

Surmonter les difficultés de la mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) à l'hôpital public : les apports d'une approche en termes « d'effectivité ».

Christophe BARET¹ (GRAPHOS, Université de Lyon 3)
Professeur en Sciences de Gestion
christophe.baret@univ-lyon3.fr

Ewan OIRY (LEST, Université de la Méditerranée)
Maître de Conférences en Sciences de Gestion
ewan.oiry@wanadoo.fr

Pénélope CODELLO-GUIJARRO (IRG, Université Paris Est)
Maître de Conférences en Sciences de Gestion
penelope.codello-guijarro@univ-paris-est.fr

Patricia KOFFI (GRAPHOS, Université de Lyon 3)
Doctorante en Sciences de Gestion
patricia.koffi@gmail.com

Résumé

Depuis le début des années 2000, le Ministère de la santé incite les établissements à moderniser leurs pratiques en introduisant la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences. Après 10 années d'efforts de communication et d'aides financières, les résultats semblent décevants. Face à ce constat, nous proposons d'adopter un nouveau regard sur la GPMC afin de mieux comprendre les difficultés de sa mise en œuvre. Nous mobilisons le concept « d'effectivité » proposé par Jullien (1996) pour remettre en cause la vision de l'efficacité rationalisatrice qui prévaut lors de la conception et de l'évaluation des démarches de GPMC. Nous adoptons le regard de « l'effectivité » pour analyser la mise en œuvre de la GPMC dans 4 centres hospitaliers franciliens. Les résultats montrent que les objectifs poursuivis par le Ministère de la santé sont très éloignés du potentiel de la situation initiale et que la déception vient probablement d'objectifs trop ambitieux. Cette déception ne doit pas masquer les changements effectivement engagés et qui devront être exploités par la suite pour poursuivre la modernisation de la GRH des établissements publics de santé.

¹ Auteur contact : christophe.baret@univ-lyon3.fr, IAE de Lyon, 6 cours Albert Thomas, BP 8242, 69355, Lyon, cedex 08, tél : 06 85 76 45 87.

Surmonter les difficultés de la mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) à l'hôpital public : les apports d'une approche en termes « d'effectivité ».

Introduction

En France, comme dans de nombreux pays occidentaux, les systèmes de santé sont confrontés à plusieurs défis majeurs (Baret, Robelet, 2010) :

- le souci des gouvernements de contenir l'augmentation des dépenses de santé, en lien avec l'obligation européenne de réduction des déficits publics,
- les progrès de la médecine et de la technologie,
- les pressions du public pour une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- une demande accrue de soins liée au vieillissement de la population.

Pour faire face à ces défis, parfois contradictoires, les politiques de santé mises en œuvre depuis les années 1990 ont poursuivi essentiellement deux objectifs : le contrôle des dépenses et l'amélioration de la qualité des soins (Claveranne, 2003). A ces réformes du mode de financement et du contrôle de la qualité des soins, s'ajoutent les réformes organisationnelles comme la création des pôles hospitaliers (Ordonnances de mai 2005), la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), puis des Agences régionales de santé (ARS)² (Ordonnances d'avril 1996), le développement des coopérations entre établissements prôné par la loi Hôpital patient santé territoire (HPST) de juillet 2009. Ces réformes reposent sur des objectifs volontaristes et ambitieux d'efficience, d'égalité d'accès aux soins et de qualité. Plusieurs auteurs ont cependant souligné les difficultés et les échecs dans leur mise en œuvre (Loriol, 2002 ; Moisdon, 2002 ; Detchessahar et Grévin, 2009).

En nous inscrivant dans une perspective « d'effectivité » telle que définie par Jullien (1996), la thèse que nous soutenons dans cet article est que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de ces réformes sont principalement liées à la déconnexion entre les modèles théoriques qui sous-tendent les objectifs de ces réformes et la réalité de la situation préexistante dans les organisations de santé. En effet, nombre de réformes comme la contractualisation, la T2A, les 35h, la nouvelle gouvernance, ont été inspirées de pratiques de gestion en vigueur dans les entreprises privées qui sont très éloignées des cultures administratives, professionnelles et médicales en vigueur dans les établissements (Abraham, 1998).

Nous avons appliqué cette perspective « d'effectivité » à la mise en œuvre de la Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences à l'hôpital public. En effet, pour anticiper les conséquences de cette quête d'efficience sur les ressources humaines, le Ministère de la santé a créé en 2001 l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique

² Les ordonnances d'avril 1996 ont créé les agences régionales de l'hospitalisation pour mieux contrôler et coordonner les activités hospitalières au niveau régional. Chaque établissement, public ou privé, doit élaborer un projet qui s'insère dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

hospitalière (ONEMFPH) qui a proposé dès 2004 un référentiel des métiers pour inciter les établissements à sortir d'une gestion administrative du personnel et à mettre en place une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). En 2007, le Fond de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a été créé avec une enveloppe de 10 millions d'Euros dédiée au financement d'actions en faveur de la GPMC (Noguera, Lartigau, 2009). Via les ARH, les établissements ont pu solliciter ce fond pour financer des actions de GPMC. La GPMC est présentée comme un enjeu majeur pour la modernisation des hôpitaux pour autant, son introduction ne va pas de soi car elle suppose l'introduction de pratiques et de concepts (métier, compétence, évaluation, projet professionnel) qui sont très éloignés des pratiques administratives actuellement en vigueur dans la fonction publique hospitalière (statut, qualification, notation, carrière). Aussi, la GPMC nous est apparue comme une réforme particulièrement intéressante pour analyser les apports du concept « d'effectivité ».

Pour engager cette discussion, notre communication sera structurée de la manière suivante. Dans une première partie, nous présenterons la notion « d'effectivité » telle que proposée par Jullien (1996) et nous montrerons que cette dernière permet de renouveler profondément le point de vue que l'on peut porter sur la GPEC. Dans une seconde partie, nous présenterons les caractéristiques de notre méthodologie et des 4 centres hospitaliers dans lesquels nous avons enquêté. Dans une troisième partie, nous présenterons et discutons nos principaux résultats.

1. Présentation de l'approche par « l'effectivité »

Nous présentons ici les travaux de Jullien (1996) qui comparent les conceptions européennes et chinoises de l'efficacité. Ensuite, en nous référant aux travaux de Pichault (2009), nous montrons l'apport potentiel du concept « d'effectivité » par rapport aux notions d'efficacité rationalisatrice et « élargie » prédominantes en sciences de gestion. Nous mettons en évidence les principaux apports des travaux de Mossé et Oiry (2009) qui ont réalisé une première application du concept « d'effectivité » au secteur de la santé. Enfin, nous nous référons à la recherche réalisée par Noguera et Lartigau (2009) sur la mise en œuvre de la GPMC à l'hôpital pour justifier l'apport potentiel d'une approche par « l'effectivité » pour mieux comprendre les difficultés rencontrées.

1.1 Efficacité et effectivité selon Jullien (1996)

François Jullien, sinologue français, a comparé dans son *Traité de l'efficacité* (1996), les conceptions européennes et chinoises des stratégies d'efficacité. En partant d'une analyse de la pensée grecque, notamment d'auteurs comme Périclès, il met en évidence une approche de l'efficacité qui privilégie les buts et la volonté et accorde peu d'importance à l'analyse de la situation existante. Selon Jullien, l'Europe se caractérise par la prédominance d'une logique de planification de l'action à partir de raisonnements théoriques sur les futurs souhaités. Le stratège est alors souvent surpris par les écarts importants entre le modèle et la réalité.

A cette vision volontariste et théorique de l'efficacité en Europe, Jullien oppose la vision chinoise traditionnelle pour laquelle fixer des buts théoriques ex ante n'a pas de sens car les buts sont contenus dans le réel. L'efficacité trouve sa source dans les caractéristiques de la situation réelle qui, comme l'eau qui coule, évolue dans un procès continu. En Chine, l'effet est dans une « logique de déroulement », il est inscrit dans la situation initiale et se développe de lui même. Le résultat du changement ne dépend alors pas de la qualité du plan d'action,

mais de la capacité à bien comprendre les circonstances pour en tirer profit. Jullien oppose ainsi connaissance et connivence : « (la connivence) se fie à la situation engagée plus qu'au plan projeté ; prend en compte la condition plutôt que la visée....La connivence est le fruit de l'habitude et du temps passé....tandis que la connaissance est héroïque parce qu'elle prétend conquérir à distance. » (Jullien, 1996).

L'effet est inscrit dans le réel et est généré par des transformations continues. Une action délibérée trop volontariste risque de perturber le « déroulement » et de provoquer des résistances. Il vaut mieux laisser « advenir l'effet » en guettant les occasions dans le déroulement. Le stratège doit scruter patiemment la situation pour identifier les « failles » qu'il va pouvoir exploiter pour orienter les transformations. Les stratèges militaires grecs privilégient l'audace, le risque, l'héroïsme et l'action, les chinois préfèrent les « transformations silencieuses ». Ils considèrent qu'il est parfois préférable de ne pas agir pour laisser la transformation se faire d'elle-même sans risquer de la perturber. Dans cette perspective, le décideur n'est pas pour autant inerte car il observe de près le « déroulement » et guète les « failles » qu'il pourra exploiter. Si l'Européen est dans l'action, le Chinois est dans la réaction.

Jullien a proposé cette analyse des conceptions européenne et chinoise de l'efficacité en analysant des écrits anciens traitant de la guerre et de la politique et non pas des écrits modernes sur le management. Pour autant, il nous semble que cette analyse peut être transposée de manière féconde à la gestion du changement dans la littérature managériale. L'approche « rationalisatrice » du changement, dominante en sciences de gestion selon Pichault (2009), met l'accent sur la planification, les objectifs (forcements théoriques) et l'action managériale. Elle semble donc s'inscrire pleinement dans la conception Européenne de l'efficacité.

1.2 La vision traditionnelle de l'efficacité « rationalisatrice »

Pour Livian (1998), l'efficacité se définit comme « le degré d'atteinte des objectifs de l'organisation, par rapport à ce qu'en attendent les parties prenantes » (p.22). L'efficacité d'un processus de changement s'évalue donc par le niveau d'atteinte des objectifs fixés a priori. Pichault (2009) qualifie de « rationalisatrice » cette vision du changement qui repose sur le diptyque « objectif-résultat ». Cette vision s'appuie sur des travaux anciens (Ansoff, 1965 ; Porter 1982) qui accordent une grande importance à la planification. Cette dernière suppose une collecte rigoureuse des informations nécessaires à la définition des objectifs, à la conception d'un enchaînement d'étapes, à l'élaboration d'un plan d'action et d'outils de contrôle de la réalisation des objectifs. Selon Pichault (2009), cette conception du changement repose sur 4 postulats :

- l'information est parfaitement disponible,
- les dirigeants poursuivent des objectifs clairs et stables,
- il existe une solution optimale à tout problème,
- les collaborateurs vont spontanément adhérer aux décisions prises.

Cette efficacité « rationalisatrice » nous semble bien correspondre à la vision Européenne de l'efficacité décrite par Jullien. La recherche des solutions est le résultat d'un exercice théorique (surtout lorsqu'elle mobilise des modèles mathématiques d'optimisation). Les objectifs fixés sont « surplombants », extérieurs à la situation initiale. L'action managériale joue un rôle clé dans la conduite du changement. Dans cette perspective, certes le décideur va collecter des informations pour caractériser la situation initiale, mais l'essentiel de l'attention

se porte sur le modèle, sur le futur imaginé, qui va permettre de définir les objectifs. Ensuite, l'obsession sera de réduire les écarts entre la théorie et le réel.

Bien sûr, plusieurs auteurs, dans la lignée des travaux de Simon (1959) sur la rationalité limitée, ont critiqué cette approche en montrant :

- que l'information est souvent incomplète,
- que les objectifs des dirigeants sont peu clairs et instables,
- que les problèmes complexes n'ont pas de solution optimale mais seulement satisfaisante,
- que les collaborateurs poursuivent leurs intérêts propres.

Ces différents facteurs conduiraient à ce que le changement réalisé soit souvent éloigné du changement délibéré. De nombreux travaux se sont donc attachés à mieux décrire le contenu réel des changements mis en œuvre dans les organisations. Par exemple, Mintzberg et Waters (1982) ont souligné l'importance des stratégies émergentes. Les travaux de Callon (1986) puis Akrich, Callon et Latour (1988a, 1988b) ont progressivement contribué à fonder la théorie de la traduction (ou théorie de l'acteur-réseau) qui analyse finement la manière, à la fois délibérée et émergente, selon laquelle le changement se produit dans les organisations (Akrich, Callon & Latour, 2006). L'ensemble de ces travaux conduisent à penser une gestion « polyphonique » du changement qui intègre une approche politique (Crozier et Friedberg, 1977), une approche incrémentale (Quinn, 1980), une approche contingente (Lawrence et Lorsch, 1983) et une approche interprétative (Weick, 1979). Cette vision « polyphonique » du changement conduit à ce que le décideur prenne en compte de nouvelles dimensions (le comportement des groupes d'acteurs, les représentations, les contraintes de l'environnement et des décisions passées qui limitent les alternatives) de la situation lors de la conception et du pilotage du changement (Pichault, 2009).

Ces différents auteurs ont contribué à l'émergence d'une conception « élargie » de l'efficacité. L'efficacité « rationalisatrice » se focalise sur le rapport existant entre les objectifs et les résultats et s'interroge seulement sur le fait de savoir si les objectifs ont été atteints. L'efficacité « élargie » garde intacte cet intérêt majeur pour le degré d'atteinte des objectifs. Toutefois, elle « élargit » la perspective en s'interrogeant sur l'efficience de la démarche (les résultats ont-ils été obtenus dans une économie de moyen ?) et surtout, elle est parfaitement consciente du fait que les objectifs comme les résultats ne sont pas extérieurs à la situation dans laquelle ils sont posés et mesurés. Ils sont donc l'objet de stratégies politiques (Crozier et Friedberg, 1977). Ils s'inscrivent dans des dépendances de sentier, des logiques incrémentales liées à l'histoire de l'organisation (Quinn, 1980) et à son environnement (Lawrence et Lorsch, 1983).

L'efficacité « élargie » ne se focalise donc plus seulement sur *l'output* (le résultat immédiat et tangible) mais sur *l'outcome* (le produit plus ou moins lointain du changement), (Roost, 1996). Cette efficacité « élargie » a permis à la conception « rationalisatrice » de l'efficacité d'intégrer les nuances et les critiques qui lui ont été adressées et de rester dominante en sciences de gestion. Pour autant, en adoptant le regard de « l'effectivité », elle reste centrée sur le diptyque objectifs / résultats, sur une vision délibérée et linéaire du changement qui laisse peu de place aux phénomènes émergents ni à l'observation des caractéristiques de la situation initiale.

1.3 Les enseignements d'une première application du concept « d'effectivité » au secteur sanitaire

Mossé et Oiry (2010) ont proposé une première application du concept « d'effectivité » au secteur de la santé. Ils ont analysé les effets de la mise en place en 1994 d'une Référence médicale opposable (RMO) de dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette RMO a été abandonnée en 1998 suite à un recours en Conseil d'Etat déposé par les syndicats médicaux qui contestaient les sanctions qui pouvaient être imposées aux praticiens qui ne respectaient pas cette recommandation. Selon ces auteurs, si cet abandon suivi de l'annulation par le Conseil d'Etat en 1999 peut être considéré comme un échec du point de vue de l'efficacité « rationalisatrice », cette RMO a néanmoins permis d'ouvrir un débat sur les modalités de prévention du cancer du col de l'utérus duquel a émergé un consensus sur un besoin de clarification d'une politique nationale de prévention. Suite à ce débat, la Haute autorité de santé (HAS) a proposé en avril 2009 une note de cadrage sur la stratégie de prévention du col de l'utérus. Cette RMO a été abandonnée car ses objectifs étaient trop éloignés des potentialités de la situation initiale, néanmoins elle a produit des effets en engendrant un débat sur la prévention et des recherches sur la fiabilité des tests de dépistage. La note de cadrage de la HAS peut alors être interprétée comme une attitude de « connivence », d'exploitation d'une faille décelée, pour orienter le changement dans le sens souhaité.

Mossé et Oiry tirent plusieurs enseignements de cette application du concept « d'effectivité » :

- lorsque les objectifs sont « surplombants », déconnectés de la situation initiale, les risques d'échec du changement sont importants,
- un changement dont les effets sont inscrits dans la situation initiale a davantage de chance d'aboutir,
- une réforme peut produire un effet sans atteindre les objectifs fixés initialement,
- l'évaluation ne doit pas être extérieure au processus de changement mais intégrée. Elle permet de mettre en évidence les dynamiques en cours, de faire émerger les failles que le décideur va pouvoir exploiter,
- dans cette nouvelle vision de la gestion du changement, le manager n'est pas inactif, son but « est donc de créer les conditions nécessaires pour que les dynamiques existantes s'expriment et produisent leurs effets » (p.24).

En nous appuyant sur les travaux de Jullien (1996) et sur les enseignements que l'on peut tirer de leur application au secteur de la santé par Mossé et Oiry (2010), nous proposons la définition suivante des concepts clés de l'approche par l'effectivité.

Efficacité : vision du changement axée sur les objectifs poursuivis et tournée vers le futur.

Effectivité : vision d'un changement qui se déploie en s'appuyant sur les singularités existant dans la situation initiale.

Effet : dans une logique de « déroulement », il est inscrit dans la situation initiale et il se développe de lui-même. L'effet est inscrit dans le réel.

Faille : élément de la situation initiale qui va dans le sens des buts poursuivis par le décideur. Les failles peuvent être identifiées et exploitées pour orienter les transformations.

L'utilisation des travaux de Jullien (1996) permet de renouveler l'approche de la notion d'efficacité d'un processus de changement. Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, elle

s'articule avec les approches politiques (Crozier, Friedberg, 1977), incrémentales (Quinn, 1980) et contingente (Lawrence et Lorsch, 1983).

Toutefois, les définitions que nous proposons ci-dessus montrent que l'approche de l'effectivité pourra à l'avenir être enrichie en étant plus étroitement articulée avec des cadres conceptuels particulièrement attentifs à la manière dont les individus construisent le sens de leur action (Weick, 1989 ; Lorino, 2005 ; Lorino, 2007) et à la place que les outils de gestion tiennent dans cette construction du sens (Rabardel, 1999 ; Foucault, 1975 ; Ecole des Mines, 2002). Cette articulation permettra de plus à la notion d'effectivité d'atténuer sa dimension potentiellement rationalisatrice puisque, par certains aspects, l'attention à l'émergent qui est au cœur des travaux de Jullien (1996) peut conduire les managers à appliquer à l'émergent les grilles rationalisatrices dont nous avons montré ci-dessus les limites. Enfin, il apparaît clairement que les apports de l'approche par l'effectivité devront être articulés avec d'autres approches comme celles de Reynaud (1989), d'Alter (2000) ou de Von Hippel (1988) qui s'attachent elles aussi à penser de manière conjointe les dimensions délibérées et émergentes des organisations.

L'approche par l'effectivité devra donc à l'avenir être développée et complétée sur le plan conceptuel. Elle permet toutefois dès à présent de produire des résultats intéressants sur la mise en œuvre de la GPMC dans les hôpitaux publics.

1.4 Les difficultés de la mise en œuvre de la GPMC à l'hôpital public

Depuis 2001, la mise en place de la GPMC est un objectif important pour le Ministère de la santé. Elle doit permettre de faire coïncider les besoins en compétences des établissements et les projets personnels des agents. Elle a été accompagnée par plusieurs décrets qui visent la modification des pratiques de GRH dans le secteur public. Il s'agit en particulier du décret du 21 août 2008 sur la formation professionnelle tout au long de la vie et du décret du 29 septembre 2010 sur l'entretien professionnel. La GPMC est aussi inscrite dans les recommandations du manuel de certification qualité des établissements de santé émis par la Haute Autorité de Santé, dans son chapitre 1, référence 3 portant sur la gestion des ressources humaines³. Pourtant, en dépit des moyens importants mis en œuvre avec la création de l'observatoire des métiers (ONEMFPH) et du fond de modernisation (FMESPP), les résultats semblent relativement décevants. Un faible nombre d'établissements ont répondu à l'appel d'offres FMESPP de 2008 (19 établissements sur 300 en région PACA, 49 sur 419 en Ile de France). Les fonds n'ont donc pas été entièrement dépensés et l'enveloppe globale du fond a été réduite de 10 à 5 millions d'euro pour l'appel à projets 2010. Noguera et Lartigau (2009), suite à leur étude de la mise en œuvre de la GPMC dans 2 centres hospitaliers universitaires (CHU), ont mis en évidence une longue liste de difficultés rencontrées. Ils citent notamment les contraintes posées par les statuts de la Fonction publique hospitalière (FPH) et par les décrets de compétences qui définissent très précisément les professions de santé, mais aussi le manque d'implication des cadres souvent surchargés par leurs tâches quotidiennes et l'absence d'indicateurs de suivi de la démarche GPMC qui ne permet pas de réaliser une évaluation. Pour autant, ces auteurs ont observé des signes de changement. L'élaboration des référentiels métiers a conduit à engager une réflexion sur l'organisation du travail et le redéploiement des emplois. Les formations à l'entretien annuel dispensées aux cadres ont

³ Le critère 3.b du manuel de certification V2007 stipulait : « Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement ». Dans le manuel V2010, ce thème est maintenu et davantage précisé au travers du critère 3.a « Management des emplois et des compétences ». Source : Haute Autorité de Santé (www.has-sante.fr).

développé leurs compétences managériales. La participation des organisations syndicales au comité de pilotage de la démarche GPMC contribue à un changement culturel progressif envisageant une alternative à une vision purement statutaire de la GRH.

Dans la perspective de « l'effectivité », ces signes de changement constituent des failles que le décideur devrait pouvoir exploiter pour orienter les transformations en cours. Notre hypothèse ici est que les résultats décevants des démarches de GPMC sont principalement dus à des objectifs « surplombants » déconnectés du potentiel de la situation initiale. Nous proposons donc d'analyser ce potentiel de manière plus précise au travers de 4 monographies d'établissements.

2. Méthodologie

Les résultats que nous allons présenter ont été produits sur la base d'études de cas réalisées dans 4 centres hospitaliers franciliens. Après avoir présenté et justifié notre méthodologie, nous présenterons brièvement ces établissements.

2.1. Présentation de la méthodologie de la recherche

Les objets de recherche mobilisés dans cet article sont des phénomènes sociaux complexes qu'il faut inscrire dans leur contexte organisationnel. Si la notion d'efficacité rationalisatrice est relativement bien identifiée (Pichault, 2009), les notions d'efficience et surtout « d'effectivité » sont moins largement étudiées. Il s'agit d'une première caractéristique qui favorise le recours à la méthode des études de cas (Ragin, Becker, 1992). Les frontières conceptuelles, spatiales et temporelles de ces phénomènes ne sont pas immédiatement perceptibles. Elles sont très largement dépendantes du contexte dans lequel le phénomène étudié a lieu. A nouveau, ceci plaide pour le recours aux études de cas (Yin, 1994). Afin de pouvoir amorcer une première généralisation théorique de nos résultats, nous avons toutefois décidé de réaliser une première comparaison entre 4 cas de centres hospitaliers (Eisenhardt, 1989).

Ces études de cas ont été réalisées selon un schéma classique dans la recherche en GRH. Nous avons d'abord réalisé une étude documentaire qui a permis de rassembler les principales informations formelles sur ces organisations (historique, principaux chiffres clés, etc.). Des entretiens semi-directifs sont ensuite apparus nécessaires. Ils sont en effet indispensables pour analyser les phénomènes dans leur contexte et la logique d'argumentation des acteurs (Stake, 1995). Dans l'approche de « l'effectivité », les résultats obtenus sont imprévisibles car ils dépendent des effets inscrits dans la situation initiale. Nous avons donc distingué les objectifs affichés par la direction de l'établissement des effets inscrits dans la situation. Nous avons donc interrogé les décideurs (DRH et Directeur de soins) sur les objectifs théoriques de la démarche de GPMC et les acteurs de terrain (cadre de santé, infirmière, aide soignante) sur les effets des pratiques mises en place. Une attention particulière a été portée sur les difficultés rencontrées par la démarche formelle. Au total, 5 entretiens ont été réalisés dans chaque établissement⁴.

⁴ 2 entretiens seulement ont été réalisés au CH NORD (DRH et attaché d'administration RH).

Les 17 entretiens, d'une durée comprise entre 1h00 et 1h30, ont été menés directement sur les lieux de travail (ce qui permet une appréhension du contexte matériel, relationnel et social de l'activité, cf. *infra*) par deux enquêteurs, et enregistrés. Pour traiter ces entretiens, nous avons identifié des thèmes de codage et réparti les données entre ces différents thèmes. Lors de ce post-codage, nous avons réalisé un certain nombre de changements dans la liste des thèmes. Cette étape est en effet un processus interactif où des thèmes peuvent émerger des entretiens eux-mêmes (Miles et Huberman, 1984). Un premier niveau de codage a été utilisé pour réduire la diversité des données et résumer des parties importantes des entretiens. Ensuite, ce codage a permis d'identifier les principaux thèmes abordés dans les entretiens.

2.2. Présentation synthétique des 4 établissements enquêtés

Les 4 centres hospitaliers étudiés ont été choisis parmi les 49 établissements publics et privés qui avaient obtenu une aide financière de l'Agence Régionale d'Hospitalisation Ile de France en 2008 pour accompagner le lancement d'une démarche de GPMC. Sur ces 49 établissements, seuls 31 ont effectivement utilisés les fonds en lançant des actions (conseil, formation, achat de logiciel). Parmi ces derniers, pour assurer une certaine homogénéité de l'échantillon, nous avons choisi des établissements publics de taille comparable ayant des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Les 4 centres hospitaliers sont situés en région parisienne et sont donc confrontés environnement similaire en termes d'intensité concurrentielle et de bassin d'emploi. Les établissements ont été renommés pour préserver leur anonymat.

Tableau 1 : Présentation des 4 établissements

Etablissement	Nombre de lits	Emplois non médical	Médecins	Cotation critère 3.b HAS V2007 (A à D)
Sud	1000	3000	600	B
Nord	615	1560	400	B
Est	524	1900	500	B
Ouest	720	2200	600	A

Les 4 établissements ont été audités et certifiés par l'HAS entre 2008 et 2010 sur la base du manuel V2007. Sur le critère 3.b qui concerne la gestion prévisionnelle des ressources humaines, OUEST a obtenu la note maximale de A, les 3 autres établissements ont été notés B signifiant une « absence d'outils qui permettent une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au-delà du court terme » (Source HAS, Résultats de certification des établissements). Cette cotation très similaire des 4 centres hospitaliers étudiés atteste de l'homogénéité de notre échantillon concernant le développement des pratiques de GPMC.

3. Résultats et discussion

Nous présentons ici les objectifs formels de la démarche de GPMC recommandée par l'ARH Ile de France et les critères d'évaluation des résultats utilisés par les DRH. Nous portons ensuite le regard de l'efficacité « élargie » puis de « l'effectivité » sur les changements induits dans les 4 établissements étudiés.

3.1. Des DRH qui, dans un premier temps, évaluent la GPMC du strict point de vue de l'efficacité rationalisatrice

Le tableau ci-dessous est issu de documents publiés par l'ARH Ile de France. Il révèle le contenu de la GPMC tel que défini par la tutelle régionale.

Tableau 2 : Les 4 étapes de la démarche de GPMC

Gestion	Des Effectifs	Et des Compétences
Actuelle	Volet 1 Gestion actuelle des effectifs Rattachement des effectifs au répertoire des métiers FPH	Volet 2 Gestion actuelle des compétences Identification des compétences par métiers Utilisation d'un support d'évaluation avec compétences spécifiques aux métiers Synthèse du niveau de maîtrise des compétences des équipes
Prévisionnelle	Volet 3 Gestion prévisionnelle des effectifs Identification de flux entrant et sortant Projection des effectifs	Volet 4 Gestion prévisionnelle des compétences Réflexion sur les métiers en déclin, émergents et en évolution Analyse plus fine pour chaque métier Identification des actions RH à mettre en œuvre

Tableau extrait du bilan de la GPMC à l'ARH Ile de France – Décembre 2009 (DEMOS – Martine Vanpeene)

Ce tableau met en évidence que la GPMC est un dispositif relativement classique de GPEC tel qu'il a été synthétisé dès 1995 par exemple par Thierry et Sauret. Comme la GPEC, la GPMC nécessite que l'entreprise identifie ses ressources actuelles (calculs des effectifs et définition de leurs compétences – volets 1 et 2) et ses ressources futures (projection des effectifs et des compétences – volets 3 et 4), les confronte à ses besoins actuel et futurs, mesure les écarts existants (actuels et futurs) et prennent les mesures RH nécessaires pour combler ces écarts. Dès l'instant où l'on souhaite analyser comment cette GPMC a été mise en œuvre dans les établissements, on est confronté à une première difficulté. En effet, dans les établissements enquêtés, nous n'avons pas retrouvé exactement ce schéma. Cela ne signifie nullement que rien n'a été fait mais que ce qui a été fait est différent du tableau que nous venons de présenter. Certains éléments sont identiques, d'autres sont réinterprétés et enfin d'autres sont complètement différents. Nous présentons dans le tableau 3 ci-dessous les principales caractéristiques de la démarche GPMC engagée.

Tableau 3 : Les démarches GPMC des 4 établissements

	NORD	EST	SUD	OUEST
--	------	-----	-----	-------

Année de lancement GPMC	2005	2008	2010	2005
Motifs du lancement	Intégration au projet social d'établissement suite à des difficultés de recrutement	Accompagner la structuration des services	Accompagner la fusion de 2 établissements et un déménagement	Introduire une « culture de métier »
Objectifs déclarés	Généraliser et homogénéiser les entretiens d'évaluation	-Elaborer la cartographie des métiers -Rattacher les effectifs à la cartographie -Généraliser l'entretien d'évaluation	-Généraliser l'entretien d'évaluation -Elaborer la cartographie des métiers -Rattacher les effectifs à la cartographie	-Elaborer la cartographie des métiers -Généraliser l'entretien d'évaluation
Actions réalisées	-Spécification des fiches métiers -Formation des cadres à l'entretien -Rattachement des effectifs à la cartographie des métiers -Nouvelle procédure d'évaluation en 2008	-Spécification des fiches métiers -Rattachement des effectifs à la cartographie des métiers -Formation des cadres à l'entretien -Nouvelle procédure d'évaluation en 2010 -Informatisation de l'évaluation	-Spécification des fiches métiers -Formation des cadres à l'entretien -Nouvelle procédure d'évaluation en 2010	-Evaluation des agents contractuels -Spécification de certaines fiches métiers

Ce tableau montre que les dates et les motifs d'entrée dans la démarche sont très différents, il s'agit soit d'accompagner la réalisation d'un projet stratégique (EST et SUD), soit de faire face à une problème spécifique de GRH (NORD et OUEST). Dans l'ensemble, les objectifs déclarés sont homogènes et correspondent aux volets 1 et 2 de la démarche prescrite par l'ARH. Concernant les actions réalisées, les divergences sont notables puisque OUEST n'a pas encore généralisé les nouvelles grilles d'évaluation, seul EST a informatisé l'évaluation, SUD n'a pas rattaché les effectifs à la cartographie des métiers.

On perçoit clairement que les processus en cours dans les établissements ne suivent pas strictement le schéma canonique proposé par l'ARH. SUD a réalisé le volet 2 et a engagé une réflexion sur les métiers émergents comme prévu dans le volet 4 sans avoir encore rattaché les effectifs à la nomenclature des métiers ce qui correspond au volet 1. Ensuite, ces objectifs sont définis par un décideur unique et clairement identifié, en l'occurrence la DRH. Enfin, la focalisation sur l'output est elle aussi claire dans cette logique. Nos interlocuteurs DRH ont ainsi régulièrement mis en avant leur taux de réalisation des entretiens annuels supérieur à 90%.

Cette focalisation sur le taux de réalisation des entretiens annuels est particulièrement intéressante. Tout d'abord, le tableau de la « GPMC – ARH » présenté ci-dessus montre que, dans le projet initial, il ne s'agissait que d'un point mineur. La prévision apparaît, par exemple, comme un élément beaucoup plus crucial que le taux de réalisation des entretiens. Compte

tenu du fait que l'évaluation annuelle est obligatoire dans le cadre de la procédure administrative de notation des agents, il n'y a donc sans doute pas réellement de quoi considérer ce résultat comme une réussite réellement exceptionnelle. Enfin, et surtout, la mise en avant de ce taux donne le sentiment que le processus de GPMC en est directement responsable alors que l'analyse plus approfondie que nous allons mener maintenant montre qu'il est difficile d'établir un tel lien de cause à effet.

3.2. Des DRH et des acteurs qui, dans un second temps, évaluent la GPMC du point de vue de l'efficacité « élargie »

Les acteurs que nous avons rencontrés ne se contentent généralement pas de ce seul point de vue de l'efficacité rationalisatrice. Les DRH, qui sont à l'initiative de ce changement, ont souvent plus tendance que les autres acteurs à considérer que la GPMC a produit des effets positifs. Par exemple, au centre hospitalier EST, le DRH se félicite des résultats de la GPMC en considérant que *« jusqu'ici l'évaluation se faisait sur la base d'objectifs mais sans que ceux-ci soient standardisés ni formalisés. Avec la GPMC, on a vraiment progressé dans ce domaine »* tandis que les infirmières tout en constatant des évolutions leur donne un caractère relativement mineur : *« Ca fait 20 ans que je suis dans l'établissement, ça fait 20 ans que je suis évaluée. On est simplement passé d'une feuille d'évaluation à un dossier plus conséquent »* (IDE, EST). Mais les DRH sont néanmoins parfaitement conscients des nuances qu'il convient d'apporter au bilan positif comme négatif que le concept d'efficacité « rationalisatrice » permet d'établir.

On peut même avoir le sentiment que certains acteurs, comme la DRH de SUD par exemple, ont accepté que nous réalisions des entretiens dans son établissement afin qu'elle sache un peu plus clairement ce que la GPMC a concrètement produit au niveau des équipes. Elle est en effet complètement consciente que la directrice des soins, qui se situe sur un autre site, qui est en poste depuis beaucoup plus longtemps qu'elle et qui dispose d'un contact avec les équipes qu'elle n'a pas, est un acteur majeur de la GPMC. Cette DRH a donc un regard nuancé sur la GPMC. Il est clair pour elle *« qu'entre le projet que je conçois ici dans mon bureau et ensuite ce qui se fait concrètement dans les équipes, il y a beaucoup d'étapes et de changements qui conduisent en partie à la redéfinir »*. L'entretien que nous avons réalisé avec la Directrice des Soins révèle ces différences de vue. Elle déclare ainsi : *« La GPMC est encore balbutiante. La démarche est trop lente. Pour aller plus loin, il faudrait 3 choses :*

- *avoir une vision des compétences disponibles et des compétences manquantes par pôle, en liaison avec le projet de pôle,*
- *avoir des fiches métiers davantage spécifiées, plus proches de la réalité du travail,*
- *avoir 2 entretiens individuels par an. »*

Ceci explique qu'elles soient toutes les deux sur l'idée d'évaluer leur action non pas du point de vue de la seule efficacité rationalisatrice mais aussi du point de vue de l'efficacité « élargie », c'est-à-dire une efficacité qui prenne en compte que dans les organisations, le changement est impulsé par plusieurs décideurs, pas nécessairement d'accord entre eux sur le contenu et le sens du changement.

Enfin, toujours dans cette logique de l'efficacité élargie, il est apparu que les acteurs que nous avons rencontrés sont plutôt conscients que l'output (le taux d'entretiens réalisé, par exemple) ne suffit pas pour juger de la pertinence de la démarche. Il faut en plus que cette démarche se soit faite dans un coût et un temps acceptable, c'est-à-dire qu'elle ait allié efficacité et efficience. Le cas du CH OUEST est particulièrement illustratif de cet élément là. La DRH de ce centre hospitalier peut elle aussi faire état d'un taux de réalisation des entretiens annuels de « 95 % » mais lorsqu'elle précise ensuite que la réalisation du guide d'entretien a nécessité

d'impliqué un consultant pendant 6 mois, de nombreux groupes de travail et presque autant de réunions du comité de pilotage, on perçoit clairement dans son discours que « *ca a été un projet très lourd* » et que, si une certaine efficacité est bien au rendez-vous, elle n'est pas suffisante, car l'efficacité semble, elle, être toute relative...

3.3. Vers une prise en compte de « l'effectivité » ?

Les discours des différents acteurs rencontrés dans ces centres hospitaliers semblent donc relativement ouverts à ce que nous avons appelé « efficacité élargie ». En revanche, il nous semble qu'ils ne prennent pas encore pleinement en compte « l'effectivité » de ces démarches alors qu'il semble que cet élément soit en mesure d'enrichir très fortement l'analyse des effets de la GPMC. En effet, ces acteurs semblent se retrouver sur l'idée que le changement n'est pas homogène et unique, que des acteurs s'affrontent pour lui donner un contenu et un sens. Toutefois, ils continuent de raisonner comme si, *in fine*, un des acteurs en présence gagnait et l'autre perdait. Or, l'analyse des GPMC dans ces trois établissements met en évidence que cette perspective est très largement insuffisante pour rendre compte de leur contenu concret. Par exemple, lorsque la DRH EST déclare que « *la GPMC a fondamentalement changé les entretiens annuels* » et que les infirmières de ce même centre hospitalier considèrent « *les entretiens ne sont pas vraiment différents de ce qu'on faisait avant* », « l'effectivité » ne conduit pas à chercher qui des deux à raison mais plutôt à identifier les différents plans sur lesquels ces deux propos se positionnent. Ceux-ci expliquent ainsi comment ces deux réalités coexistent dans une même organisation. L'effectivité invite à penser que ce n'est pas simplement des infirmières qui minorent l'importance du changement, c'est peut-être aussi des acteurs qui ne se situent pas dans la même perspective.

3.3.1. « L'effectivité », une attention, mais pas de focalisation, sur l'émergence

La perspective de « l'effectivité » conduit d'abord à une plus grande attention aux phénomènes émergents. Par exemple, au CH SUD, la DRH nous apprend que les cadres de santé « *ont toujours eu des « fiches » à elles sur lesquelles elles notaient les compétences des différents membres de leur équipe, les objectifs de développement qu'elles leur donnaient pour l'année, etc. Du coup, lorsque la GPMC est arrivée, ça leur a fait drôle. Les cadres ne voulaient pas que ces fiches remontent à la DRH. Elles disaient : ce sont nos trucs à nous, on ne veut pas les diffuser en dehors de notre service. Il a donc fallu que je leur explique que ce sont deux documents différents et que je ne leur demandais absolument pas de diffuser des éléments qu'elles souhaitent elles garder confidentiels mais qu'il me fallait que les fiches GPMC remontent à la DRH pour que je construisse le plan de formation* ».

Une réflexion en termes « d'effectivité » permet de souligner que la GPMC s'est plutôt bien développée dans ce centre hospitalier car la situation en avait le potentiel, c'est-à-dire que les cadres de santé avaient l'habitude d'évaluer leurs équipes. Même si cela a créé quelques hésitations car les cadres avaient élaboré leurs propres fiches d'évaluation, le principe de l'évaluation était un acquis pour eux et la GPMC a pu s'appuyer sur celui-ci. Mais, si « l'effectivité » conduit à prendre plus souvent en compte les phénomènes émergents et le potentiel contenu dans une situation donnée, elle n'inverse pas la logique classique de la GRH en faisant de l'émergence le seul critère de validité d'une politique RH.

C'est dans l'articulation des différents niveaux et des différents processus (une émergence qui alimente des processus top-down et des processus descendants qui s'appuient sur des politiques bottom-up) que l'effectivité fait reposer l'enrichissement de sa perspective. Les fiches rédigées par les cadres de santé correspondaient à une forme émergente de gestion des compétences. Elles ne correspondaient pas à une « effectivité » renforcée car elles n'étaient pas connectées avec les politiques RH « officielles » et top down. « L'effectivité » accrue de

cette démarche tient aujourd'hui au fait que ces deux logiques semblent plus articulées qu'auparavant. Cet exemple montre bien que dans la perspective de « l'effectivité », les initiateurs du changement ne sont pas seulement pluriels et connus (comme le considère l'efficacité élargie) mais bien pluriels (la DRH mais aussi la DSI, les cadres de santé et les infirmières), en partie indéterminé et discret (la DRH ignorait ces pratiques, au moment où elle a lancé la GPMC).

3.3.2. Un changement ambivalent, qui se mesure par l'atteinte de l'effet

Au-delà de cette attention à l'émergence, la réflexion en termes « d'effectivité » propose un rapport renouvelé au temps, au sens du changement et à ses effets. La diversité du collectif et l'importance de l'émergence expliquent que les acteurs puissent avoir des points de vue différents sur un processus de changement donné. Mais surtout, « l'effectivité » souligne que le potentiel d'une situation se construit progressivement au cours du temps, qu'il est fait d'une accumulation des micro-événements et, par conséquent, qu'il est généralement délicat de défendre une assertion du type « la GPMC a nettement permis d'améliorer le déroulement des entretiens annuels d'évaluation » car, si cette amélioration a eu lieu, elle est vraisemblablement liée à un processus graduel et long dans lequel la GPMC joue certes un rôle mais un rôle relativement mineur.

Le cas du CH EST est particulièrement pertinent pour mettre en évidence ce phénomène. Tout d'abord, même si la DRH fait état d'un bon taux de réalisation des entretiens annuels d'évaluation (« plus de 90 % »), elle évoque très rapidement l'idée que c'est, au-delà de ce taux une véritable « culture de l'évaluation qui s'est progressivement mise en place ». « Les entretiens existaient depuis toujours chez nous. Dans le cadre de la GPMC, on a retravaillé le guide d'entretien. Ça a permis de l'améliorer mais surtout de renforcer la culture de l'évaluation qu'on trouve aujourd'hui dans les équipes soignantes ». Cette DRH élargit donc très fortement la perspective. L'évaluation n'est pas un principe qui est apparu avec la GPMC. Elle lui préexistait très largement. La GPMC est venue renforcer ce phénomène mais on perçoit clairement à travers ces propos qu'on ne parle pas ici simplement d'un nouvel outil (un nouveau formulaire d'évaluation) mais d'un processus beaucoup plus englobant, la construction d'une culture.

Cette perspective qui va bien au-delà du seul nouvel outil explique alors l'hésitation des infirmières interviewées qui considèrent que l'entretien est « différent de ce qu'on faisait avant, il est plus cadré... » tout en disant « que ce n'est pas si différent que ça quand même » (IDE, EST). Même si la dimension culturelle est beaucoup moins forte dans le cas du CH de SUD, on retrouve la même hésitation chez les infirmières interviewées. Dans un premier temps, elles trouvent que l'entretien est beaucoup plus orienté sur les « compétences », ce qui leur pose parfois des problèmes parce qu'elles y ont moins de temps pour parler de « nous, de ce qu'on est, ce qu'on ressent » mais, quasiment, dans la phrase suivante, affirment que l'entretien n'est pas très éloigné de ce « qu'on faisait avant ».

Alors que le concept d'efficacité élargie conduisait à considérer ces hésitations comme liées au fait que le changement est pluriel et donc contradictoire, la perspective de l'effectivité conduit à proposer l'idée que le changement est ambivalent c'est-à-dire à la fois pareil et différent parce qu'en réalité, cette culture de l'évaluation n'est pas apparue avec la GPMC. Elle était présente dans le potentiel de la situation. Elle s'y était progressivement construite. « L'effectivité » conduit aussi à penser que la construction de cette culture ne s'arrête pas non plus avec la GPMC, qu'elle va continuer de se développer dans un processus qui ne connaît pas réellement de fin. Les propos de la DRH de EST sont à cet égard particulièrement

éclairants. Alors que son établissement est clairement celui qui, parmi les trois enquêtés, a le plus développé cette culture de l'évaluation, cette DRH ne considère pas du tout que le processus soit terminé. Elle souligne au contraire que « *maintenant, il faudrait essayer de développer cette culture de l'évaluation chez les médecins. Pour le moment, on ne la trouve que chez les soignants. Les médecins sont extrêmement réticents à toute forme d'évaluation. Je pense qu'il faudrait commencer en douceur en leur parlant de formation sans attaquer tout de suite avec l'objectif de leur faire faire des entretiens annuels d'évaluation. Mais, quand même, il me semble que c'est dans cette direction qu'il faudra qu'on aille....* ». Alors que cet établissement semble particulièrement en avance dans le développement de cette culture de l'évaluation, la DRH souligne qu'un champ de développement particulièrement vaste s'ouvre devant elle. On perçoit ici clairement que ce processus de changement non seulement n'a pas été initié par la GPMC (un potentiel préexistait) mais ne se termine pas non plus avec elle. De nouvelles étapes s'ouvrent aujourd'hui.

Préconisations et conclusion

Les résultats présentés apportent des éléments pour comprendre le sentiment de déception des responsables du Ministère de la Santé vis-à-vis de l'efficacité des mesures destinées à favoriser la diffusion de la GPMC dans les établissements de santé. De la même manière que pour les références médicales opposables décrites par Oiry et Mossé (2009), la déception est liée à une vision rationalisatrice de l'efficacité qui s'intéresse principalement au degré d'atteinte des objectifs. Les objectifs définis par les ARH étaient très ambitieux, de ce fait, conscients de l'écart considérable entre ces objectifs et le potentiel de la situation initiale, la plupart des DRH n'ont pas répondu à l'appel d'offres FMESPP et même parmi ceux qui ont répondu, certains (18 sur 49 en Ile de France) n'ont pas engagé les actions prévues. Dans les 4 hôpitaux enquêtés, les DRH ont d'ailleurs adopté des objectifs beaucoup moins ambitieux en se concentrant prioritairement sur les volets 1 et 2 soit, la réalisation de référentiels métiers adaptés à l'établissement, la mise en place d'une procédure d'évaluation et le rattachement des effectifs à la cartographie des métiers. Avec ces objectifs plus réalistes, les DRH sont davantage satisfaits des résultats atteints. Plusieurs difficultés relevées par Noguera et Lartigau (2009) semblent avoir été surmontées : les cadres nous sont apparus impliqués dans la démarche, une évaluation a été réalisée par voie de questionnaire auprès des cadres, des indicateurs de suivi ont été mis en place.

En adoptant la perspective de Jullien (1996), nous constatons que ces résultats obtenus en termes de réalisation des entretiens annuels et d'élaboration des référentiels métiers étaient partiellement inscrits dans la situation initiale. En effet, dans les 4 établissements des entretiens d'évaluation étaient réalisés depuis plusieurs années et des fiches métiers étaient utilisés dans de nombreux services.

Si au niveau des établissements l'atteinte des objectifs fixés par les DRH semble au rendez-vous, les effets concrets de la GPMC restent cependant très modestes. Les agents se sentent peu concernés par la démarche, les Directeurs des soins estiment que la GPMC est encore balbutiante, les cadres considèrent que les référentiels métier sont encore trop éloignés des situations de travail. Un effort important reste donc à faire pour que la GPMC ne soit plus seulement un outil de la DRH mais devienne un outil de management.

Quelles préconisations formulées pour favoriser cette appropriation de la GPMC par les cadres et par les agents ? L'approche par « l'effectivité » nous invite à être attentifs aux

dynamiques actuelles pour repérer celles qui vont dans le sens souhaité. Nous avons identifié 4 failles principales que nous recommandons d'exploiter :

- comme Noguera et Lartigau (2009), nous avons observé un développement des compétences managériales des cadres qui touche même maintenant le secteur hors soin,
- l'évaluation est perçue par les agents comme mieux structurée, plus uniforme et au final plus juste,
- un transfert de compétences entre les consultants mobilisés et les équipes de la DRH semble initié,
- la notion de métier commence à se diffuser dans les esprits à côté des traditionnels statuts.

Ces résultats doivent toutefois être compris relativement aux limites de cette étude. Nos données concernent 4 centres hospitaliers franciliens. D'autres études de cas devront être réalisées pour approfondir cette réflexion. Nous pouvons aussi souligner que « l'effectivité » nécessite d'utiliser une méthodologie spécifique (attentive aux effets émergents et inscrite dans le temps long) que nous n'avons pas pu utiliser complètement pour ce travail exploratoire. Il serait donc intéressant de mener des études longitudinales qui analyseraient finement les processus de déploiement de « l'effectivité ».

De manière générale, ce travail permet toutefois de montrer que l'analyse du potentiel de la situation initiale constitue un élément majeur dans la compréhension de « l'effectivité » d'un processus de changement et que, même si l'effectivité consiste à « faire advenir l'effet » qui est inscrit dans cette situation, elle ne conduit pas à la non-action du manager mais à une reconceptualisation profonde des notions que nous utilisons aujourd'hui pour penser et manager les processus de changement.

Bibliographie

- Abraham, J., (1998) - "Identité hospitalière, cultures de métiers", *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°26, avril.
- Akrich, M., Callon, M. & Latour, B. (1988a). « A quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement », *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, n°11, 4-17.
- Akrich, M., Callon, M. & Latour, B. (1988b). « A quoi tient le succès des innovations ? 2 : Le choix des porte-parole », *Gérer et comprendre, Annales des Mines*, n°12, 14-29.
- Akrich, M., Callon, M. & Latour, B. (éd.) (2006). *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris: Les Presses Mines ParisTech.
- Alter, N. (2000). *L'innovation ordinaire*, Paris: PUF.
- Ansoff, H.I. (1965). *Corporate Strategy*, New-York: Mc Graw Hill.
- Arifon, O. & Ricaud, Ph. (2005). « l'art du décentrement, ou comment la asinologie de François Jullien éclaire la médiation culturelle » in Chartier, P. & Marchaisse, T., *Chine/Europe. Percussions dans la pensée. A partir du travail de François Jullien*, Paris: PUF, 111-128.
- Baret, C. & Robelet, M. (2010). « Quelles nouvelles pratiques pour réduire les tensions de la relation patient-soignant à l'hôpital ? » in Retour, D., Dubois, M.& Bobillier-Chaumon, M.E., *Nouveaux services, nouveaux usages*, Bruxelles: De Boeck.
- Callon, M. (1986), « Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'année sociologique*, n°36, 169-208.

- Claveranne J.P., (2003), « L'hôpital en chantier : du ménagement au management », *Revue Française de Gestion*, n°146, 125-129.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
- Detchessahar, M. & Grévin, A. (2009). « Un organisme de santé...malade de « gestionnisme », *Gérer et comprendre*, n°98, 27-37.
- Eisenhardt, K.M. (1989), "Building Theories from Case Study Research", *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Ecole des Mines (2002). *Colloque « Organiser après Foucault »*, Paris: Ecole des Mines.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris: Gallimard.
- Jullien, F. (1996). *Traité de l'efficacité*. Paris: Grasset.
- Lawrence, P.R. & Lorsch, J.W. (1989). *Adapter les structures de l'entreprise. Intégration ou différenciation*. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Livian, Y.F. (1998). *Organisation. Théorie et pratiques*. Paris: Dunod.
- Lorino, P. (2005). « Théorie des organisations, sens et action : le cheminement historique, du rationalisme à la genèse instrumentale des organisations » in Teulier R. & Lorino P., *Entre connaissance et organisation : l'activité collective. L'entreprise au défi de la connaissance*, Paris: La Découverte, 54-71.
- Lorino, P. (2007). « Stylistic creativity in the utilization of management tools », *Working Paper ESSEC*, Avril.
- Loriol M., (2002), *L'impossible politique de santé publique en France*, Ramonville, Eres.
- Miles, M., & Huberman, M. (1984). *Qualitative data analysis: A source book for new methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mintzberg, H. & Waters, J.A. (1982). « Tracking strategy in an entrepreneurial firm », *Academy of Management Journal*, 25(3), 465-499.
- Moison, J.C. (2002). « L'hôpital entre permanences et mutations » in Baszanger, I. & Mossé Ph., (1997), *Le lit de procuste : l'hôpital, impératifs économiques et missions sociales*, Ramonville Saint-Agne: Eres.
- Mossé Ph., (1998). « La rationalisation des pratiques médicales entre efficacité et effectivité », *Sciences sociales et santé*, 4, 35-58.
- Mossé Ph., Oiry E. (2010), « De l'efficacité à l'effectivité. Vers un renouvellement de l'analyse des réformes du système français de soins ? », *Journal d'Economie Médicale*.
- Noguera F., Lartigau J., (2009), « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », *Revue Management et Avenir*, 2009/5, n°25, 290-314.
- Pichault, F. (2009). *Gestion du changement. Perspectives théoriques et pratiques*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Porter, M.E. (1982). *Choix stratégiques et concurrence. Techniques d'analyse des secteurs et de la concurrence dans l'industrie*. Paris: Economica.
- Quinn, J.B. (1980). *Strategies for change: logical incrementalism*, Homewood (Ill.): Richard D.Irwin.
- Rabardel, P. (1999). « Le langage comme instrument ? Éléments pour une théorie instrumentale élargie » in Clot Y. (ed), *Avec Vygotski*, Paris: La Dispute.
- Ragin, C., and Becker (1992), *What is a Case? Exploring the foundations of social inquiry*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Reynaud J.D. (1989). *Les règles du jeu. Régulation et action collective*, Paris: Armand Colin.
- Simon, H.A. (1959). *Administration et processus de décision*. Paris: Economica.
- Thierry D., Sauret C. (1993), *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences*, Paris, L'Harmattan.
- Von Hippel, E. (1988). *The Sources of Innovation*, New-York: Oxford University Press.

Stake, R. (1995). *The art of case research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Weick, K.E. (1979). *The social psychology of organization*. Reading (Mass.): Addison Wesley.

Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods* (2nd ed.). Beverly Hills, CA: Sage Publishing.