Lorsqu'un outil de coordination gérontologique territorial suscite des tensions dans un service de soins.

Auteur: Murrim CECCATO
Doctorante en 4ème année de thèse en sciences de gestion
Université Clermont Auvergne
murrim.ceccato@uca.fr
Laboratoire Clermont Management (ClerMa)

RESUME

L'article relate les perceptions de professionnels de santé officiant dans un hôpital public français suite à l'introduction d'un outil de coordination, le COGERT (Coordination Gérontologique par Télémédecine) à l'intérieur d'un service de soins. Les recherches portant sur l'introduction de la Télémédecine se sont focalisées sur ses bienfaits en matière médicale ou économique, mettant de côté les aspects organisationnels, du point de vue des pratiques des agents (David et al. 2003). Nous contribuons aux recherches portant sur ces pratiques en recueillant les perceptions de 7 professionnels de santé vis-à-vis de l'usage de cet outil, en s'intéressant aux tensions ressenties spécialement artefactuelles (Katz et Kahn, 1967 ; Smith et Lewis, 2011 ; Mazouz, Rousseau et Sponem, 2015). Le cas révèle des différences de perceptions entre les médecins et les cadres de santé (CS) autour de l'outil, complexifiant la prise en charge des patients chez les CS et nuisant à la coordination entre ces deux acteurs. Il souligne aussi la nécessité d'éclaircir les rôles et les missions des managers de proximité (MP).

Mots clés : Médecins, cadres de santé, coordination, territoire, tensions, outil.

ABSTRACT

The article reports the perceptions of health professionals working in a French public hospital following the introduction of a coordination tool, COGERT (Coordination Gérontologique par Télémédecine) within a healthcare service. Research on the introduction of Telemedicine has focused on its medical or economic benefits, putting aside organizational aspects, from the perspective of agents' practices (David and al. 2003). We contribute to research on these practices by collecting the perceptions of 7 health professionals regarding the use of this tool, focusing on the tensions felt especially artefactual (Katz and Kahn, 1967; Smith and Lewis, 2011; Mazouz, Rousseau, and Sponem, 2015). The case reveals differences in perceptions between physicians and Health Executives (HE) around the tool, complicating patient

management among HE and hindering coordination between these two actors. It also highlights the need to clarify the roles and missions of first line managers (FLM).

Keys words : Physicians, health executives, coordination, area, tensions, tool.

INTRODUCTION

Ces dernières années, les organisations publiques (OP) font l'objet de nombreuses transformations pour répondre à des enjeux de rentabilité et de performance (Bernardini-Perinciolo et Bertolucci, 2018). Face à des situations de déficits, l'urgence est à la rationalisation des moyens (Laufer et Burlaud, 1980) en vue de maintenir ces organisations à l'équilibre. Ainsi, des réformes naissent dans les organisations publiques hospitalières (OPH), telles que la loi qui porte sur la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)[1]. C'est un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire. Ayant remplacé les CHT[2], les GHT ont pour objectif de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins, en renforçant la coopération entre les hôpitaux publics. Ils permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, de mutualiser les ressources et de rationaliser les dépenses. Cette loi qui souligne aujourd'hui la nécessité pour les hôpitaux de collaborer et coopérer entre eux, insiste sur la notion de coordination des acteurs aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du contexte hospitalier, pour garantir une qualité de prise en charge des patients. La coordination des acteurs est une question épineuse aussi bien à l'intérieur de l'hôpital (Moisdon, 1997; Nobre et Haouet, 2011) mais aussi à l'extérieur où les points de rupture sont récurrents entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est d'autant plus difficile dans ces organisations, théâtres de bureaucraties professionnelles (Glouberman et Mintzberg, 2001), qui en complexifient leurs

[1] La loi de Modernisation de Notre Système de Santé, promulguée au 1er janvier 2016.

[2] Les CHT (Communauté Hospitalière de Territoire) ont été mises en place par le biais de la loi HPST en 2009. Elles consistaient en un rassemblement d'hôpitaux publics au sein d'un même département en vue de mutualiser les ressources et de rationaliser par la même occasion les dépenses. Les hôpitaux se regroupaient par volontariat et non par obligation comme c'est le cas avec le GHT.

fonctionnements (Denis, Lamothe, et Langley 2001). Ainsi, des outils envahissent l'espace médical en vue dans un premier temps d'améliorer la prise en charge des patients, en limitant les ruptures dans le parcours de soins. Par la suite, ils auraient pour objet de coordonner les professionnels intervenant dans la prise en charge et est susceptible d'avoir un impact territorial important (David et al. 2003) en rassemblant l'ensemble des parties prenantes.

Le COGERT, l'un d'entre eux, est un dispositif qui a été mis en place dans plusieurs régions françaises notamment en région Auvergne Rhône Alpes. Conçu et déployé à l'initiative de médecins, suite au constat de déficits de coordination entre acteurs d'un même territoire, il sert à structurer la prise en charge du patient âgé depuis son lieu de vie en prévenant les situations à risque de décompensation et en évitant les hospitalisations et les passages aux urgences (ARS, 2013). Son objectif est de réunir tous les acteurs médicaux intervenant dans le parcours de santé de la personne âgée, quel que soit leurs lieux d'exercice (médecine de ville ou médecine hospitalière), autour de ces problématiques sanitaires. Le COGERT prend la forme d'un outil, c'est-à-dire un ensemble « *des concepts, des cadres analytiques, des techniques et des méthodologies qui assistent les gestionnaires dans leur prise de décision* » (Hansen, 2011; Spee et Jarzabkowski, 2009). Toutefois, la littérature autour de l'appropriation et de l'usage des outils (De Vaujany, 2006; Grimand, 2012) identifie des différences de perception de ces derniers entre les différents acteurs. C'est également le cas en ce qui concerne le COGERT. Il est perçu de différentes manières par les acteurs qui l'utilisent ou le déploient, spécialement chez les médecins et les cadres de santé. Ces derniers étant situés entre - le marteau et l'enclume- (Bellini, 2005) entre la hiérarchie et les agents, dont ils supervisent l'activité quotidienne sont des MP. Ces écarts de perception peuvent être analysés sous le prisme des tensions, précisément autour de l'outil. Il existe peu de contributions sur le pouvoir déstabilisateur ou non de l'outil ou la technologie du point de vue des pratiques des acteurs (David et al. 2003). Les travaux portant sur l'introduction de la télémédecine à

l'hôpital se sont longtemps focalisés sur ses bienfaits au niveau médical, laissant de côté les aspects organisationnels, tels que son impact sur les pratiques des acteurs. C'est ainsi que nous nous intéressons à l'impact du COGERT sur les pratiques des acteurs, en questionnant la manière dont ils l'assimilent en situation de travail. Nous nous appuyons sur les tensions plus précisément les tensions autour de l'usage et/ou l'appropriation de l'outil (Katz et Kahn 1967; Royal 2007; Smith et Lewis 2011; Mazouz, Rousseau, et Sponem 2015).

Se définissant comme « *des inconforts résultant de conflits d'idées, de principes ou d'actions* » (Stohl et Cheney 2001: p 353-354), la tension est constamment confondue avec des termes tels que contradiction et paradoxe (Michaud, 2013). La littérature en management des tensions fait état d'une diversité de grilles de lecture des tensions (Katz et Kahn 1967; Royal 2007; Smith et Lewis 2011; Mazouz et al. 2015) de telle sorte qu'il n'existe pas un cadre conceptuel intégrateur pour identifier les tensions organisationnelles. La TA est une forme particulière de tensions apparaissant dans les différentes grilles de lecture. Nous mettons en comparaison trois de ces grilles conceptuelles : la tension de rôle (TR), les tensions de gouvernance publique (TGP) et les tensions managériales (TM) afin de repérer les caractéristiques de la tension artefactuelle. Grâce aux trois grilles, nous remarquons que la TA s'exprime lorsqu'il y a une diversité de parties prenantes, ayant des oppositions d'avis en ce qui concerne les notions de résultats et de performance.

En cherchant à répondre à la question suivante : *« si l'outil contribue à la coordination des acteurs externes, comment les managers de proximité en interne s'en approprient-ils dans leurs pratiques quotidiennes ? »*, notre recherche tente de repérer les difficultés auxquelles les acteurs sont confrontés dans l'exercice de leurs fonctions suite à l'usage de l'outil. Ces difficultés prennent la forme de tensions et peuvent entraver la coordination entre les différentes parties prenantes. Au moyen d'une méthodologie qualitative, nous avons interrogé des professionnels de santé (1 médecin, 1 directrice de soins, 3 cadres de santé et 1 infirmier)

et 1 chargé de mission au niveau de l'ARS sur l'impact de l'introduction du COGERT sur la filière gérontologique et au sein du service de soins. Cet article est scindé en trois parties. La première partie vise à présenter le cadre théorique, portant sur la TA et l'outil. La deuxième partie est consacrée à la présentation de la méthodologie que nous avons déployée et aux premiers résultats. La dernière partie concerne la discussion.

I. Tension artefactuelle et questionnement autour de l'outil :

La tension est inhérente aux organisations aussi bien celles issues du privé que celles publiques. Elle est d'autant plus importante dans les OP qui sont soumises à de nombreux changements, tels que les changements de modèles de gestion, en vue de **se** rapprocher des organisations privées, prônant la performance (Pollitt, 2011). Malgré une littérature abondante en psychologie sociale et en sciences de gestion, éclairante sur les diverses formes de tensions présentes dans les organisations, les travaux mettent peu en évidence l'impact de l'outil sur les pratiques en interne. Les aspects organisationnels en ce qui concerne l'outil contrairement à ses avantages du point de vue médical sont beaucoup mis en avant (David et al. 2003). Nous présentons la TA à l'intérieur de trois cadres conceptuels que nous mobilisons.

1.1. Tension artefactuelle : expressions et constat.

La littérature en psychologie sociale et en sciences de gestion identifie plusieurs formes de tensions. Nous proposons de nous focaliser sur trois formes de tensions présentes dans les travaux de recherche : les TR (Katz et Kahn, 1967), les TGP (Mazouz et al. 2015) et les tensions managériales (TM) (Smith et Lewis, 2011).

1.1.1. Théorie de rôles et ambiguïté sur la performance.

Le modèle de rôle de Katz et Kahn (1967) la TR se définit comme le « *sentiment qu'éprouve une personne dans une situation où il lui est difficile, voire impossible, de répondre à toutes ces attentes de façon satisfaisante tant à ses yeux qu'aux yeux des personnes qui les*

formulent » (Royal et Brassard, 2010; p27). Cette littérature ancienne (House et Rizzo, 1972; Rizzo et al. 1970) en psychologie sociale est de nouveau d'actualité en sciences de gestion (Royal et Brassard, 2010; Djabi et Perrot, 2016), à cause des transformation des organisations et de l'émergence de nouvelles pratiques managériales. L'approche conceptuelle des TR, caractérisée par les conflits de rôle, l'ambigüité de rôle et la surcharge de rôle fait l'objet de nombreuses contradictions. Les contradictions portent entre autres sur l'échelle de mesure (Rizzo et al. 1970) utilisée dans la grande majorité des recherches (Van Sell et al. 1981 ; Jackson et Schuler, 1985) qui est jugée unidimensionnelle et ne permet pas de rendre compte des fondements conceptuels dont elle découle (Jackson et Schuler, 1985 ; Perrot, 2001). Cela est dû au fait que la grande majorité des recherches portant sur les tensions de rôle ne prend pas en considération les différentes formes que peuvent prendre les TR chez les individus qui en sont soumis (Djabi et Perrot, 2016). Aussi Royal (2007) propose de revisiter la théorie des rôles en mettant en évidence une nouvelle grille conceptuelle des tensions de rôle. Dans la continuité des travaux de Katz et Kahn (1967), l'auteur donne quatre explications à la TR[3], dont l'ambiguïté de rôle. Celle-ci se caractérise à travers trois dimensions : sur la planification, sur les procédures et sur la performance. Cette dernière exprime le sentiment d'une personne qui ne connaît pas ou ne comprend pas les indicateurs ou les objectifs de performance à atteindre. De ce fait, son rôle se trouve menacé suite à l'usage ou l'appropriation de cet indicateur ou de cet outil et en ne comprenant pas les attentes qui lui sont dictées en ce qui le concerne. Cet état peut générer une forme de tension chez cet individu se rapprochant d'une TA. Dans le domaine associatif, plus précisément des équipes sportives Beauchamp et al. (2005) puis Sakires et al.(2009), montrent que cette tension est

[3] D'après Royal (2007), il y a tension de rôle lorsqu'un individu est en situation de stress tant sur le plan professionnel que sur le plan mental ou émotionnel (1-surcharge quantitative ou qualitative); lorsqu'il a l'impression que les attentes formulées à son égard sont conflictuelles (2-conflits entre les rôles); lorsqu'il constate une insuffisance de ressources pour faire face à ces attentes (3-incapacité de remplir les rôles); lorsqu'il a le sentiment que les attentes sont floues (4-ambiguïté des rôles).

présente. Elle se caractérise dans les deux cas par des divergences d'opinions autour de la définition de la performance entre les différentes parties prenantes (sportifs, l'équipe de gestion, entraîneurs sportifs).

1.1.2. Tensions de gouvernance publique et tension artefactuelle

Les TGP ont vu le jour grâce aux travaux de Mazouz et al. (2015). En s'intéressant aux échecs dans la mise en œuvre des réformes à l'intérieur des organisations publiques, ces auteurs recensent les principales difficultés à l'origine de ces échecs chez les dirigeants de ces organisations. De ces difficultés naissent les TGP qui s'expriment par la difficulté pour les dirigeants des organisations publiques de reconfigurer leurs rôles et fonctions pour s'adapter aux nouvelles exigences de ces réformes. Ils en repèrent ainsi quatre formes, qui s'analysent chacune à des niveaux différents : éthiques, structurelles, managériales et artefactuelles. Située au niveau instrumental, la TA naît de la difficulté de concilier les instruments qui mettent l'accent sur le résultat – dans la logique managériale – et des instruments qui encadrent les règles et les moyens – dans la logique bureaucratique (Laufer et Burlaud, 1980; Meyer et al, 2014). Pouvant être empruntés au monde marchand, ces outils peuvent être formels (comptabilité, plan stratégique, plan marketing, gestion prévisionnelle des compétences et des carrières, calcul des coûts, etc) ou informels (techniques sociales telles que les techniques de motivation, de participation) centrés sur les résultats ou les règles et les moyens. La TA a été repérée dans quelques travaux en management public. Crémieux et al. (2012) interrogent les médecins chefs de pôles et les chefs de services pour comprendre la façon dont ils s'approprient le Compte de Résultats d'Exploitations Analytiques (CREA) avec la mise en place de la Tarification à l'Activité dans les hôpitaux publics français. Ils constatent qu'il y a deux formes contradictoires d'usages de la mesure, qui génèrent une TA. Un point développé dans le travail doctoral de Georgescu, (2009).

1.1.3. Tensions managériales et tension de performance.

Smith et Lewis (2011) mettent en évidence des TM en réalisant une revue de la littérature sur les tensions. Ces auteurs proposent une typologie de tensions autour de quatre TM : les tensions organisationnelles, de performance, d'appartenance et d'apprentissage. Les tensions de performance (performing tensions) apparaissent lorsque les organisations cherchent à atteindre des buts variés et en conflits, ou lorsqu'elles essaient de répondre à des attentes incohérentes formulées par des parties prenantes multiples (Maignan et al. 2018). Ces tensions émergent des finalités et des types d'évaluation divergents. Elles sont liées à la multiplicité des définitions du succès organisationnel par les différentes parties prenantes (Smith et Lewis, 2011). La grille des TM proposées par Smith et Lewis (2011) a été utilisée pour identifier la nature des tensions dans des entreprises sociales telles que les sociétés coopératives (Smith et al. 2013 ; Maignan et al. 2018). Maignan et al. (2013) ont repéré des TA à l'intérieur d'une coopérative multisociétaire à vocation sociale. Par le biais d'une étude de cas unique, les auteurs montrent que ces tensions pouvaient à la fois fragiliser l'organisation et encourager l'innovation.

Le tableau n°1 résume les caractéristiques de la TA dans les trois approches des tensions précitées. Celles-ci convergent toutes sur les difficultés autour de l'usage des indicateurs ou la perception des notions de résultats et de performance chez les acteurs. Il y a des divergences d'opinions chez les acteurs autour des notions d'indicateurs, leurs formulations mais aussi celles de résultats et de performance. Ce sont des visions diverses sur ceux-ci et les difficultés pour les faire cohabiter, qui génèrent des tensions autour de l'usage de ces outils et leur appropriation.

Tableau 1: Les caractéristiques de la TA dans les trois approches des tensions.

	Les tensions de rôle Kahn et al. (1964) Royal (2007)	**Les tensions de gouvernance publique Hudon et Mazouz (2004)**	**Les tensions managériales Smith et Lewis (2011)**

		Mazouz et al. (2005)	
Approches	Sentiment d'une personne qui ne connaît pas ou ne comprend pas les indicateurs ou les objectifs de performance à atteindre. Cela génère une tension autour de l'outil.	Divergence d'opinions sur les instruments de gestion ou de contrôle des résultats et difficultés à concilier les avis divergents.	Diversité de points de vue pour définir le succès organisationnel ou la performance et difficultés à concilier les points de vue.
Caractéristiques communes	Diverses parties prenantes, divergences d'opinions et difficultés autour de l'usage d'indicateurs, la perception des notions de résultats et de performance.		

Source : Auteur

1.2. Tension artefactuelle et rôle de l'outil dans la perspective appropriative.

Les recherches portant sur les outils de gestion se sont beaucoup cantonnées à leurs aspects normatifs (Grimand, 2012). Dans cette veine de recherche, l'outil dictait les comportements. Les travaux actuels, à l'instar des travaux menés par l'Ecole des Mines de Paris, marquent une rupture avec leur représentation dominante. Ils suggèrent que les outils peuvent aussi être des vecteurs de réflexivité, d'apprentissage ou de changement (Moisdon, 1997). C'est dans cette perspective qu'émergent les travaux sur la question de l'appropriation des outils de gestion (de Vaujany, 2006; Oiry, 2011; Grimand, 2012). Empruntant une diversité d'approches théoriques, ces recherches s'écartent de la vision strictement instrumentale des outils de gestion pour souligner par exemple leur rôle dans la construction du sens, la structuration des relations entre acteurs, l'apprentissage organisationnel (Grimand, 2012). Ainsi, les outils sont également vecteurs de dynamiques organisationnelles et leur appropriation facilite leurs usages. Ceci rejoint les propos de de Vaujany (2006) qui stipule qu'une technique qui n'est pas utilisée n'a pas lieu d'être, et ce n'est que lorsqu'elle aura fait l'objet d'une appropriation que son usage sera optimal. Cela facilitera la coordination entre les acteurs, d'autant plus lorsque ceux-ci détiennent des avis divergents autour de cet outil. Aussi, la question de l'appropriation d'un outil de gestion renvoie à celle des processus de socialisation au travail

(Dumas et al. 2012) à l'intérieur duquel, la coordination des acteurs joue un rôle non négligeable. L'acteur social dès son arrivée intègre ou rejoint un groupe, un collectif de travail, composé de personnes ne partageant pas potentiellement les mêmes avis et opinions sur les processus du travail, mais qui doivent se coordonner pour faciliter son exécution. Ces oppositions peuvent porter sur l'usage des outils et se transformer en tensions précisément artefactuelles. L'appropriation pourrait jouer un rôle dans ce collectif de travail à partir du moment où ce dernier va assimiler cet outil ou autres processus de travail en recréant les conditions nécessaires à son usage, déterminant pour donner du sens au travail. De cette manière, nous postulons que l'appropriation est un moyen de repenser l'outil de gestion tout en favorisant la coordination des acteurs présentant les avis divergents vis-à-vis de cet outil.

Notre recherche s'intéresse aux acteurs hospitaliers, officiant dans le contexte des OP. Leurs transformations actuelles, marquées par une quête effrénée à la performance et aux résultats, sont accompagnées de l'introduction de nouveaux outils de contrôle ou de coordination. Nous souhaitons donc repérer la manière dont les acteurs d'un service de soins s'approprient le COGERT, un outil de prise de décision plébiscité à l'extérieur de l'hôpital à cause de sa capacité à coordonner les professionnels médicaux de la ville avec ceux de l'hôpital en ce qui concerne la prise en charge du sujet âgé. Nous présentons dans la partie suivante, la méthodologie que nous avons déployée ainsi que les principaux résultats obtenus.

II. Méthodologie et premiers résultats obtenus :

Pour répondre à notre question de recherche suivante : *« si l'outil contribue à la coordination des acteurs externes, comment les managers de proximité en interne s'en approprient-ils dans leurs pratiques quotidiennes ? »*, nous avons fait appel à une méthodologie qualitative. L'approche qualitative est conseillée lorsqu'il s'agit de repérer les perceptions des individus en ce qui concerne un phénomène peu investigué. C'est le cas dans notre recherche en ce qui

concerne non seulement les tensions artefactuelles mais aussi l'appropriation des outils. L'approche qualitative a reposé essentiellement sur des entretiens semi directifs réalisés auprès de personnes internes au centre hospitalier, qui nous a servi de terrain mais aussi à l'extérieur.

2.1. Collecte, traitement et analyse des données.

Nous nous sommes rapprochés d'un centre hospitalier public, situé dans le centre de la France. Soumis à la Tarification à l'activité, ce dernier est rattaché à la GHT du Grand Centre et évolue dans un contexte de transformations à la fois internes et externes. Nous y avons interrogé les catégories professionnelles suivantes : 1 médecin chef de pole gériatrique (CPG), 1 directrice de soins (DS), 3 cadres de santé de proximité (CS), 1 infirmière (INF) et 1 chargé de missions (CM) auprès de l'ARS. Le tableau n°2 recense notre échantillon en précisant la durée des entretiens pour chacun des profils interrogés. Compte tenu des impératifs du service de soins, les entretiens ne devaient pas excéder 1heure. La durée varie entre 30mn et 1h13mn. L'objectif de ces entretiens était de recueillir les points de vue des acteurs qui utilisent le COGERT quotidiennement, leurs perceptions de l'outil et la manière dont ils s'en approprient. La grille d'entretien était donc scindée en deux parties : une portant sur l'organisation du service de soins (les acteurs et leurs différents rôles) et sur la présentation du COGERT et son impact. Nous avons comptabilisé 5h48 mn d'heures d'enregistrement.

Tableau 2: Les profils interrogés.

Fonction	Codification	Durée de l'entretien
Chef du pôle gériatrique	CPG	53 mn
Chargé de mission Agence Régionale de Santé	CM	50 mn
Directeur de soins	DS	35 mn
Cadre de santé 1	CS1	1h08 mn
Cadre de santé 2	CS2	1h13 mn
Cadre de santé 3	CS3	34 mn
Infirmier	INF	35 mn
Nombre Total d'heures enregistrées		5h48mn

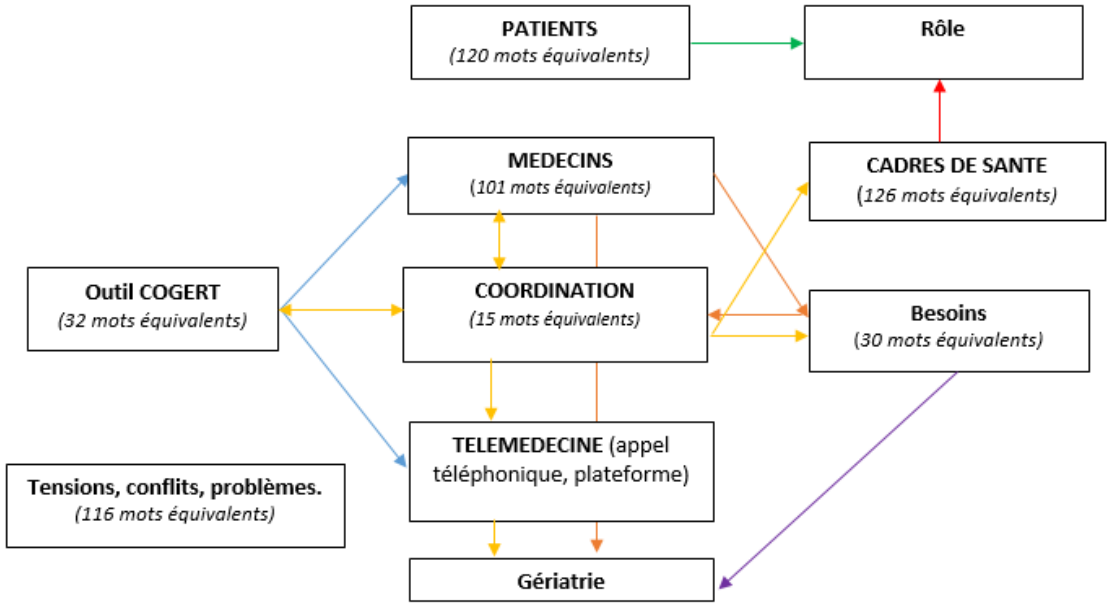
Source : Auteur

Compte tenu du faible échantillonnage (67 pages retranscrites), les entretiens ont été traités manuellement. Nous avons codifié manuellement les entretiens et réalisé une analyse textuelle par le biais du logiciel Tropes, en nous focalisant précisément sur les concepts phares de notre recherche : COGERT, coordination, médecins, cadres de santé et tensions. En repérant les occurrences autour de ces concepts phares, répertoriées dans le schéma n°1, nous remarquons plusieurs éléments. Le premier point souligne des différences de perception de l'outil entre les médecins et les cadres de santé. Parmi les références utilisés autour du mot COGERT, nous retrouvons celles de coordination, médecins et télémédecine. La coordination est également référencée par les médecins, suite à un besoin dans le domaine de la gériatrie, d'où l'usage de la plateforme de télémédecine : le COGERT. Cette coordination se fait également ressentir du côté des cadres de santé mais pas au travers l'outil COGERT, qui n'est pas un mot référencé par ces derniers. La coordination évoquée chez les cadres de santé est celle de l'équipe, du service ou du pôle. C'est en cela que nous pouvons voir apparaître des différences de perception à travers l'outil COGERT. L'outil est présenté comme un élément de coordination en interne et externe, nécessaire à la filière gériatrique, alors que chez les cadres de santé, le point le plus important est la coordination de l'équipe à travers d'autres moyens. En ce qui concerne le concept de tensions (dont nous retrouvons 116 mots équivalents) artefactuelles plus précisément, elles ne sont pas identifiables par le biais de Tropes, car le COGERT n'est pas un mot équivalent aux tensions. D'où l'intérêt de la seconde analyse suite à la codification manuelle, que nous avons réalisée.

Concernant la codification manuelle, nous avons donc classé les données en deux thèmes, comprenant chacun deux catégories. Le premier recense les données portant sur les aspects positifs du COGERT, à savoir un outil de coordination pour les acteurs internes et externes à l'hôpital. A l'intérieur, nous y avons répertorié les catégories suivantes : (1) Un outil intrahospitalier et extrahospitalier améliorant la prise en charge des patients, (2) un outil de

coordination territoriale, redynamisant la filière gériatrique. Le deuxième rassemble les données sur l'impact négatif de l'outil à l'intérieur du service de soins, spécialement chez les CS. Dans ce thème y sont classées les données sur non seulement les conflits sur le rôle du cadre de santé en situation d'usage de l'outil mais aussi les tensions apparentes prenant ainsi la forme de tensions artefactuelles. Nous présentons ces catégories de codage dans le tableau n°3.

Schéma 1 : Analyse Tropes sur les différences de perceptions sur la notion de coordination.



Légende :
Cogert
Coordination
Médecins
Cadres de santé

Source : Auteur

Tableau 3: Les grandes catégories de codage des entretiens.

Thèmes	Catégories	Extraits de verbatim
COGERT, outil de coordination intra et extra hospitalier	Outil améliorant la prise en charge des patients	« *Le COGERT c'est une structure de coordination gériatrique, et donc voilà on travaille en lien avec les CSG, les partenaires extérieurs ou internes* »

		(DS)
	Outil redynamisant les coopérations territoriales et la filière gériatrique	*« On a été parmi les premiers en France à le mettre en place. Mais maintenant, il en dans toutes les régions et partout (…). La différence que nous on a par rapport aux autres régions, c'est vraiment une prise en charge intégrée au sein de la filière »* (CPG)
COGERT entrave la coordination entre les médecins et les CS	Divergences d'opinion et Présence de tensions autour de l'outil	*« Ils ont décidé que le Cogert était maître des entrées et du coup quand je viens discuter la charge de travail, il y a certains médecins ça ne leur plaît pas »* (CS1) *« Je suis un intermédiaire que le Cogert n'a pas mis dans la boucle mais qui à mon avis aurait tout son sens à être mis dans la boucle » (CS1)*
	Apparition de conflits de rôles chez les CS	*« Ils gèrent entre eux en fait, ils prévoient les sorties, ils annoncent au Cogert tous les matins l'état des lits, du coup il fait rentrer les malades et les places en fonction des besoins et des chambres » (CS1)*

Source : Auteur

L'analyse textuelle ainsi que les catégories de codage nous ont permis de souligner les résultats que nous présentons dans la partie suivante, après la présentation de notre cas.

2.2. Présentation du cas et principaux résultats.

Notre terrain d'étude est un centre hospitalier situé dans le Puy de Dôme, faisant partie d'un gérontopôle et regroupant trois établissements publics hospitaliers. C'est l'un de ces établissements qui nous a accueilli dans le cadre de notre recherche. Le tableau n°4 résume les caractéristiques de cet établissement en termes d'activités, effectifs ainsi que le contexte d'évolution.

Tableau 4: Les caractéristiques du Centre Hospitalier.

Mission	**Service public**
Mode de financement	T2A
Services	**Médecine polyvalente :** 2 unités d'hospitalisation. **Hôpital de jour**. **Médecine à orientation cardiologique** : 2 unités d'hospitalisation et une unité de consultation.

	Chirurgie et consultations (chirurgie viscérale, orthopédique, pneumologique, urologique, rhumatologique, gynécologique). **Court Séjour Gériatrique** : 3 unités d'hospitalisations. **EHPAD** : 2 unités d'EHPAD. **Service d'accueil des urgences.** **Service Mobile d'Urgences et de Réanimation (SMUR).** **Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)**. **Plateau technique** (bloc opératoire, laboratoire, imagerie médicale et pharmacie).
Capacités d'accueil	Médecine : 153 lits Chirurgie : 32 lits EHPAD : 149 lits
Effectifs	Personnels non médicaux : environ 600 Personnels médicaux : 39
Contexte	**En interne :** Nouveau directeur en 2018. Fermeture de la biologie, au profit de l'hôpital de référence. Lancement de travaux de réhabilitation du service des urgences. **En externe :** Membre du GHT grand Centre depuis juillet 2016 et rattaché à l'hôpital de référence (CHRU). Transfert d'activités vers un établissement du CHRU (courts séjours gériatriques transmis au CH, en échange de SSR). Intégration du gérontopôle.

Source : Auteur

L'établissement est connu pour sa filière gériatrique, accueillant en majorité des personnes âgées de 75 ans et plus. L'établissement détient trois services gériatriques, détenant chacun environ une trentaine de lits. Ces services sont sous la responsabilité d'un médecin chef de pôle et d'un directeur de soins. Des services qui font face à une réduction des moyens et une introduction d'outils de contrôle d'activité afin de gérer au mieux les ressources mises à disposition, tout en essayant de délivrer une qualité de soins aux patients âgés. Cette qualité de soins passe également par une gestion efficace du parcours de soins aussi bien à l'intérieur du service, de l'hôpital qu'à l'extérieur. C'est à cela que répond le COGERT. Les entretiens réalisés ont ainsi permis de faire plusieurs constats.

2.2.1. COGERT : outil de coordination intra et extrahospitalière.

Le COGERT a été mis en place au sein du gérontopôle inter-hospitalier pour coordonner les professionnels de santé à l'intérieur et à l'extérieur du contexte hospitalier autour de la prise en charge du patient âgé (Allegre, 2014) sur le territoire auvergnat : « *c'est une coordination*

intra-hospitalière mais on est en relation avec l'ensemble des partenaires extrahospitaliers » (CPG). Cet outil est une plateforme téléphonique : « *c'est un numéro de téléphone, une sorte de hotline comme il peut en exister ailleurs* » et « *c'est une astreinte téléphonique, qui existe en Auvergne et plus précisément dans le Puy de Dôme mais également dans toute la région Rhône Alpes* » (CM). Un médecin traitant a un problème avec un patient X, il hésite sur la conduite à tenir, qu'est-ce qu'il faut qu'il fasse (une hospitalisation, un traitement à domicile ?), il hésite énormément sur la conduite à tenir. Là, il peut appeler un médecin gériatre de l'hôpital via un numéro spécifique, d'astreinte, qui va répondre tous les jours de la semaine, heures ouvrables classiques et qui va pouvoir lui donner des conseils téléphoniques. Ces conseils téléphoniques ont deux visées principales, « *soit le conseil thérapeutique, soit une hospitalisation directe, ce qui évite pour ce deuxième point, le passage par le service des urgences avant d'aller dans les filières gériatriques. Donc c'est un acte de coordination entre guillemets aussi* » (CPG). La particularité de cette plateforme téléphonique est qu'elle a été créée à l'initiative des médecins et est gérée par eux : « *elle a été créée à l'initiative de nous médecins, lorsque nous avons ressenti un besoin de coordination des acteurs dans le domaine de la gérontologie* » (CPG). De plus, elle offre une réelle visibilité sur la trajectoire du patient à l'intérieur de l'hôpital mais aussi à l'extérieur, par l'intermédiaire du médecin traitant ou coordonnateur qui le suit et qui est en contact avec ceux du COGERT : « *la coordination pour nous, elle est vraiment médicale, il faut un médecin tel qu'il soit (généraliste, coordonnateur d'EHPAD, médecin hospitalier d'autres hôpitaux) qui a besoin d'un conseil, il nous passe un petit coup de fil ». Il y a une traçabilité, si jamais la personne se représente un mois plus tard au sein de l'hôpital (…)* » (CPG). C'est en ces points qu'il est outil pertinent pour la fluidité du parcours patient car il y a moins de rupture dans le parcours selon le médecin interrogé : « *je trouve qu'il y a beaucoup moins de points de rupture qu'il y a quatre ans. Pour le coup, le COGERT a permis de fluidifier le parcours. Le fait que les médecins puissent nous joindre*

directement, ça c'est vraiment le truc qui les a plus rassurés, épatés. Quand ils nous appellent, ils tombent sur le médecin » (CPG). Le COGERT est un outil efficace dans la coordination des acteurs à l'échelle du territoire auvergnat car *« la plateforme a enregistré près de 2600 appels en 2015* » (CM). Preuve de son succès à l'extérieur du géronto pôle « *c'est donc quand même une action de coordination assez forte* » (CM). Toutefois, cet outil plébiscité par les médecins engendre des difficultés à l'intérieur du service de soins que nous avons investigué car les CS qui ont la responsabilité des soignants qui y officient éprouvent un certain malaise dans l'usage de cet outil par les médecins.

2.2.2. Divergences d'opinion et tensions autour du COGERT.

Le CS est le chef d'orchestre au sein du service de soins, qu'il coordonne à travers un éventail d'activités telles que la gestion des plannings, le suivi des effectifs, des absences, de la formation et l'évaluation des compétences. Il a aussi en charge la gestion des flux patients, en mettant en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires pour que l'admission, le parcours en interne et la sortie du patient se passent dans les meilleures conditions. Avec l'introduction du COGERT, géré par un médecin du pole inter-hospitalier, la gestion des flux patients se retrouve sous la direction et la planification des médecins: « *ils gèrent entre eux en fait, ils prévoient les sorties, ils annoncent au cogert tous les matins l'état des lits, du coup le COGERT fait rentrer les malades et les place en fonction des besoins et des chambres, en fait, il gère tout sur la question de mobilité des patients* » (CS1). Dans la plupart des cas, le cadre de santé du service éprouve des difficultés dans le suivi du patient, car il ne gère non seulement pas l'entrée mais n'est rarement pas consultée en ce qui concerne l'admission des patients : « *j'ai notion des patients qui vont entrer par contre, je n'interviendrais pas du tout au niveau des admissions, ce qui parfois peut poser soucis. L'admission est gérée par le médecin du COGERT par téléphone. Cela peut parfois nous causer des soucis lorsque la charge de travail est très lourde, très importante* » (CS1). La cadre de santé se sent démunie

dans son rôle de gestion des flux patients, dont elle n'a pas la possibilité d'exercer : « *la gestion de patient, dans le parcours patient, au CSG, c'est un peu particulier, je n'ai pas forcément de visibilité des entrées, c'est géré par le COGERT, ce qui fait que je suis un peu démunie* » (CS2). Le cadre de santé ne sera consulté qu'en cas de dysfonctionnements tels qu'un service de soins surchargé et impossibilité de prendre en charge le patient ou dans le cadre d'une sortie programmée par le médecin alors qu'il n'y a pas de places pour accueillir ce patient dans un service de convalescence ou une hospitalisation à domicile. Dans ce contexte, le cadre de santé est consulté pour trouver une solution au dysfonctionnement repéré : « *et moi du coup j'arrive dans un second temps, quand il n'y a pas assez de place, de sorties sur les convalescences, c'est moi qu'on sollicite pour appeler des convalescences pour relancer, pour avoir les sorties, quand il y a des problèmes parce que les familles posent souci, là on va venir me chercher* ». (CS3). Un cadre interrogé a émis le souhait d'être intégré dans la boucle pour mieux gérer les entrées et sorties des patients tout en évitant les dysfonctionnements : « *par contre, ma volonté de cadre à moi, projet cadre personnel du coup, c'est quand même de réussir à rentrer dans cette gestion-là, parce que je me trouve au début quand je suis arrivée, là je suis trop en retrait. Ça ne me convient pas, j'aime pas arriver que dans la situation de problème, j'aime bien anticiper (…) là je commence à dire, là maintenant, il va falloir participer* » (CS3). La tension entre le médecin et les CS suite à l'usage de la plateforme téléphonique pour coordonner le parcours du patient âgé est clairement exprimée à travers les divergences d'opinion : « *ils ont décidé que le cogert était maître des entrées et du coup quand je viens discuter la charge de travail, il y a certains médecins ça ne leur plaît pas* » (CS1). Cette tension engendre d'autres formes de tensions chez les soignants par le biais d'une surcharge d'activité mais aussi chez les cadres eux-mêmes, qui ont du mal à identifier leur rôle réel dans la gestion des flux patients.

2.2.3. Impact négatif de la TA sur les équipes et les CS.

Ces TA engendrent d'autres formes de tensions au sein de l'équipe soignante telles que la surcharge, lorsqu'il ait demandé aux soignants d'enregistrer des entrées à la chaine alors même que les dossiers des patients prévus pour la sortie ne sont pas encore prêts ou les chambres ne sont pas encore nettoyées : « *le COGERT gère les entrées, et souvent je vois mes infirmières au pied du mur avec des entrées qui arrivent à deux heures, trois heures, quatre heures, cinq heures, rien n'est anticipé* » (CS1). Une augmentation de la charge de travail qui génére un dysfonctionnement au sein du service de soins et n'aurait pas eu lieu si le cadre de santé avait été consulté au préalable. Cette situation est d'autant plus difficile au sein d'un service gériatrique, où sont accueillis en majorité des patients grabataires, demandant davantage des soins techniques, de nursing et de relationnel de la part des soignants. Dans ces situations, la cadre de santé et les infirmiers ont l'impression que la qualité des soins et la sécurité des patients se trouvent réduites : « *on a déjà 10 patients grabataires, un de plus, on ne va pas être dans une prise en charge de qualité, niveau sécurité, on va être un peu limite* » (CS2). Une autre forme de tension apparaît chez ces professionnels, naissant dans la difficulté de comprendre leurs rôles. On peut percevoir chez ces professionnels un écart entre le rôle prescrit, qui est celui de gestionnaire des flux patients (entrée et sortie) et le rôle réel (sortie uniquement) et des difficultés à appréhender ces rôles, d'autant plus que la planification est faite par les médecins : « *ils gèrent entre eux en fait, ils prévoient les sorties, ils annoncent au cogert tous les matins l'état des lits, du coup le cogert fait rentrer les malades et les places en fonction des besoins et des chambres, en fait, il gère tout sur la question de mobilité des patients* » (CS1). Cette coordination des acteurs au moyen du COGERT qui vraisemblablement fonctionne à l'extérieur de l'hôpital, serait-elle fragilisée à l'intérieur à cause d'un glissement de tâches entre les médecins et les CS à tel point qu'elle susciterait des

tensions autour de l'usage de l'outil. Ces tensions pourraient entraver l'appropriation du COGERT par les CS au sein du service de soins.

III. Discussion :

En traitant spécifiquement les difficultés de coordination entre les médecins et les CS autour d'un outil de Télémédecine, nos résultats relancent le débat sur les problèmes de coordination entre les acteurs ne partageant pas les mêmes cultures professionnelles. Un débat qui perdure et est soutenu dans les travaux de (Glouberman et Mintzberg, 2001). Ces auteurs identifient plusieurs mondes au sein de l'hôpital, ayant du mal à se coordonner à savoir : la communauté, la guérison, le soin et le contrôle[4]. Les CS bien qu'issus de la fonction soignante de par leur parcours professionnel, ne sont clairement identifiés dans aucun monde, contrairement aux médecins. Détenant plus de légitimité que les cadres, les médecins sont une hiérarchie professionnelle privilégiée au sein de l'hôpital, à laquelle, il est difficile d'imposer d'autres normes d'exécution de travail comme l'intégration ou la participation des CS dans le processus décisionnel en ce qui concerne la gestion des entrées des patients dans notre cas. Ces deux acteurs, toutefois pourraient se coordonner en mettant en place des mécanismes d'ajustements mutuels et une standardisation des qualifications (Mintzberg, 1994) afin d'éviter des situations de tensions, ayant un impact sur l'appropriation des outils tels que le COGERT, outil de coordination externe d'acteurs territoriaux. Les mécanismes d'ajustement sont similaires à des actions de mitigation[5] (Mazouz et al. 2015) permettant aux acteurs de se coordonner, tout en réduisant ou éradiquant les tensions autour de l'usage de l'outil de coordination. Ces dernières peuvent prendre différentes formes : dialogue des acteurs,

[4] La communauté représente le monde des administrateurs, dont l'objectif est de s'ancrer dans l'organisation et d'étendre son influence par un réseau de relations. La guérison est représentée par le monde des médecins ou des professionnels médicaux, dont l'intérêt est de s'investir dans les actes qu'ils réalisent, à travers leur production. Le soin est identifié chez les professionnels de soins tels que les infirmiers, qui ont pour mission de prodiguer des soins aux patients. Enfin, le contrôle est représenté par les administrateurs, avec leurs composantes hiérarchiques, qui ont pour mission d'exercer et renforcer leur autorité sur les autres mondes.

[5] Les actions de mitigation sont des stratégies développées par des acteurs pour réduire les tensions liées à la transformation de leur organisation.

valorisation de la légitimité pour l'acteur ou les acteurs détenant moins de marges de manœuvres ou hybridation des rôles professionnels (Valette et Burellier, 2014; Fitzgerald et Ferlie, 2000). Dans notre cas, le dialogue et l'hybridation des rôles professionnels ont été observés chez un CS, qui propose de mettre en place un dialogue régulier avec les médecins de telle sorte qu'il soit informé et intégré dans la boucle du COGERT, en vue de limiter les dysfonctionnements. Ce dialogue peut également être envisagé sur une perspective macro, c'est-à-dire en mettant en avant la notion de territoire car au-delà de rassembler les acteurs médicaux (internes et externes à l'hôpital) autour de la prise en charge du patient, cet outil peut également de redynamiser la prise en charge du patient âgé sur le territoire. Puisque cet outil territorial fonctionne bien à l'extérieur pourquoi ne pas coordonner les acteurs en interne autour de la notion de territoire. Le territoire est : « *une intersection de réseaux (physiques et humains, formels et informels), de stratégies et d'interdépendances entre les partenaires. C'est un lieu de négociation, de production et de partage d'un futur commun* » (Leloup et al. 2005). Il serait au préalable pertinent d'éclaircir les rôles de chacun pour un bon usage de l'outil et pour faciliter son appropriation par les CS. Le CS se bat dans son quotidien professionnel pour éclaircir ses rôles et sa mission. Une lutte qui prend la forme de TR (Katz et Kahn, 1967; Royal et Brassard, 2010). L'hybridation des rôles professionnels est une forme de réponse apportée à la TR à travers un assemblage de rôles pour n'en constituer qu'un seul (Fitzgerald et Ferlie, 2000). Notre cas confirme les travaux éclairant sur le changement chez les MP qui font état de rôles imprécis, peu clairs générant des tensions chez ces derniers (Bellini 2005; Autissier et Derumez, 2007). Il confirme aussi les difficultés que peuvent rencontrées les acteurs suite à l'introduction d'un nouvel outil. Cet outil permettant l'amélioration des pratiques de coordination en externe entrave ces pratiques en interne. D'où l'importance d'intégrer l'ensemble des parties prenantes à toutes les étapes de son déploiement voire même en amont à sa création en vue de faciliter son appropriation, comme

le suggère de Vaujany (2006). Cet auteur repère trois phases d'appropriation : la pré-appropriation, l'appropriation originelle et la réappropriation[6].

CONCLUSION

Bien qu'en ayant mis en évidence un exemple de coordination territoriale à l'intérieur d'un territoire de santé auvergnat, à travers la mise en place d'une plateforme téléphonique au sein de trois hôpitaux avec une ouverture sur la médecine de ville, notre étude de cas relate la présence de tensions autour de cette plateforme, pris comme outil de coordination. Initié par les médecins, l'outil de coordination gérontologique et territorial suscite des tensions en interne avec les CS autour de la gestion des entrées des patients âgés. Les CS dont l'une des missions est la gestion des flux patients ne sont pas concertés en ce qui concerne l'hospitalisation des patients. Cela génère des dysfonctionnements au sein du service de soins à tel point que les cadres font état de tensions autour de l'usage de l'outil. L'outil perçu efficace pour coordonner les médecins hospitaliers et ceux de la ville autour de la prise en charge du patient âgé, paraît inefficace en interne, en ayant une incidence sur la coordination des acteurs au sein du service de soins. Ce cas confirme les travaux sur les difficultés de coordination entre les acteurs ne partageant pas les mêmes codes et les mêmes logiques d'exécution du travail dans le contexte hospitalier. Il met également en évidence les tensions liées à ce manque de coordination telles que les TA ou les TR. Il est urgent pour favoriser et dynamiser la coordination entre ces acteurs pluriels de mettre en place des stratégies discursives à travers le dialogue entre les acteurs, plus précisément en orientant le discours sur la notion de territoire, comme élément de négociation entre acteurs pluriels ou orienter les

[6] La pré-appropriation est une phase de co-conception de l'outil à travers les discussions des différentes parties prenantes et de sa première interprétation. L'appropriation originelle démarre lorsque l'outil est validé par les parties prenantes et c'est la phase où des processus socio-politiques et psycho-cognitifs se mettent en marche pour son opérationnalisation. C'est la phase généralement des tensions autour de l'outil. C'est également la phase où les routines dans l'utilisation s'installent. La dernière phase, la phase de réappropriation où l'outil fait l'objet de divers bricolages et improvisations. Durant cette phase, il est emmené à évoluer au fil des changements organisationnels ou institutionnels (de Vaujany, 2006).

réflexions autour des mécanismes d'hybridations des rôles professionnels. La principale limite à ce cas est le faible échantillonnage. Il serait judicieux dans les recherches futures d'élargir notre échantillon de cadre autour de cette TA mais aussi de nous concentrer sur les stratégies mises en place par les acteurs pour dévier ces tensions, une perspective peu traitée dans notre cas. La question des stratégies de gestion des tensions est au cœur des travaux en management public (Mazouz et al. 2015; Bollecker et Nobre, 2016) suite aux mutations des OP, dues à l'intégration des modes de gestion des entreprises privées dans ces organisations initialement bureaucratiques.

BIBLIOGRAPHIE

ALLEGRE G., (2014), « Téléconsultations gériatriques en EHPAD: Interview du Dr Devès, gériatre au gérontopôle interhospitalier clermontois », *Lettre d'information e-santé Auvergne*, juillet 2014, Numéro 9.

ARS. (2013). « Plan d'actions sur les urgences: Auvergne 2013-2015 ». Agence Régionale de Santé d'Auvergne.

AUTISSIER D., et VANDANGEON DERUMEZ I., (2007), « Les managers de première ligne et le changement », *Revue française de gestion*, n° 174: 115‑ 30.

BEAUCHAMP M.R., BRAY S.R., EYS M.A., et CARRON A.V., (2005), « Multidimensional Role Ambiguity and Role Satisfaction: A Prospective Examination Using Interdependent Sport Teams », *Journal of Applied Social Psychology* 35 (12): 2560‑ 76.

BELLINI S., (2005), « Éviter le marteau, glisser sur l'enclume. Comment les managers de proximité ajustent leurs rôles face aux contraintes de l'organisation », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* Numéro 65 (1): 13‑ 25.

BERNARDINI-PERINCIOLO J. et BERTOLUCCI M., (2018), « Quand la sur-rationalité provoque la sous-rationalité ». *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels* Vol. XXIV (58): 91‑ 109.

BOLLECKER G., et NOBRE T., (2016), « Les stratégies de gestion des paradoxes par les managers de proximité : une étude de cas », *Recherches en Sciences de Gestion*, n° 113 (novembre): 43‑ 62.

BRUNEL O., et GRIMA F., (2010), « Faire face au conflit travail/école : analyse des stratégies d'ajustement. » *M@n@gement* Vol. 13 (3): 172‑ 204.

COMMEIRAS N., LOUBES A., et FOURNIER C., (2009), « Les effets des tensions de rôle sur l'implication au travail : une étude auprès des managers de rayon », *Management international*, 13 (4): 73‑ 89.

CREMIEUX F., SAULPIC O., et ZARLOWSKI P., (2012), « L'introduction de comptes de résultats de pôles dans un hôpital public : analyses et propositions à partir d'une étude de cas », *Journal de gestion et d'economie medicales* Vol. 30 (7): 419‑ 34.

DAVID A., MIDY F., et MOISDON J-C., (2003), « Les TIC restructurent-elles ? », *Revue francaise des affaires sociales*, n° 3: 79‑ 94.

DENIS J-L., LAMOTHE L., et LANGLEY A., (2001), « The Dynamics of Collective Leadership and Strategic Change in Pluralistic Organizations », *The Academy of Management Journal* 44 (4): 809‑ 37.

DE VAUJANY F. X. (2006), « Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage ». *Management & Avenir*, n° 9: 109‑ 26.

DJABI M., et PERROT S. (2016), « Tensions de rôle : proposition d'une grille d'analyse », *Management international* 21 (1): 140‑ 48.

DUMAS, M., DOUGUET F., et MUNOZ J., (2012), « L'appropriation d'un outil de la qualité des soins à l'hôpital », *Journal de gestion et d'economie medicales* Vol. 30 (3): 127‑ 49.

FITZGERALD L., et FERLIE E., (2000), « Professionals: Back to the Future? », *Human Relations* 53 (5): 713‑ 39.

GEORGESCU I. (2009). *La Pression Financière Interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements: le cas de l'hôpital public français*. Université de Montpellier I, Thèse en sciences de gestion.

GLOUBERMAN S., et MINTZBERG H. (2001), « Managing the Care of Health and the Cure of Disease--Part I: Differentiation », *Health Care Management Review* 26 (1): 56‑ 69; discussion 87-89.

GRIMA F., (2000). *Ambiguïté et conflit de rôle au travail : une proposition d'un modèle explicatif synthétique*. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Evry-Val-d'Essonne.

———. 2004, « Faire face au conflit de rôle : analyse des stratégies d'ajustement des responsables de formation professionnelle continue (RFPC) », *Revue de gestion des ressources humaines*, n° n° 52 (juin): 47‑ 62.

GRIMAND A., (2012), « L'appropriation des outils de gestion et ses effets sur les dynamiques organisationnelles : le cas du déploiement d'un référentiel des emplois et des compétences », *Management & Avenir*, n° 54 (juin): 237‑ 57.

HANSEN J.R., (2011), « Application of Strategic Management Tools After an NPM-Inspired Reform: Strategy as Practice in Danish Schools », *Administration & Society* 43 (7): 770‑ 806.

HOUSE R.J., et. RIZZO J. R, (1972), « Toward the measurement of organizational practices: Scale development and validation », *Journal of Applied Psychology* 56 (5): 388‑ 96.

HUDON, P-A. et MAZOUZ B., (2014), « Le management public entre « tensions de gouvernance publique » et « obligation de résultats » : Vers une explication de la pluralité du management public par la diversité des systèmes de gouvernance publique », *Gestion et management public* me 3 / n°2 (4): 7‑ 22.

JACKSON S.E., et SCHULER R. S., (1985), « A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings », *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 36 (1): 16‑ 78.

KAHN R.L., WOLFE D.M., QUINN R.P., DIEDRICK SNOEK J., et ROSENTHAL R.A. (1964.) *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: Wiley, New York.

KATZ D., et KAHN R.L., (1967), « The Social Psychology of Organizations. » *American Journal of Sociology* 72 (6): 677‑ 677.

LAUFER R. et BURLAUD A. (1980). *Management public*. Dalloz.

LELOUP F., MOYART L., et PECQUEUR B., (2005), « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », *Geographie, economie, societe* Vol. 7 (4): 321‑ 32.

LOUBES, A. (1997). *Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel : une étude empirique*. Montpellier 2.

MAIGNAN M., ARNAUD C., et CHATEAU TERRISSE P., (2018), « La gestion des tensions organisationnelles dans les coopératives multisociétaires à vocation sociale : le cas d'une Société Coopérative d'Intérêt Collectif dans le secteur du logement social », *Management international* 22 (2): 128‑ 43.

MAZOUZ B., ROUSSEAU A., et SPONEM S., (2015), « Les gestionnaires publics à l'épreuve des résultats », *Revue française de gestion*, n° 251 (novembre): 89‑ 95.

MAZOZU B., et TARDIF M. J-B., (2010). « À propos de la performance : l'Arlésienne de la sphère publique ». In *Management des organisations publiques*, 2ème édition, 366. Québec: Presses de l'Université du Québec.

MEYER R.E., EGGER-PEITLER I., HOLLERER M.A., et HAMMERSCHMID G., (2014), « Of Bureaucrats and Passionate Public Managers: Institutional Logics, Executive Identities, and Public Service Motivation », *Public Administration* 92 (4): 861‑ 85.

MICHAUD V., (2013), « Business as a pretext? Managing social-economic tensions on a social enterprise's websites », *M@n@gement* Vol. 16 (3): 294‑ 331.

MINTZBERG H. (1994). « The Fall and Rise of Strategic Planning ». *Harvard Business Review*,

MOISDON J-C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Seri Arslan.

NOBRE T., et HAOUT I., (2011), « Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier », *Revue francaise de gestion* n° 211 (2): 103‑ 18.

OIRY E., (2011), « Usages imprévus et dynamique des instruments de gestion. Réflexions à partir du cas d'un instrument de gestion des compétences », *Management international* 15 (2): 11‑ 22.

PERROT S. (2001). *L'entrée dans l'entreprise des jeunes diplômés*. Economica.

POLLITT C., (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. 3e éd. Oxford ; New York: OUP Oxford.

RIVIERE A., COMMEIRAS N., et LOUBES A., (2013), « Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital », *Journal de gestion et d'économie médicales* 31 (2): 142‑ 62.

RIZZO J.R., HOUSE R.J., et LIRTZMAN S.I., (1970), « Role Conflict and Ambiguity in Complex Organizations », Administrative *Science Quarterly* 15 (2): 150‑ 63.

ROYAL L. (2007). *Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec*. Thèse de doctorat en administration de l'éducation. Montréal: Université de Montréal.

ROYAL L. et BRASSARD A., (2010), « Comprendre les tensions de rôles afin de mieux les prévenir et de contribuer au bien-être des employés », *Gestion* 35 (3): 27‑ 33.

SAKIRES J., DOHERTY A., et MISENER K., (2009), « Role Ambiguity in Voluntary Sport Organizations », *Journal of Sport Management* 23 (5): 615‑ 43.

SMITH W.K., GONIN M., et BESHAROV M.L., (2013), « Managing Social-Business Tensions: A Review and Research Agenda for Social Enterprise », *Business Ethics Quarterly* 23 (3): 407‑ 42.

SMITH W.K. et LEWIS M.W. (2011), « Toward a Theory of Paradox: A Dynamic equilibrium Model of Organizing », *Academy of Management Review* 36 (2): 381‑ 403.

SPEE A.P. et JARZABKOWSKI P. (2009), « Strategy Tools as Boundary Objects », *Strategic Organization* 7 (2): 223‑ 32.

STOHL C. et CHENEY G. (2001), « Participatory Processes/Paradoxical Practices: Communication and the Dilemmas of Organizational Democracy », *Management Communication Quarterly* 14 (3): 349‑ 407.

VALETTE A. et BURELLIER F. (2014), « Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers : devenir des hydrides « malgré tout », *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, n° 116 (juin): 4‑ 13.

VAN SELL M., BRIEF A.P., et Schuler R. S. (1981), « Role Conflict and Role Ambiguity: Integration of the Literature and Directions for Future Research », *Human Relations* 34 (1): 43‑ 71.