la qualité, en générant un climat peu propice à la performance et au développement personnel (Savall et Zardet, 1989). La contractualisation peut comporter des projets de réduction des dysfonctionnements fédérateurs pour l'accroissement de la qualité et l'amélioration des conditions de travail. C'est une direction stratégique que l'on peut adopter dans la mesure où le perfectionnement organisationnel apporte une meilleure coordination, facteur de réduction de coûts et d'accroissement de la qualité. De fait, de nombreux auteurs indiquent que l'adaptation des comportements, et en particulier les logiques de contractualisation, peuvent se substituer avec succès à une partie des dispositifs de contrôle connotés défavorablement, surtout dans le cas où les qualifications sont importantes.

Dès lors, nous pouvons définir la contractualisation interne dans le cadre du monde hospitalier sous forme d'un trépied regroupant une **volonté**, un **outil** et une **démarche**.

En effet, la contractualisation interne doit être la manifestation d'une *volonté* clairement exprimée par les différents acteurs du monde hospitalier : soignants, administratifs, partenaires sociaux, direction... Elle doit également être un *outil d'adaptation* du « système » aux nouvelles contraintes et attentes des acteurs et de l'environnement. Enfin, la contractualisation interne doit être une *démarche* qui conduit à définir des objectifs pour la mise en œuvre de moyens.

Elle suppose de fait que soient aussi engagés des processus d'évaluation et que l'établissement se donne les moyens de les conduire, ceci pouvant être matérialisé par un **contrat** (les COM<sup>2</sup> par exemple favorisent la contractualisation interne).

La contractualisation interne repose sur un **cadre législatif** qui a évolué progressivement depuis 1990 (point de départ de la contractualisation) pour finalement être détaillée dans l'ordonnance du 2 mai 2005.

Globalement, l'approche gestionnaire rapproche la notion de contractualisation interne à des concepts tels que la gestion par objectifs, le management participatif et la décentralisation qui sont souvent plus explicites en terme de gestion des hommes et moyens.

L'idée clé de la contractualisation interne est donc la *gestion de proximité*, qui se divise en deux grands principes :

- la **subsidiarité** : tout ce qui peut être délégué doit être délégué. Il faut laisser l'échelon le plus proche du terrain, l'échelon de proximité, agir tant qu'une intervention de nature plus générale n'est pas nécessaire ;
- la **fongibilité** : qui est la possibilité de transfert de compte à compte (à l'intérieur des groupes de dépense 1, 2 et 3, mais également entre les groupes) et qui permet une plus grande autonomie dans la gestion des ressources.

L'un des enjeux permanents de la contractualisation interne est donc de favoriser au maximum les moments et lieux *d'échange* des différents acteurs de l'hôpital pour créer cette culture commune indispensable à la gestion de proximité.

La contractualisation interne amène une réorganisation de l'établissement de santé, qui se traduit en général par un regroupement d'activités ou de services en **pôles** (ou centres de responsabilités), regroupement nécessaire pour atteindre une masse critique et favoriser le dialogue au sein des pôles et entre les pôles et la direction. Ces pôles bouleversent souvent les notions traditionnelles de services et de hiérarchie, mais favorisent le travail en commun et l'optimisation des ressources. Cette nouvelle organisation doit permettre une véritable décentralisation, l'affirmation des spécialités de soin et la constitution de services administratifs et logistiques communs, conduisant à des **synergies de compétences, de moyens et donc à des diminutions de coûts**. Le choix de la logique de pôles est très variable selon les hôpitaux ; les différents types de pôles répertoriés à ce jour dans les hôpitaux ayant entamé une démarche de contractualisation sont les suivants :

- des pôles sont à vocation généraliste (urgence, pôle médecine,...) ;

---

<sup>2</sup> Contrats pluriannuels d'Objectifs et de Moyens encouragés par les ARH.

- d'autres pôles ont une logique d'organe (pôle neurologie, digestif,...) ;
- d'autres correspondent à des filières de prises en charge (pôle mère-enfant, gériatrie,...) ;
- d'autres encore ont une logique plus médico-technique (pôle signal et image, biologie, pharmacie,...).

Ces pôles ne peuvent en aucun cas être complètement autonomes : il est primordial qu'ils soient au service de la politique générale de l'établissement, de manière à conserver une certaine cohérence de fonctionnement.

## **2. MODES D'APPROPRIATION DES PRINCIPES DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE PAR LES PRATICIENS HOSPITALIERS : UN POINT DE VUE THEORIQUE**

Pour que la nouvelle gouvernance soit mise en place dans les hôpitaux, la collaboration des médecins est indispensable. Or, cette collaboration n'est envisageable que si ces derniers ont été informés puis intégrés au processus de décision. Cependant, et malgré toute cette communication interne, il semble évident que les acteurs sont également imprégnés d'informations externes qui vont avoir une influence certaine sur leur vision du processus.

### **2.1 LA NOTION DE VISION ORGANISANTE**

La sociologie a développé des recherches tentant d'étudier cette influence de phénomènes sociaux tels que les effets de mode ou l'évolution des discours. Puis, des chercheurs en sciences de gestion se sont intéressés à ces phénomènes dans les années 90 : il s'agissait pour eux de comprendre comment les discours sur le management pouvaient être utilisés et influencer les entreprises (citons notamment Abrahamson, 1991 et 1996 ; Abrahamson et Fairshild, 1999).

En particulier, Swanson et Ramiller (1997) ont défini un concept précis pour décrire ce phénomène dans le domaine des systèmes d'information : la « **vision organisante** » (VO), concept que l'on peut transposer aux autres objets de gestion (comme le proposent Swanson et Ramiller en 2004). La vision organisante peut ainsi être considérée comme une idée focale de la communauté pour l'application d'un objet/concept/dispositif de gestion dans les organisations (Swanson et Ramiller, 1997). Selon les auteurs, le recours à l'extérieur et aux propos autorisés, est indispensable pour convaincre les décideurs (notamment les dirigeants) et faire sens du système vis-à-vis des salariés. Le but de ce discours va être à la fois de faciliter l'interprétation, la légitimation et la mobilisation de l'innovation par les adopteurs.

En effet, les images que porte la VO donnent un sens à l'outil : elles permettent de savoir à quoi il sert et comment il peut s'articuler avec les structures et processus d'une organisation. Ces images permettent aussi de donner une légitimité managériale ou économique à la mise en œuvre de l'outil. Enfin, les images de la VO permettent à tous d'aller dans le même sens et de se coordonner. La VO est donc un formidable outil de mobilisation des acteurs de l'organisation.

**Les gestionnaires vont ainsi interpréter puis reproduire, transformer ou contourner ces "idées autorisées" dans leurs pratiques.** Les structures sociales des organisations, les objets qu'elles utilisent, vont à leur tour être transformés ou renforcés par ces activités de gestion, les différents processus de négociation, d'adoption et d'adaptation de la stratégie. Ce sont ces différents phénomènes (reproduction, transformation, contournement) qu'il semble intéressant d'identifier et d'analyser.

Dans le cadre de notre étude, la vision organisante se rapporte aux deux points principaux du projet de **nouvelle gouvernance** retenus par les médecins : la **notion de pôle d'activité** à l'hôpital et surtout le **management comme nouvelle compétence à développer dans leur travail quotidien**.

A partir de là, nous pouvons nous interroger sur la manière dont les acteurs du terrain (personnel administratif, médical et paramédical) utilisent cette VO : vont-ils reproduire tels quels des éléments du discours, les transformer ou les contourner dans leurs pratiques ? Autrement dit, comment vont-ils s'approprier ce nouveau dispositif de gestion et les discours associés.

## **2.2 DE LA VISION ORGANISANTE A L'APPROPRIATION**

Selon De Vaujany et al. (2005), les organisations sont de plus en plus exposées à des objets ou des dispositifs de gestion poussés par l'"extérieur" et mis en œuvre en interne par ses membres (nouvelles règles comptables, solutions informatiques, nouvelles techniques d'évaluation des compétences, projets de changement, idées fortes portées par les médias sur les « bonnes pratiques »...). L'état, les cabinets de conseil, les centres de recherche : autant de parties prenantes externes et internes qui produisent régulièrement de nouveaux objets que les acteurs de l'organisation peuvent ensuite s'approprier.

Des chercheurs de différentes disciplines se sont intéressés depuis quelques années à l'appropriation de divers objets plus ou moins liés au monde des organisations. On peut citer notamment Bianchi et Kouloumdjian (1986), Desanctis et Poole (1992, 1994), Girod-Séville (1996), Digout (1997), Plaisent et al. (1996), Alter (2000)...

Plusieurs questions se posent dès lors : **que deviennent ces objets et dispositifs de gestion dans les mains des acteurs qui les mettent en œuvre ? Comment sont-ils « rendus propres »<sup>3</sup> ou impropres à un usage ? Autrement dit, comment sont-ils appropriés par les acteurs de l'organisation?**

En ce sens, nous souhaitons étudier la dynamique d'appropriation suggérée par De Vaujany et al. (2005) dans les communautés professionnelles : « comment les objets-outils de gestion produits par une communauté de pratique peuvent-ils être rendus propres à un usage par une autre communauté de pratique ? ». Cette problématique concerne *a priori* uniquement le monde des praticiens. Elle a trait à la dynamique d'appropriation d'une pratique par une communauté exogène à celle-ci.

Du point de vue des "regards" qu'il est possible d'apporter sur le processus, nous adhérons à l'idée « que l'appropriation peut-être comprise selon trois perspectives interdépendantes (socio-politique, psycho-cognitive et rationnelle). Celles-ci correspondent chacune à un statut particulier des objets de gestion et peuvent être rattachées à des points de vue d'acteurs spécifiques » (De Vaujany et al., 2005). Le tableau suivant développe chacun de ces regards :

	<b>Nature des objets et outils de gestion</b>	<b>Nature du processus d'appropriation</b>
<b>Perspective rationnelle</b>	Un vecteur de rationalisation, un outil de travail	Un processus normalisé, <b>l'appropriation est "instantanée"</b>
<b>Perspective socio-politique</b>	Un outil de valorisation (« une médaille ») de rhétorique (un « argument ») ou d'influence (un « atout »).	Un acte social, <b>l'appropriation est un processus collectif qui s'inscrit dans la durée</b>
<b>Perspective psycho-cognitive</b>	Un support d'apprentissage, un objet affectif ou un objet de traitement de l'information	Un processus psycho-cognitif, <b>l'appropriation est un processus individuel ou collectif qui s'inscrit dans la durée</b>

• **Tableau 1 : Trois regards sur l'appropriation (d'après De Vaujany et al., 2005)**

Pour parvenir à une compréhension du processus d'appropriation par les praticiens hospitaliers, nous allons nous focaliser sur les deux dernières approches de ce tableau. En

<sup>3</sup> Pour en rester pour l'instant à la définition de la notion telle qu'elle ressort du dictionnaire.

effet, il s'agira de « comprendre l'appropriation comme un apprentissage parfois difficile par lequel l'individu va devoir passer afin de rendre l'objet de gestion propre à un usage » (De Vaujany et al.) et d'adopter ainsi le point de vue des utilisateurs afin de comprendre comment le projet de la nouvelle gouvernance peut gêner ou servir leurs intérêts.

Au final, notre étude va porter sur un **dispositif de gestion (nouvelle gouvernance)** imposé par le Ministère de la Santé aux établissements hospitaliers et qui implique entre autres un management décentralisé au niveau de pôles et une responsabilisation accrue des médecins dans les processus de gestion de l'hôpital. Il s'agit donc pour cette communauté de pratique médicale de s'approprier un dispositif de gestion pour lequel elle n'a aucune compétence a priori, ni aucune « affinité ».

### **3. APPROPRIATION D'UN NOUVEAU DISPOSITIF DE GESTION HOSPITALIERE PAR LES MEDECINS : UNE ANALYSE EMPIRIQUE**

Cette étude a pour origine un contrat de recherche signé à la demande de la direction générale du CHU, et a été menée conjointement par les deux auteures pendant une durée d'environ 8 mois.

Elle est basée sur l'analyse de sources primaires et secondaires, et repose essentiellement sur la participation à divers comités exécutifs et la réalisation d'une série d'entretiens semi-directifs auprès de médecins et cadres de l'hôpital.

#### **3.1. METHODOLOGIE UTILISEE**

La méthodologie utilisée ici est de type **inductif** : elle consiste à faire émerger du terrain l'appropriation d'un nouveau dispositif de gestion hospitalière par les médecins du CHU. Elle s'appuie sur :

- l'analyse des documents internes du CHU présentant le projet (notamment une « note de cadrage » sur le projet nouvelle gouvernance rédigée par le directeur général) ;
- la participation à certains comités exécutifs, lors desquels est discuté le projet ;
- la réalisation d'entretiens avec la direction générale de l'hôpital ;
- l'analyse de documents officiels ou articles sur le projet national de la nouvelle gouvernance ;

- la réalisation de 18 entretiens semi-directifs<sup>4</sup> auprès de médecins de différentes spécialités et de différents statuts, voire auprès d'autres responsables importants de la structure.

Pour l'analyse de ces entretiens, nous avons fait appel au codage. En effet, le codage est partie intégrante du travail d'analyse puisqu'il permet d'allouer un sens à une partie de texte et d'agencer les données de façon à préserver les relations qui existent entre elles (Huberman et Miles, 1991). Les codes utilisés permettent d'associer à un mot, à une phrase ou à une partie de texte un code qui traduit le sens de ces données. Face à l'abondance et à la complexité des données à prendre en compte, l'utilisation d'un logiciel nous a semblé un outil efficace pour faciliter le processus de traitement des entretiens. Compte tenu des objectifs et de la nature de la présente étude, nous avons choisi d'utiliser un **logiciel de développement théorique**<sup>5</sup>, notamment pour ses fonctions d'automatisation des tâches, de découpage, de tri et de croisement de données codées. Ce logiciel est le système *Nvivo*.

La première étape de l'analyse correspond à la construction des codes. Étant donnée la nature de notre recherche, cette construction est également de type inductive. Elle consiste tout d'abord en une lecture de trois entretiens, à partir de laquelle nous établissons une première arborescence de codes. Il s'agit alors, dans une deuxième étape, de coder l'ensemble des entretiens à partir de ces codes, et de faire évoluer la liste « chemin faisant ». La troisième étape correspond à la construction de matrices et tableaux de synthèses à partir de la codification et à leur analyse.

### 3.2. PREMIERS RESULTATS

Pour traiter l'ensemble des données recueillies, nous avons choisi, avec l'aide du logiciel Nvivo, de construire des matrices reprenant les expressions (items lexicaux) des médecins par thèmes (cf. annexes). Ainsi, nous avons pu plus facilement repérer les points consensuels, et faire apparaître les éléments intéressants par rapport aux discours officiels (note de cadrage de la direction et compte-rendu de Conseil Exécutif du CHU notamment). Bien entendu, ces premières analyses nécessitent d'être approfondies, mais elles ont le mérite d'apporter un premier éclairage sur un processus d'appropriation, notion encore très peu explorée empiriquement.

---

<sup>4</sup> Ces entretiens d'une durée comprise entre 45 minutes et 1h45 ont tous été enregistrés et retranscrits de manière synthétique selon une grille reprenant les thèmes du guide d'entretien.

En ce sens, nous allons tenter de répondre à deux problématiques :

- qu'est-ce que les médecins ont compris et intégré du projet nouvelle gouvernance correspondant à la décentralisation de la gestion au niveau des pôles d'activités<sup>6</sup> (regroupements de services) ? ;
- comment les médecins se sont appropriés ces concepts (étude du processus d'appropriation) ? quelle est l'influence de la vision organisante sur ce processus ?

Si l'on s'interroge sur « l'appropriation » du projet nouvelle gouvernance, on se rend compte que la VO dominante est extrêmement corporatiste. Très peu d'éléments des discours officiels (textes réglementaires ou notes de cadrage de la direction du CHU) ont été retenus par les médecins (cf. annexe A et B). Souvent, ces derniers s'interrogent ou remettent en question des éléments clairement définis officiellement. C'est le cas par exemple sur les thèmes suivants :

- la constitution des pôles d'activités : thème central pour les médecins, alors que dans la note de cadrage de la direction, il est précisé que la constitution des pôles n'est pas une fin en soi mais la conséquence de la mise en place d'un management décentralisé.
- l'intéressement : il est très clairement *collectif* dans l'esprit de la réforme, alors que certains médecins s'interrogent sur l'éthique d'un intéressement *individuel* dans un hôpital public ;
- la cohérence médicale : c'est une des priorités affichées par la direction du CHU et l'ensemble des médecins craignent un découpage purement administratif, voire géographique des pôles ;
- mais également : le risque d'augmentation des conflits inter-médecins, la vision de médecin devenant uniquement gestionnaire, la remise en cause du maintien des services dans les pôles ou encore l'idée de pôles cloisonnés...

La notion de management participatif et de proximité, importante dans la réforme de la nouvelle gouvernance, ne semble pas avoir été intégrée par les médecins... Elle est même contournée dans la mesure où les médecins, dans leur majorité, préfèrent obtenir une aide administrative « délocalisée » dans le pôle, plutôt que de suivre une formation en gestion, même s'ils reconnaissent, dans leurs actions quotidiennes, être amenés à gérer (les hommes, l'organisation, l'orientation budgétaire, etc.). Pour le docteur Henry-Jacques Bussières,

---

<sup>5</sup> Les **logiciels de développement théorique** permettent de coder les textes à analyser selon des catégories définies par le chercheur. Ils favorisent ainsi l'automatisation de toutes les tâches reliées au découpage, au tri et au recoupage des textes analysés. Ils permettent de plus de faire des liens entre les codes et de développer des classifications hiérarchiques.

<sup>6</sup> Lorsque nous parlons de pôles d'activités au CHU, nous faisons à la fois référence à des pôles cliniques et à des pôles médico-techniques.

responsable du département Management et santé du cabinet de conseil Merlane, la réticence d'une partie du corps médical est aussi nourrie par la crainte. Se transformer en médecin manager n'est pas une sinécure : "Cette fonction va bien au-delà de la direction d'un service. On demande au médecin chef de pôle d'être assez compétent dans les données financières pour participer à la gestion, organiser, planifier, faire preuve de leadership, manager des confrères, savoir gérer les conflits. Cela ne s'improvise pas." (Quérue, 2006)

Plus globalement, c'est tout le projet nouvelle gouvernance qui paraît mal interprété par la communauté médicale du CHU. Nous pouvons alors nous interroger sur la manière dont ces « transformations » ou « contournements » des discours autour du projet ont été développés par les médecins. Mais cette attitude est peut-être à rattacher à des expériences passées au cours desquelles les promesses faites au monde médical n'ont pas été tenues, d'où cette méfiance des médecins par rapport aux discours officiels.

Dans le cadre du projet de nouvelle gouvernance, nous avons souhaité faire un état des lieux de la notion de management pour les praticiens hospitaliers du CHU. Leur définition a priori est généralement cohérente et complète ; elle aborde les différentes dimensions du management <sup>7</sup> (cf. annexe C). Cependant, lorsque nous avons amené ces mêmes médecins à se projeter dans la gestion d'un pôle d'activité, leur discours sur le management s'est transformé : les notions de pouvoir et de métier sont devenues très prégnantes. A travers le projet de nouvelle gouvernance, les médecins s'éloignent de la notion de gestion classique, et cherchent plutôt à garder du *pouvoir* de décision (cf. annexe A, colonnes « aspects financiers », « répartition de pouvoir », « notion de services », et « rapports avec administratifs »). De plus, ils souhaitent conserver à leur *métier* toute sa noblesse (colonnes « compétences », « répartition du pouvoir » et « complexité »), sans perdre de temps en « paperasserie ».

Ainsi, sans avoir aucune certitude sur le processus d'appropriation qui mériterait des recherches plus approfondies, nous pouvons tout de même avancer l'idée que le projet nouvelle gouvernance influence dans une certaine mesure les réflexions des médecins sur la gestion. Leurs discours mettent en exergue de fortes craintes par rapport à ce projet ; ils ont besoin de réaffirmer leur pouvoir lié à l'importance d'un métier qui nécessite de fortes compétences. On peut l'expliquer par le fait que l'appropriation s'est faite non pas à partir des

---

<sup>7</sup> Précisons que tous nos interlocuteurs sont ou ont été chef de service ou responsables d'unité fonctionnelle.

discours officiels (textes réglementaires, direction du CHU, rapport des auteurs distribué à la communauté médicale du CHU) mais par la voie corporatiste (syndicats<sup>8</sup>, revues médicales, forums Internet...). Nous avons d'ailleurs découvert au fur et à mesure des entretiens que des réunions officieuses entre médecins avaient eu lieu au sein du CHU pour se mettre d'accord sur un découpage des pôles. Quelques pôles ont été définis, quelques certitudes ont été partagées (nombre de pôles pour le CHU, découpage selon une logique médicale et de recherche indispensable) et un consensus a émergé sur l'importance des affinités entre acteurs pour la réussite du fonctionnement des pôles, mais le découpage complet des activités médicales et médico-techniques n'a pas abouti. Ni la démarche ni les résultats de ces réunions n'ont été portés officiellement à la connaissance de la direction. Nous pouvons penser que cela vient du fait que les médecins ne veulent pas afficher leur difficulté à trouver un accord pour définir les différents pôles. En ce sens, ils agissent comme s'ils ne souhaitent pas assumer la décision des frontières des pôles, en laissant cette responsabilité à la direction de l'hôpital.

## CONCLUSION

Cette étude, centrée sur l'appropriation d'un nouveau dispositif de gestion auprès d'un public non gestionnaire, a mis en évidence une forme d'appropriation particulière : le contournement de la vision organisante fortement influencé par les discours corporatistes de la communauté médicale. Nous avons en effet noté une attitude relativement passive des médecins par rapport aux discours et à l'information officielle et institutionnelle, ce qui nous amène à penser que leur appropriation du projet est très personnelle et corporatiste, et qu'elle se construit plutôt en parallèle des processus prévus. Finalement, les médecins souhaitent simplement avoir plus de pouvoir de décision, plus d'autonomie sans responsabilité de gestion, ce qui s'éloigne de l'esprit de la réforme. Cela illustre clairement l'un des points de vue possibles de l'appropriation évoqués plus haut : **l'approche socio-politique** qui se rapporte à un détournement du dispositif de la part d'une catégorie d'acteurs (les médecins) de manière à ce que le projet représente un intérêt de leur point de vue pour renforcer leur rôle professionnel et le positionnement de la communauté médicale.

---

<sup>8</sup> Plusieurs des interlocuteurs rencontrés dans le cadre des entretiens nous ont fait part de l'importance des syndicats et de leur positionnement par rapport au projet nouvelle gouvernance.

Ces conclusions ne sont que très partielles et intermédiaires. En effet, cette étude devrait se prolonger et amener des compléments d'information qui nous manquent aujourd'hui : entretiens supplémentaires avec des médecins n'ayant aucune responsabilité de gestion pour recueillir leur vision du management ; accès aux discours des principaux syndicats influents sur le projet nouvelle gouvernance ; analyse de revues ou sites Internet spécialisés à l'attention de la communauté médicale (afin d'avoir davantage d'éléments sur la vision organisante du projet nouvelle gouvernance) ; approfondissement de l'analyse des entretiens avec le logiciel Nvivo, etc.

De plus, ces conclusions mériteraient d'être confirmées et développées. Nous pourrions par exemple comparer la notion de management pour les médecins dans d'autres sites hospitaliers (notamment CHU) ou d'autres organisations telles que des associations à but non lucratif, des collectivités territoriales, des entreprises de service public,...

Nous souhaitons souligner pour finir l'intérêt mais également la difficulté d'une démarche exploratoire et inductive sur l'étude d'un processus d'appropriation : les dimensions sociologiques et psychologiques directement ou indirectement liées au processus ne sont en effet pas évidentes à appréhender.

Finalement, les recherches sur les stratégies d'appropriation des acteurs et des organisations ne seraient-elles pas enrichies par un travail transdisciplinaire sur le sujet ?

## BIBLIOGRAPHIE

Abrahamson E (1996), « Management fashion, academic fashion and enduring truths », *Academy of Management Review*, 21, pp. 616-618.

Abrahamson E. (1991), « Managerial fads and fashions : the diffusion and rejection of innovations », *Academy of Management Review*, 16, pp. 586-612.

Abrahamson E. et Fairshild G. (1999), « Management fashion : lifecycles, triggers and collective learning processes », *Administrative Science Quarterly*, 44, pp. 708-740.

Alter A. (2000), *L'innovation ordinaire*, PUF.

Bianchi J. et Kouloumdjian MF. (1986), « Le concept d'appropriation », in Laulan A.-M., Bianchi J. et Kouloumdjian MF., *L'espace social de la communication*, Paris, Retz/CNRS.

Budet J. M. (2003), « Les clés de la gouvernance hospitalière », *Gestions Hospitalières*, n°430, novembre, cahier 181, pp. 708-731.

- Canet R. (2004), « *Analyse qualitative des données : construire une représentation à l'aide du logiciel Nvivo* », Textes de méthodologie, en ligne : <http://www.chaire-cd.ca>
- Cauvin C. (1997), « Etablissement de santé : spécificité de la gestion et particularité du management », article n°60, in *Encyclopédie de la gestion*, Economica.
- Claveranne JP et Pascal C. (2005), « T2A et gestion hospitalière : la physiologie du changement. », *Gestions Hospitalières*, n°449, pp. 609-613.
- Couty E. (2002), « L'enjeu de la contractualisation interne pour les établissements de santé », *Gestions Hospitalières*, n°416, pp. 315-317.
- Cremadez, M. (1987), « Les clés de l'évolution du monde hospitalier », *Gestions Hospitalières*, n°266, pp. 285-306.
- Cremadez, M. (2003), « Evolution de la gouvernance : un enjeu capital pour l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°430, pp. 726-731.
- De Vaujany et al. (2005), *De la conception à l'usage : vers un management de l'appropriation des outils de gestion*, Editions EMS, Management & Société, Collection « Gestion en Liberté ».
- Desanctis G. et Poole MS. (1994), « Capturing the complexity in advanced technology use : Adaptive structuration theory », *Organization science*, vol. 5, n° 2, May 1994, pp 121-146.
- Desanctis G. et Poole MS., (1992), « Microlevel structuration in computer-supported group decision making », *Human communication research*, vol 19, n°1, Sept 1992, pp. 5-49.
- Digout J., (1997), « Nouvelles technologies de l'information et de communication (NTIC) dans les entreprises : appropriation de l'innovation », *Revue gestion 2000*, Juillet-Août 1997, 107-111.
- Girod-Séville M., (1996), « Une approche modulaire de la mémoire organisationnelle », communication au colloque « *Mémoire organisationnelle et dynamique innovatrice* », Université de Compiègne, 42 p.
- Guerrero-Barney, I. (1996), « Formalisation et contrôlabilité dans les hôpitaux publics : les causes de l'échec des réformes hospitalières en France », communication présentée à la *Troisième Journée IUT de la Recherche en Sciences Humaines et Sociales du CEREG*, Annecy, mars.
- Huberman, A.M. et Miles, M.B. (1991), *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boek Université.
- Limpens, J. M. (2003), « La gestion d'un hôpital sous l'angle de la 'corporate governance' », *Gestions Hospitalières* n° 430, novembre, cahier 181, pp. 719-722.
- Mintzberg, H. (1979), *The structuring of organizations: A synthesis of the research*, McGill University.
- Mintzberg, H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Les Editions d'Organisation.

- Minvielle, E. (1996), « Gérer la singularité à grande échelle », *Revue Française de Gestion*, n°109, juin -juillet- août, pp.114-124.
- Plaisent M., Bernard P., Zuccaro C. et Favreau S., (1996), *L'appropriation des nouvelles technologies de communication*, Presses de l'université du Québec, 1996, 122 p.
- Quérue N. (2006), *L'hôpital veut faire de ses médecins des managers*, Le Monde Economie, 10 janvier.
- Savall, H. & Zardet, V. (1989), *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, éditions Economica 1989, seconde édition.
- Swanson EB. and Ramiller NC. (2004), “ Innovating mindfully with information technology ”, *MIS Quarterly*, Vol 28, n°4, pp. 553-583.
- Swanson EB. et Ramiller NC. (1997), “ The organizing vision in information systems innovation ”, *Organization Science*, Vol 8, n°5, pp 458-474.
- Ulrich, M. A. (2003), « Pôle d'activité et changement de gouvernance au CHU de Grenoble », *Gestions Hospitalières* n° 430, novembre, cahier 181, pp. 717-718.

**ANNEXE A : matrice « vision du projet nouvelle gouvernance par les médecins »**

Acteurs et thèmes	Formation/compétences	Pratique du terrain	Aspects financiers	Répartition pouvoir et responsabilités	Notion de services / taille critique	Rapports avec administratif	complexité / difficultés
<b>A</b>	nécessité de formation de tout le personnel médical	Danger d'éloignement du terrain	Attention risque de gestion de la pénurie			Nécessité d'une aide administrative décentralisée dans le pôle	Ne pas cloisonner les pôles Nécessité de raccourcissement des circuits de décision
<b>B</b>					Conserver les services	Nécessité d'une aide administrative décentralisée dans le pôle	
<b>C</b>		Danger d'éloignement du terrain	Choqué par l'intéressement individuel	Etre anonyme dans le pôle			Eviter la centralisation
<b>D</b>	Avoir un cadre compétent en gestion Chef de pôle = vrai chef d'entreprise					Ajout d'un poids adm. supplémentaire Nécessité d'une aide administrative décentralisée dans le pôle	
<b>E</b>	Médecin gestionnaire impossible			Redistribution des rôles ? Etre anonyme dans le pôle	Fonctionner à 3 : médecin/cadre/administratif décentralisé	Guerre accrue médecin/direction	Perte des spécificités locales
<b>F</b>	Quelle formation des chefs de pôle ?		Quel objectif à long terme ?	Qui est responsable du patient ?	Importance culturelle	Place du chef de pôle dans les instances	
<b>G</b>			Pas de hausse des moyens				
<b>H</b>	Isolement des médecins	Chef de pôle = mi-temps maxi pour conserver la pratique				Aide administrative décentralisée et neutre	
<b>I</b>						Avoir un personnel administratif décentralisé dans le pôle	
<b>J</b>	Former les chefs de pôle à la gestion			Equilibre des pouvoirs ? Plus de pouvoir sur gestion RH			Problème de communication
<b>K</b>		Plus aucune vision globale Eloignement du terrain pour chef de pôle.		Nécessité d'une co-direction administratif/médecin			
<b>L</b>	Attention à la multicompetences (pion). Former les gens à la gestion	Médecin + gestionnaire que médecin		Gestion + centrale que la médecine. Perte de la spécificité dans le pôle	Dilution de l'intérêt des services	Conflits directs entre médecins car plus de tampon administratif	Taille critique. Favoriser les liens inter-pôles
<b>M</b>				Equilibre des pouvoirs ?	Disparition des services donc de la logique d'organes		Gestion complexe de la spécificité dans le pôle. Problème de communication.
<b>N</b>				Perte de la spécificité médicale.		Nécessité d'une aide administrative décentralisée dans le pôle	Eclatement du dispositif transversal.
<b>O</b>			Gestion de la pénurie	Répartition des rôles entre chef de service et de pôle ? Pb de définition des responsabilités de chacun	Pôle = multiplication des échelons.	Plus de rejet de la faute sur les administratifs : conflits directs entre médecins Plus de lien directs avec la Direction. Nécessité d'une aide administrative décentralisée dans le pôle	Conséquences si manque de rentabilité ? Laisser de côté les malades « chers » comme dans le privé.

Acteurs et thèmes	Formation/compétences	Pratique du terrain	Aspects financiers	Répartition pouvoir et responsabilités	Notion de services / taille critique	Rapports avec administratif	complexité / difficultés
P							Manque de cohérence entre les unités du pôle
Q	Risque de manque de volontaires		Gestion de la pénurie	Représentativité dans les instances décisionnaires ?		Nécessité d'une aide administrative décentralisée dans le pôle	
R				Equilibre des pouvoirs entre médecins et administratifs. Nécessité de laisser des responsabilités aux médecins			Fonctionnement différent entre 2 sites géographiques d'un même pôle.

### ANNEXE B : matrice « constitution des pôles »

Acteurs et thèmes	Relationnel	Logique de construction des pôles	Evolutivité des pôles
A		Possibilité d'avoir plusieurs logiques de construction au sein d'un même hôpital	Les pôles doivent être évolutifs
B	Pas de mariage forcé / rassembler dans un pôle des gens qui ont l'habitude de travailler ensemble	Logique médicale et recherche (donc affinités)	
D		Logique médicale et recherche pour pôles ou fédérations. Intérêt de couper les services en 2.	
E	Entente des différents services d'un pôle. Nécessité de politique commune		
F		Pb de découpage pour les activités transversales (activités prestataires de service)	
I		Logique "filrière de soin du patient" pour pôle ou fédération	
J		Logique d'organe	
K		Logique de patient	
L		Logique de recherche et d'enseignement. Logique fonctionnelle possible si services bi-polaires	Les pôles doivent être évolutifs (5 ans)
M		Indifférent	
N		Logique de recherche. Notion de réseau.	
O	Relationnel à prendre en compte en priorité	Logique médicale et recherche (donc affinités)	Les pôles doivent être évolutifs
P		Logique de fonctionnement (prestataire de service)	
Q		Logique de fonctionnement (prestataire de service)	
R	Respect de la logique des hommes en place	Logique d'affinités + médicale	

**ANNEXE C : matrice « définition du management par les médecins »**

<i>Acteurs/ thèmes</i>	<b>Temps</b>	<b>tâches</b>	<b>Définition du management</b>	<b>actions réelles</b>	<b>Divers</b>
<b>A</b>		TGV, réunions	comptabilité gestion des équipes (des conflits ) gestion de la qualité	développement réseau	
<b>B</b>	En 20 ans, ce temps a beaucoup augmenté Aujourd'hui = 50% du temps d'un chef de service	comités et réunions	Gestion de l'équipe médicale - gestion du matériel Définition d'une politique de service + mise en œuvre	Suivi des tableaux de bord sur l'activité gérer les médicaments, le matériel	
<b>C</b>		procédures Qualité qu'il faut remplir / paperasserie PMSI	gestion économique, financière GRH (RTT...)	RTT commission d'achat de matériel, budget Procédures Q, PMSI Réunions, échanges humains	
<b>D</b>		paperasserie de justification (rapports quadriennaux, documentation redondante, rapports en tout genre)			Impression que le travail de gestion est stérile
<b>E</b>		travail d'argumentation, de traduction, de choses qui semblent aller de soi dans le service	"comment disposer au mieux des meilleurs outils de sa boîte" + aspects financiers et recherche d'adéquation postes/profils (RH : co-décision avec CDS / travail d'équipe) + gestion comptable	Réunions Tarification à l'activité / PMSI	A cité Mintzberg (a suivi des formations). "Le management m'explose les neurones"
<b>F</b>			Gestion des moyens financiers et humains de façon optimale pour arriver au meilleur résultat possible	Tarification à l'activité Gestion des plannings	On n'arrive pas à faire de la gestion au quotidien dans nos UF (pas routines, protocoles)
<b>G</b>	1/3 de son temps (tâches administratives = 2h à 2h30 par jour) Temps incompressible	Courriers, mails, circulaires, téléphone	Gestion d'équipes et gestion administrative	Signer RTT, gérer les remplacements, gérer les temps partiels	
<b>H</b>			Gestion comptable + gestion du personnel + définition de la stratégie et des orientations par rapport à des moyens	RH : difficile à gérer et prend du temps car on est partie prenante (+ gérer les "y'a qu'à, faut qu'on")	
<b>I</b>	75% du temps hors médecine		Définition des grandes orientations du service + fonctionnement du service		
<b>J</b>			Gestion financière + gestion du personnel	Organisation réseau périnatal Mise en place protocoles, thèses demandes de PHRC Gestion des internes	
<b>K</b>	temps passé = 40%		Gestion humaine et administrative : organisation du travail, des responsabilités de chacun pour assurer activité médicale continue. Définition de lignes directrices Gérer les rapports humains + communication (faire adhérer aux projets)	Restructuration du service Rendre compte de ce qui se passe dans l'unité (tableaux de bord, indicateurs, emplois du tps, organisation du travail) Réunions d'infos et communication	obligatoire
<b>L</b>	1/3 de son temps		Notions humaines, logistiques, un peu financières. Rôle en partenariat très fort avec cadre (complémentarité). Gestion = définition des moyens et des effectifs + rationalisation générale		Chef service = chef entreprise
<b>M</b>	Difficile de chiffrer ce que cela représente car tout est mélangé		Disposer d'un groupe de personnes, d'une somme d'argent et pouvoir organiser les choses pour que chacun ait sa place dans une unité (somme de travail adéquate)	Gestion du personnel par le cadre de santé Dispensaire / blocs GRH : gestion des internes, résidents et chefs de clinique Gestion des moyens (dons)	

<i>Acteurs/ thèmes</i>	<b>Temps</b>	<b>tâches</b>	<b>Définition du management</b>	<b>actions réelles</b>	<b>Divers</b>
<b>N</b>			<p>Pas d'aspect financier a priori ms direction leur demande de gérer les coûts.</p> <p>Management d'équipes (gestion des crises) et de l'individu (dynamisme, motivation)</p> <p>Processus de transformation de l'information</p>		
<b>O</b>	20 à 30% de son temps	Réunions, courriers pour faire interface entre direction et équipes	<p>Gestion niveau institution : gestion du personnel + organisationnelles (accréditation / SIH)</p> <p>Gestion niveau service : très GRH</p>	<p>Gestion du matériel et des médicaments</p> <p>Gestion du relationnel pour faire accepter décisions</p> <p>Projet réseau</p> <p>Porte-parole équipes + gestion des frustrations</p> <p>Entretiens d'évaluation des secrétaires + paramédicaux</p> <p>+ entretiens d'embauche</p> <p>Demandes d'internes</p>	Le médecin a 3 types d'activité : soins/recherche/gestion
<b>P</b>			<p>Gestion d'un budget médicament avec suivi mois par mois.</p> <p>Dialogue participatif : convaincre, faire passer des messages</p>	<p>Tableaux de bord ; appels d'offre, gestion du réglementaire, SIH, responsabilisation des pharmaciens ; partenariat avec autre établissement ; appro/achats/stockage médicaments ; rédaction état des besoins CHU pour commission des médicaments ; traçabilité des produits sanguins ; gestion d'une revue</p>	
<b>Q</b>			<p>Motiver les gens avec qui on travaille (reconnaissance) ; organiser le service (sectorisation des médecins) ; déléguer certaines tâches administratives. Pas de financier</p>	<p>réunions de service ; gestion des RTT des médecins ; gestion du personnel (faire en sorte qu'il soit souriant et motivé)</p>	
<b>R</b>	Beaucoup de temps		Gestion de l'organisation et des hommes	Suivi d'indicateurs pour justifier demande de moyens	