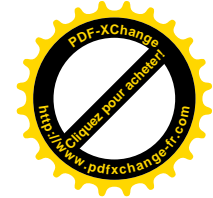
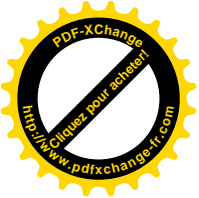




TERRITOIRES ET PROCESSUS EN MILIEU HOSPITALIER

Hybridation structurelle et intégration transversale

Mannarini Michel
CREGO – COST – IAE
Université Montpellier II
Maître de Conférences associé
Docteur es Sciences de gestion
mannarini@univ-perp.fr



Résumé

Territoires et processus, notions phares des systèmes hybrides sont, généralement, considérés comme délimités et contrôlables selon le modèle bureaucratique des configurations structurelles des organisations. Cet article, sur la base d'une observation participante et d'une démarche de type recherche-intervention, au sein d'un centre hospitalier de taille moyenne (1000 lits), met en question ce postulat de frontière structurelle et de contrôlabilité finie des processus.

Nous proposons deux concepts complémentaires, que sont le contact logistique et l'intégrateur transversal, nécessaires au rééquilibrage organisationnel des territoires et à l'intégration des processus. Cela conduit à repenser et à positionner les processus comme des espaces de différenciation et d'intégration.

MOTS CLES. – PROCESSUS – HYBRIDATION – DIFFERENCIATION – INTEGRATION.

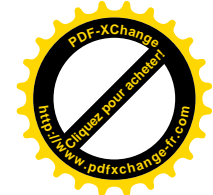
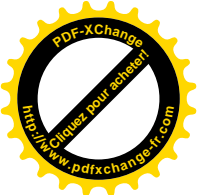
Abstract

Territories and process, flagship knowledge of hybrid systems, are usually thought as being delimited and monitored with configuration bureaucratic model of organizational structures. This paper calls the postulate of structural boundaries and process limited controllability into question, with a research-intervention approach based on a “participating observation” in a middle-capacity health care centre (1000 beds).

Two complementary isolated concepts, the “logistic contact” and the “integrator manager”, required for organizational rebalancing of territories and for integration of process, are invoked.

Process are, by the way, reconsidered and located as differentiation and integration areas.

KEYWORDS. – PROCESS – HYBRIDATION – DIFFERENTIATION – INTEGRATION.



Introduction

L'objet de notre recherche est, d'une part, de s'interroger sur les transformations organisationnelles des hôpitaux en France, au regard des mutations profondes auxquelles ceux-ci sont confrontés, et, d'autre part, d'analyser les formes organisationnelles endossées par l'Hôpital et contraintes par des perspectives d'évolutions imposées par la Tutelle.

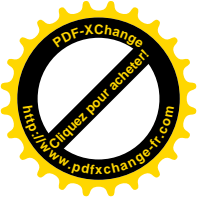
Les environnements au sein desquels évoluent les organisations hospitalières, se caractérisent par une complexité croissante : la contrainte par injonction des organismes de tutelle (dématérialisation des procédures d'achat, mises en ouvrage des plateformes logistiques hospitalières), les bouleversements culturels par procédures conventionnées (démarches d'accréditation), l'émergence de zones de contact, espaces de pertinence et de cohérence, entre acteurs soignants (infirmiers en unités de soins) et logisticiens (magasin central, restauration, blanchisserie, pharmacie), appelant un certain niveau de contractualisation entre ces acteurs et l'agent de type « intégrateur transversal ».

La connaissance du monde hospitalier nécessite d'élaborer une démarche de qualification des liens entre organisation et processus. Nous poserons les bases théorique et méthodologique de ces liens en partant de l'hypothèse suivante : Les facteurs clés de succès d'une politique contractuelle à l'hôpital résident dans la mise en place d'un système performant de management des processus et nécessitent la nomination d'un cadre intégrateur (ou intégrateur transversal).

Notre étude de cas en profondeur, de type ethnographique, réalisée au sein du Centre Hospitalier Saint-Jean (CHSJ), met en lumière le rôle d'un cadre intégrateur, personnage clé gérant une double problématique, celle du déséquilibre organisationnel lié à la cohabitation de quatre logiques (ou quatre mondes selon Mintzberg et Glouberman, 2001) : Community (les organismes de tutelle), Control (les gestionnaires), Cure (les médecins), Care (les infirmiers et les aides-soignants), et celle de la qualification des composantes de la coopération (degré de contact et de participation, ressources mobilisées, valeur des échanges, respect des normes et protocoles).

Nous essaierons de montrer que la mise en œuvre des concepts de « degré de contact » et « d'intégrateur transversal » permet de construire, à la fois, un système d'objectifs partagés et un processus d'apprentissage organisationnel transverse acceptable par tous. Nous montrerons, également, que les démarches d'accréditation, par la diversité de leurs représentations, s'inscrivent comme un élément de différenciation entre sphères médicale et logistique sans remettre en cause les objectifs partagés, et intégrateurs, orientés-patients.

Afin de donner un cadre théorique propice à l'analyse critique des concepts d'intégration et de différenciation, nous postulons le recours au paradigme de l'approche par processus, largement évoqué et utilisé dans les entreprises industrielles et commerciales depuis une dizaine d'années.



Une telle approche induit une vision transversale de l'organisation hospitalière et implique la nomination et la légitimation d'un pilote ou coordinateur (cadre intégrateur ou intégrateur transversal) dont les fonctions sont largement étudiées, depuis de nombreuses années, dans la littérature des sciences économiques et de gestion (Weber, Crozier, Mintzberg, Boutinet, Crémadez).

Dans une première partie, nous essaierons de traiter de la question théorique des configurations structurelles et culturelles des organisations hospitalières, pour ensuite présenter l'approche qualitative, empirico-inductive, que nous avons mobilisée pour investir notre terrain de recherche, justifier notre posture d'immersion dans l'organisation étudiée et questionner la coordination des processus comme une problématique de design organisationnel, enfin, nous proposerons les résultats et apports de notre recherche et nous mettrons en perspective trois questions centrales de l'analyse scientifique des organisations : la question de la cohérence organisationnelle, la question des processus d'intégration et la question de l'interaction dans la coopération inter individuelle.

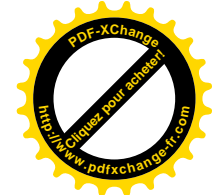
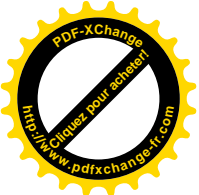
1 L'hôpital : un territoire médico-logistique émergent entre différenciation et intégration des processus.

La recherche d'amélioration de la performance économique a orienté les organisations hospitalières vers une reconfiguration et un pilotage de la chaîne de valeur.

L'orientation stratégique vers un « Supply Chain Management » supposant une réduction des différents niveaux de stocks et des implications organisationnelles fortes (appropriation des processus internes, collaborations interservices, différenciation « patient » retardée, développement des relations de type CRM/SRM : Customer Relationship Management/Supplier Relationship Management.), les organisations hospitalières se sont engagées, dans un premier temps (les années 90), dans une phase de désinvestissement logistique et de recentrage vers les cœurs de métiers de leurs composantes médicales et soignantes. La création de valeur reposait, alors essentiellement, sur la réduction des durées de séjour dans les unités de soins (prises en charge à la journée et médecine ambulatoire).

Aujourd'hui, la donne est toute autre et les orientations stratégiques du plan « Hôpital 2007 » vont dans le sens d'une réorganisation et d'un repositionnement de la fonction logistique au « centre » du territoire hospitalier, préconisant la mise en place et le développement de plateformes logistiques (« logipôles ») dédiées à l'hôpital.

De plus, les services médico-techniques sont soumis à des impératifs de rentabilité et doivent faire preuve, à la fois, d'une agilité informationnelle et d'une réactivité opérationnelle pour accroître les gains de productivité et la satisfaction « client »



face à des attentes et exigences « patients » de plus en plus fortes en termes antinomiques d'urgence et de confort.

Les quatre mondes (Community, Control, Care, Cure) identifiés, au sein du système hospitalier, par Glouberman et Mintzberg (2001) semblent, dans un élan mutuel intégrateur, envisager la mise en place du cadre intégrateur comme une amélioration de leur organisation et non comme un simple ajout administratif à la hiérarchie déjà en place. « Nous avons besoin de réunir les deux mondes « Care » et « Cure » de manière effective pour coordonner les services aux patients à l'intérieur de l'hôpital et les services aux personnels à l'intérieur de la « Community » ; et nous avons besoin de briser les barrières entre « Care », « Cure », « Control » et « Community » afin que les institutions puissent fonctionner de façon plus collaborative et que les ressources du système global soient allouées de manière plus efficace » (Glouberman et Mintzberg, 2001, p. 69). Il y a quarante ans une célèbre théorie du management (Lawrence et Lorsch, 1967) affirmait que plus grande est la différenciation des unités d'une organisation, en termes d'objectifs, de structures et d'orientations interpersonnelles, plus grand est le besoin d'intégration de ces unités. Le changement semble être devenu le maître-mot du système hospitalier, tout en restant, trop souvent, multidirectionnel.

1.1 L'hôpital : un lieu de cloisonnement et de normalisation ?

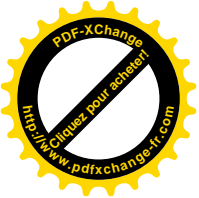
L'évolution de l'environnement et les mutations technologiques sont à l'origine des changements profonds touchant le métier de médecin hospitalier et les pratiques hospitalières (Nobre, 2001).

A la fin des années 70 apparaît ce qu'il est, aujourd'hui, convenu d'appeler « l'histoire de la Santé » (Gardien, 1984).

Contrairement à une histoire de la médecine essentiellement technique, et plutôt hagiographique, l'histoire de la santé, réalisée par des historiens, a pour mission d'explorer les relations entretenues, par notre société, avec la maladie, la médecine, le corps, la santé, au cours des périodes modernes et contemporaines. C'est donc une histoire qui s'est rapidement focalisée sur le terme de « médicalisation » (Faure, 1998).

Il s'agit, donc, de décrire un processus par lequel nous avons progressivement abandonné la gestion de la santé à des spécialistes professionnels. Appliquée à l'hôpital, la problématique de la médicalisation tend à décrire la prise du pouvoir par les médecins, et à repérer le moment où l'hôpital renonce à ses fonctions d'asile pour devenir un lieu de dispensation de soins coûteux et élaborés.

Cette thématique s'est confrontée à une seconde plus ancienne, lancée par Michel Foucault en 1975 lors de la parution de *Surveiller et Punir*.



Décrivant le processus d'enfermement des marginaux puis celui de la surveillance panoptique (le panopticon de Bentham), Foucault semblait désigner les hôpitaux parmi les structures les plus en pointe dans ces deux processus (Foucault, 1961, 1975).

La question de la médicalisation a généré d'autres interrogations, à partir des études menées sur les budgets, sur les populations et la vie quotidienne.

L'histoire de l'hôpital ne peut se résumer à la seule médicalisation, l'institution relevant toujours de logiques variées largement tributaires des jeux subtils d'acteurs auxquels se livrent les différents protagonistes de l'hôpital (administration, médecins, personnel, malades, autorités publiques).

L'hôpital apparaît alors comme un élément, un vecteur dans des stratégies de pouvoir et de constitution de clientèles (patientèles), un lieu d'expression et d'élaboration des asymétries d'information entre mondes différenciés : Community, Control, Cure, Care (Mintzberg, Glouberman, 2001).

Plus largement, les hôpitaux, même s'ils disposent de propriétés, sont des consommateurs de denrées, de services, de matériaux. Excepté ce qui concerne la gestion de leurs biens propres, les incidences économiques et logistiques de l'activité d'un hôpital méritent d'être évaluées.

Notre recherche se rapporte à l'hôpital public général, de taille moyenne, en France aujourd'hui.

Par hôpital nous désignons un centre hospitalier qui comporte plusieurs services de différents soins actifs.

Nous ne prenons pas en compte l'hospice dont les finalités essentielles sont l'accueil et l'accompagnement. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) font partie des hôpitaux auxquels nous nous référons, sans, pour autant, constituer notre terrain de recherche. Le centre hospitalier spécialisé (CHS), c'est-à-dire l'hôpital psychiatrique, n'entre pas dans le champ de la recherche.

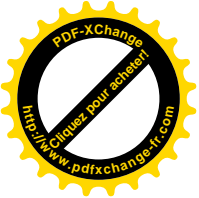
La légitimité du terrain s'opère par une accessibilité d'information et une proximité des acteurs plus propice à une démarche de recherche interprétativiste.

Le choix d'une approche locale est légitimé par les dispositifs de gestion et d'organisation des Agences Régionales d'Hospitalisation.

1.2 L'hôpital : un système performant confronté aux logiques industrielles

Différentes réformes ont tenté d'apporter leur contribution à l'amélioration du système hospitalier.

L'injonction qui est faite d'être une organisation performante nécessite d'une part, d'établir un consensus des acteurs sur le concept de performance (Koenig, 1993 ; Lorino, 2001) et d'autre part d'identifier une situation organisationnelle conflictuelle à laquelle le système hospitalier est soumis : améliorer la qualité du service rendu



dans le contexte actuel où la contrainte de ressources est forte et les leviers d'action pas véritablement identifiés. (Claveranne, Pascal, 2004).

Cette nécessité de consensus, à l'instar de Pascal (2000), trouve sa source dans la conjonction de trois phénomènes :

- l'innovation technologique ;
- la réduction de la durée moyenne de séjour ;
- des outils de gestion plus centrés sur le reporting que le diagnostic, l'aide à la décision et la recherche de leviers d'action.

Les processus de soins et les processus logistiques sont, à la fois, les constituants endogènes d'un cadre de normalisation et les outils de gestion indispensables à la mise en œuvre d'une gestion par les processus.

L'analyse et la gestion par processus se heurtent à la nécessité de repenser les structures d'autorité et d'intégration pour conjuguer structure verticale et structure horizontale. (Pascal, 2000).

Les relations d'interdépendance entraînent une transformation de la chaîne de valeur qui accroît le rôle des interfaces en modifiant les rapports de pouvoir traditionnels, ce qui devrait permettre à certains acteurs de se positionner sur des missions intégratrices pouvant leur assurer, dans un premier temps, une légitimité rationnelle-légale (Weber, 1971).

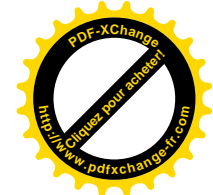
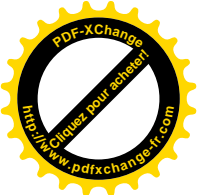
De nouveaux modes d'organisation s'inscrivent dans une perspective plus large d'ouverture de l'hôpital sur son environnement médico-logistique. A ce titre, la priorité est donnée à la recherche de complémentarités entre les différents acteurs de santé, et en particulier entre les acteurs logistiques et les acteurs soignants.

L'hôpital, centre de production de soins, sera soutenu, à l'horizon 2010 (Plan Quadriennal 2007-2010), par une ou plusieurs plateformes logistiques, capables de s'adapter en « temps réel » aux demandes des unités de soins. Cependant, contrairement à ce que l'on observe dans le monde industriel, concentration ne rime pas avec externalisation.

Excepté pour des flux particuliers, comme la blanchisserie, rares sont les hôpitaux publics à s'engager dans une démarche d'externalisation des processus logistiques.

Ces nouveaux schémas logistiques posent également la question des liaisons physiques et informationnelles entre la plateforme et les unités des soins.

Mutualisation, automatisation, optimisation des flux, rationalisation des coûts : l'hôpital rencontre les mêmes problématiques que celles de l'industrie. Toutefois, vouloir calquer aveuglément les méthodes de la logistique industrielle relèverait d'une inconscience totale et pourrait avoir des conséquences désastreuses pour le patient.



1.3 L'hôpital : le territoire d'une « organisation logistique étendue »

La complexité d'une prise en charge globale des besoins logistiques de santé nécessiterait donc, d'une part, la coopération entre les processus logistiques (restauration, blanchisserie, pharmacie, magasin central) et, d'autre part, la nomination d'un coordonnateur, cadre intégrateur favorisant la coopération et la continuité des processus dans une perspective de constitution d'une « organisation logistique étendue ».

En liant contrat d'objectifs et de moyens (COM) et coopération entre les acteurs, le cadre intégrateur tient la clé d'une contractualisation de l'organisation logistique avec l'organisation de soins.

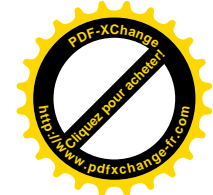
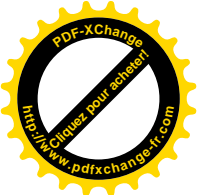
La recomposition cohérente de l'organisation hospitalière requiert la mobilisation de trois modes de coordination des acteurs du système de santé (selon la distinction établie par Favereau entre les trois modes de coordination d'un système économique) : la contrainte, le contrat, la convention.

- la contrainte qui fixe les règles du jeu et permet d'arbitrer les différenciations territoriales;
- le contrat qui sert de base à la négociation et à la démarche d'intégration des quatre mondes;
- la convention qui rend possible la délibération et l'adhésion des acteurs, dans la perspective d'une amélioration de la qualité orientée-patient. (Gadreau, Jaffre, Lanciau, 1999).

Ces trois dispositifs à l'origine de la coordination pourraient constituer le socle fondateur de ce nouveau rôle de cadre intégrateur, Pilote Propriétaire de Processus : le P³ (Bouchardy, Darréon, 2004) véritable responsable des processus.

L'« organisation logistique étendue » hospitalière devrait être étudiée comme une organisation complexe, réunions d'individus et de groupes qui ont leurs identités propres, des intérêts et des objectifs personnels, même s'ils doivent coopérer. L'existence de cette organisation implique qu'a su être trouvé un mode de mise en relation, un arrangement accepté ou imposé, qui en assure l'identité et la cohésion.

S'ouvre alors un champ d'interrogation considérable : quelle est la nature des relations qui lient les membres de l'organisation hospitalière?, et quelle est la nature et la position des individus et des groupes qui la composent ?, ce qui conduit également à se demander comment identifier les frontières structurelles et culturelles de l'organisation hospitalière? Comment distinguer les relations et les agents internes à l'organisation hospitalière. de ceux qui en sont extérieurs ?



2 Pilotage et propriété des processus en milieu hospitalier

La structure des départements organisationnels de l'hôpital et l'affectation des responsabilités relatives, sont finalement redéfinies de manière ad hoc, en fonction d'une révision systématique et radicale des processus. Alors que l'on pouvait atteindre le stade organisationnel précédent sans faire référence, de manière explicite, aux processus présents, cette nouvelle phase, en revanche, présente des processus, non seulement formalisés, mais également repensés ex-novo, orientés vers les activités fondamentales réexaminées à la lumière des stratégies et des opportunités technologiques et ignorant les organisations et autres procédures d'antan.

Sous l'impulsion de diverses réingénieries (Hammer, Champy, 1993) une structure organisationnelle spécifique est mise en place, intégrant des départements opérationnels, une équipe et des fonctions de support complètement asservis aux processus de soins définis.

2.1 Process Owner, P³ ou Intégrateur Transversal

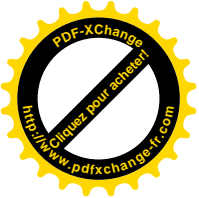
La fonction d'utilisation, d'organisation, de préparation et de formalisation des nouveaux flux d'activités, l'identification des moyens, des ressources et des structures organisationnelles nécessaires reviendraient, pour chaque processus clé, à un nouveau « personnage » dénommé « process-owner » (Holm Larsen, Klischewski, 2004).

Ce terme s'est répandu dans les années 90 sur la vague des techniques de gestion liées au BPR « Business Process Reengineering » (Hammer, 1996) qui associaient cette appellation aux « projetistes » responsables des processus inter fonctionnels (Midler, 1993).

Mais, cependant, lors d'un projet type de reengineering une fois que le nouveau processus serait abouti et consolidé, le rôle du process owner déclinerait ; dans une organisation par processus ce rôle est maintenu d'autant que le process owner est aussi responsable de la coordination des équipes opérationnelles affiliées aux processus logistiques. (Reynaud, 1991).

L'approche processus entraîne le « passage à une vision plus transversale que verticale et le P³ serait chargé de jouer le relais entre les différentes directions concernées par le projet » (Weill, 2001).

La responsabilité de l'intégrateur transversal, au sein du centre hospitalier, serait donc double : d'une part, la représentation, l'organisation et le développement des processus clés et des fonctions de support logistique, d'autre part l'assurance de la coordination entre les entités organisationnelles internes et externes (pharmacie, restauration, hébergement, blanchisserie, unités de soins) au processus logistique, en collaboration avec les autres pilotes de processus.



Nous parlons, ici, d'un rôle institutionnel qui se prolonge dans le temps et qui caractérise précisément l'organisation par processus, par rapport aux autres applications de l'« approche par processus ».

Une telle approche ne requiert pas, en elle-même, l'institution d'un cadre intégrateur, mais dans une véritable organisation par processus, ce rôle devrait être endossé pour assurer l'autorité et l'efficacité aux moments de « l'organisation projet » et tout au long des opérations de contrôle des « espaces » interfonctionnels où résident les facteurs critiques de décision.

2.2 Espaces, réseaux et contacts logistiques

L'étude initiale de ces « espaces » pourrait permettre de clarifier et définir au mieux les processus « cœurs » (Hamel, Prahalad, 1985) et d'identifier des objectifs « spectaculaires », mais seule une action systématique de vigilance et d'adaptabilité au temps pourrait maintenir à niveau l'efficacité et l'efficacité du processus.

« Le passage du médecin hospitalier exerçant en toute autonomie son art au médecin faisant partie d'un processus complexe, dans lequel interviennent différents acteurs, explique le rôle de plus en plus important de la gestion des interfaces » (Nobre, 2001).

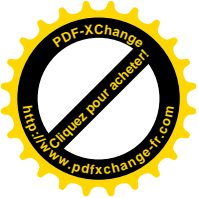
De même, nous assistons au passage d'une pratique logistique artisanale et d'un éclatement spatial de diverses entités à des pratiques logistiques impliquant des technologies complexes utilisées par des spécialistes (logisticiens et soignants), installés sur leurs territoires et fortement interconnectés.

Des relations transversales de coopérations et de dépendances se développent et viennent « bousculer » les relations verticales traditionnelles. Ces relations d'interdépendances entraînent une remise en question de la chaîne d'approvisionnement entre unité logistique et unité de soins et accroissent le rôle des interfaces, d'une part, en qualifiant les relations « contactuelles » entre les acteurs impliqués, et, d'autre part, en rééquilibrant les degrés de contact et de participation logistiques de ces acteurs à l'aval de la chaîne d'approvisionnement.

Le Centre Hospitalier HSJ souhaite que soit constitué autour du patient un véritable réseau gradué et coordonné de divers acteurs paramédicaux et logisticiens en contact sur une zone sanitaire, afin de déterminer les degrés de contact et de participation logistiques et de doter chacun de missions complémentaires.

Toute organisation collective de production de soins se structure selon deux dimensions, la différenciation et l'intégration. Ces dimensions, indispensables à toute intention de construction de réseaux organisationnels seront mobilisées ; elles reposent sur trois catégories de conditions :

- Techniques : réduire les asymétries d'informations, optimiser les compétences et les moyens nécessaires à la mise en œuvre ;
- Economiques ou symboliques : augmenter les créances résiduelles, dynamiser les intérêts individuel et collectif ;



- Culturelles : développer la connaissance, l'échange et la conversation logistiques afin de travailler ensemble et de reconnaître sans ambiguïté la frontière entre processus de soins et processus logistiques.

La constitution de ces complémentarités semble devoir passer par une nouvelle organisation logistique. Les ajustements « contactuels » nécessaires entre acteurs de soins et acteurs logistiques sont complexes et difficiles à réaliser, supposant une meilleure collaboration et un jeté de passerelles entre mondes professionnels du secteur de la santé.

2.3 Intérêt de la recherche

L'objet de notre recherche est, donc, de s'interroger sur les aspects pratiques d'une amélioration continue de la qualité des processus de soins et des processus logistiques hospitaliers ; et, en particulier, de positionner la fonction du cadre intégrateur sur les territoires de l'organisation hospitalière en perpétuel questionnement entre mondes différenciés et processus intégrés.

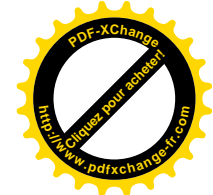
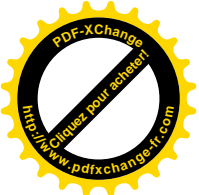
Récemment, Glouberman et Mintzberg (2001) ont mis en évidence la concomitance de quatre mondes fortement différenciés : communauté (les administrateurs), contrôle (les gestionnaires), traitement (les médecins) et soins (les infirmières).

Le rôle du cadre intégrateur serait, comme nous l'avons dit plus tôt, d'une part, de gérer le déséquilibre organisationnel de ces quatre mondes qui rend toute coopération asymétrique et, d'autre part, de préciser et qualifier les composantes de cette coopération..

Mintzberg et Glouberman font référence aux cloisonnements qui inhibent la communication et la collaboration entre les membres de la bureaucratie professionnelle et ceux de la chaîne logistique. Ils notent également des cloisonnements entre les différentes catégories professionnelles (par exemple entre les logisticiens et les infirmiers) qui rendent difficile le transfert de connaissances et d'informations entre des professions qui collaborent étroitement pour satisfaire le patient.

3 Démarche de la recherche

Notre méthodologie de recherche s'apparente à une « *observation globale flottante* » (Massonat, 1987, p. 43) portant sur « *une pluralité d'événements et de personnes et sur une multitude de questions, dotée d'un caractère exploratoire et ouvert, portant attention à la fois à ce qui est attendu par l'observateur et à ce qui est imprévu, flexible pour repérer des indices oubliés ou jugés a priori moins pertinents* » (Claveranne et Pascal, 2004, p. 141).



3.1 Un essai d'observation empirique et méthodologique

L'objet et les objectifs de recherche nous ont conduit à utiliser le modèle empirico-inductif conformément à une démarche de type ethnographique concernant une étude d'un cas en profondeur.

Tout processus de recherche est déterminé par des présupposés épistémologiques que le chercheur doit s'efforcer de préciser. Il s'agit de s'interroger sur les connaissances que nous produirons et sur le chemin que nous emprunterons pour connaître.

L'utilisation de la démarche empirico-inductive soutient un positionnement interprétativiste, lequel postule que le processus de création de connaissance passe par la compréhension du sens que les acteurs donnent à la réalité.

La mise en œuvre de notre protocole de recherche s'est déroulée en trois phases que nous avons nommées :

1/ la phase « d'investissement » :

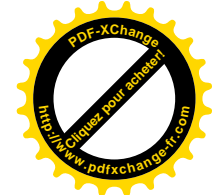
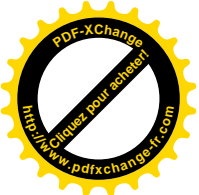
Elle a été portée par une « autorité locale » (le directeur de l'hôpital) afin d'obtenir l'autorisation de pénétrer et séjourner sur le territoire hospitalier. Cette phase nous a permis de négocier, d'une part le périmètre d'étude et d'action (les approvisionnements entre le service logistique et l'unité de soins) qui devrait correspondre à une réalité pertinente et significative de la logistique hospitalière et, d'autre part la composition de la population à interviewer qui devait prouver l'existence de dynamiques et capacités d'initiatives organisationnelles locales ;

2/ la phase d'élaboration :

Elle consiste à élaborer la stratégie et la méthodologie de recherche au vu d'un diagnostic de la situation « logistique » du centre hospitalier. Elle permet de définir les axes de recherche et de sélectionner les méthodologies et opérations de recueil de l'information ;

3/ La phase de réalisation :

Elle s'est échelonnée sur trois ans (de 2003 à 2006). L'organisation et les modalités de mise en œuvre de nos travaux ont conditionné de manière fondamentale la pérennité de la dynamique partenariale et la réussite de nos investigations et opérations de terrain. L'enjeu était donc d'organiser un processus de coproduction d'un projet et d'un programme d'actions qui mobilise l'ensemble des partenaires hospitaliers concernés sans les acteurs « utilisateurs » ou « bénéficiaires » que sont les patients.



3.2 Dispositifs et protocoles de la recherche

Le dispositif est celui de l'entretien, le protocole celui de la « visite » et les instruments sont l'étude documentaire, l'enquête directe sur le terrain et l'observation participante ainsi que les interviews et récits de vie sociale.

L'entretien a donc été retenu comme l'élément obligatoire de l'approche « ethnographique » de notre terrain de recherche : le Centre Hospitalier HSJ.

Il s'agit d'appliquer une technique conçue en ethnographie pour approcher des individus en contact entre eux et avec les autres, dans la diversité réelle de leurs liens effectifs, dans leur contexte socio-organisationnel.

Les objets étudiés, qu'il s'agisse des « enclaves » logistiques, des groupes socialement hétérogènes, des « mondes » différenciés et autres castes identifiées, sont définis comme des terrains, territoires à la fois socio-organisationnels et spatio-temporels.

Nous avons opté pour l'entretien structuré qui suppose, quant à lui, la formulation d'une consigne, la constitution d'un guide thématique formalisé et la planification de stratégies d'écoute et d'intervention.

Le guide d'entretien se distingue fonctionnellement du protocole du questionnaire dans la mesure où il structure l'interrogation mais ne dirige pas le discours.

Il s'agit d'un système organisé de thèmes, que nous devons connaître sans avoir à le consulter ni à le formuler sous la forme d'un questionnaire.

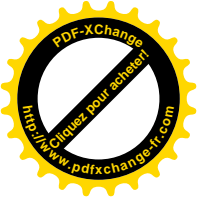
En effet, ce guide a pour but de nous aider à élaborer des relances pertinentes sur les différents énoncés de l'interviewé, au moment même où ils sont abordés. Cette technique permet donc, du moins en principe, à la fois d'obtenir un discours librement formé par l'interviewé, et un discours répondant aux questions de notre recherche.

Le guide étant construit, il convient de préparer les stratégies d'intervention qui concernent l'usage du guide, les types de discours attendus et les modes de relances.²

Toute cette préfiguration s'effectue à partir des entretiens exploratoires. La phase de préparation anticipe la réalisation des entretiens. Elle permet donc de prévoir et d'organiser les différentes étapes de leur déroulement.

Dans la phase exploratoire de notre recherche, il s'agit de repérer les retentissements de l'organisation hospitalière sur les plans organisationnels et fonctionnels des unités de soins, en mobilisant et explorant les trois axes « logistiques » suivants :

² On appelle relance toute intervention de l'interviewer qui est une paraphrase ou un commentaire de l'énoncé précédent de l'interviewé.



- la logistique et ses conséquences sur la réorganisation des modes d'approvisionnements des unités de soins, dans la perspective de mise en place d'un système « plein-vide » ;
- la logistique comme élément de différenciation et d'intégration des processus de soins, dans la perspective de développement de nouveaux mécanismes de coordination (cadre intégrateur et contact logistique) ;
- la logistique comme facteur de réaménagement des processus d'approvisionnement des unités de soins (traçabilité du patient et dispensation nominative).

Structurés par ces trois axes thématiques « logistiques », les entretiens exploratoires se sont déroulés selon une logique d'interrogation qui a permis de formuler des hypothèses pour chacun de ces axes et de concevoir un guide d'entretien apte à produire les données répondant à ces hypothèses.

La consigne initiale est la suivante : [comment diminuer les actes et interventions logistiques des personnels de soins ?].

L'enquêteur laisse l'enquêté s'exprimer librement, reprenant seulement les points qui semblent particulièrement importants pour comprendre les significations associées à la logistique de soins.

Ne s'agissant pas de questionnaires administrés à distance, mais d'entretiens semi-directifs, nous n'avons pas mis en place une série figée de « n » items, proposant des échelles de valeurs (type Lickert) ou des réponses « présence/absence » (Meyssonnier et Pourtier, 2006).

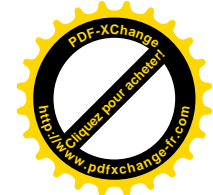
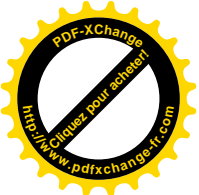
Aussi, la matière première de cette étude ne se prête-t-elle pas aux traitements statistiques mais est beaucoup plus riche, plus fouillée, vérifiée sur le terrain et recoupée avec divers documents disponibles (par exemple : les mémoires de stages et de projets tuteurés d'étudiants immergés dans le contexte pendant plusieurs mois). Une limite est que, dans ces conditions, l'étude laisse une part importante à l'interprétation du chercheur.

Pour atténuer ce biais, les entretiens ont été sous-tendus par une grille directrice dont la trame est présentée ci-après dans le tableau 1.

Tableau 1 : Le guide thématique des entretiens

Thèmes abordés	Items et détails demandés
Contexte de l'implantation logistique et pratiques d'approvisionnement	Nature de l'organisation logistique. Concept de logipôle. Tendances et orientations du secteur. Histoire de la logistique hospitalière. Pratiques antérieures d'approvisionnements. Positionnement « territorial » des logisticiens.
Modalités du changement organisationnel lié à la construction du nouvel hôpital	Benchmarking et réingénierie préalables ? Différenciation des pôles logistiques. Dépendances par rapport à des prestataires externes et/ou internes. Coûts logistiques induits. Rapport Centre (plateau technique) / Périphérie (unités de soins, unités logistiques, services administratifs). Procédures d'accréditation (référentiels GFL et GSI) ?
Contractualisations, contraintes et conventions entre le service logistique et les unités de soins	Identification des processus concernés par la problématique posée. Mise en place d'un système contractuel ? Systèmes de gestion informatisée de la demande ? Référence à un cahier des charges rédigé ? Warehouse Management System ?
La logistique et ses conséquences sur l'implantation des technologies d'approvisionnement des unités de soins	e-procurement ? ERP « hospitalier » ? Market-places ? Systèmes de traçabilité (lecteurs de codes barres, RFID, armoires intelligentes) ? Distribution nominative ?
La logistique comme facteur d'intégration et de différenciation des processus de soins	Relation entre logistique et stratégie ? Positionnement « territorial » de la logistique par rapport aux quatre C (Community, Control, Cure, Care) ? Intégration par les hommes (concept du cadre intégrateur) ?
La logistique comme facteur de réaménagement des processus d'approvisionnement des unités de soins	Typologie des modes d'approvisionnement (plein-vide, level, échange de chariots, etc.). Actes et interventions logistiques dans les unités de soins ? Degré de contact et de participation logistique ?

Adaptation de Meyssonier et Pourtier, CCA / tome 12 – vol. 1. Mai 2006. p. 52.



3.3 L'entretien : support d'une analyse thématique

Les différentes observations nous ont permis de recueillir un matériel très riche sur les pratiques, outils, méthodes et dispositifs de la logistique en environnement hospitalier de moyenne dimension. La restitution qui en est ressortie est forcément synthétique et donc réductrice et ne peut être qu'un condensé des éléments qui motive les enseignements de notre recherche.

Nous avons interrogé 51 personnes (infirmiers, médecins, logisticiens, préparateurs en pharmacie, aides-soignants, coursiers internes, agents d'entretien, etc.) dont 11 cadres de direction (le directeur de l'hôpital, le directeur administratif et financier, le directeur des services économiques, le directeur des soins infirmiers, le directeur des achats et de la logistique, le directeur de la pharmacie, le président de la commission médicale d'établissement, etc.) entre février 2005 et mars 2006.

Les entretiens que nous avons menés nous ont livré un matériau largement préfabriqué et co-construit par les interactions qui l'ont traversé. Nous avons procédé pour la suite à une analyse de contenu, lecture exogène informée par nos objectifs de recherche et notre formulation théorique.

Nous avons retenue deux types d'analyse de contenu :

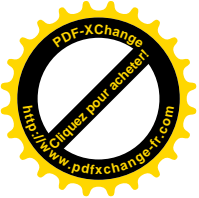
- entretien par entretien : l'unité de découpage est ici le fragment de discours portant une signification ;
- thématique : découpage transversal de tout le corpus, l'unité de découpage est le thème qui représente un fragment du discours ; chaque thème a été défini par une grille d'analyse élaborée empiriquement.

Les deux types d'analyse que nous avons mobilisés procèdent au découpage des énoncés de façon endogène, directement à partir de nos hypothèses de recherche.

L'analyse par entretien se justifie lorsque l'on étudie des processus, des modes d'organisation individuels (les territoires hospitaliers identifiés pouvant être considérés comme individuels) en tant qu'ils sont révélateurs :

- d'une « pathologie » spécifique (étude de cas du Centre Hospitalier HSJ)
- d'un mode de réalisation d'une tâche professionnelle (ergonomie cognitive : organisation des approvisionnements aux unités de soins)
- d'une théorie du mode de production de l'existence (les récits de vie des différents acteurs hospitaliers).

L'analyse par entretien a pour objectif de parcourir les thèmes pour en rebâtir l'architecture singulière. Il nous a donc semblé judicieux de mobiliser, à la suite de cette première lecture, une analyse thématique.



L'analyse thématique a pour objectif, à ce moment-là, de défaire en quelque sorte la singularité du discours et de découper transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème.

Nous parlerons donc, plus précisément, d'une analyse thématique verticale qui a consisté à passer en revue les thèmes abordés par chaque interviewé séparément pour en faire une synthèse (Ghiglione et Matalon, 1978).

4 Les résultats de la recherche

Pourquoi est-ce que les systèmes de soins sont si, notoirement, difficiles à gérer ?

Aucun pays ne semble être satisfait de la situation actuelle de ce système. L'explication objective la plus plausible, est que nous nous trouvons en face d'un des systèmes connus les plus complexes de notre société contemporaine.

4.1 L'hôpital : une organisation entre complexité et hybridation

Les hôpitaux, en particulier, sont généralement considérés comme étant des organisations extraordinairement compliquées.

Cependant, lorsque l'on étudie un élément de l'organisation séparément, leur complexité semble s'estomper. Même l'intervention médicale la plus délicate, au-delà du degré de difficulté d'exécution, peut être aisément comprise par une personne intelligente.

Alors, pourquoi est-ce que tout devient si compliqué quand ces éléments sont envisagés dans un contexte organisationnel, et ces organisations, à leur tour, abordées dans un contexte social ?

Selon Mintzberg et Glouberman, le Monde de la Santé a longtemps été différencié selon quatre mondes, quatre types d'activités, quatre manières d'organiser, quatre états d'esprits incompatibles. « Aussi longtemps qu'ils resteront déconnectés, à notre avis, rien de fondamental ne changera » (2001, p. 57).

Nous avons tenté d'identifier ces quatre mondes, discutant les caractéristiques de chacun, spécialement leurs différences, et considérant certaines de leurs relations dynamiques.

Nous avons étudié, en premier lieu, la fameuse institution de soins appelée l'hôpital. Le management, ici n'est pas identifié par un seul processus homogène mais par plusieurs, habituellement distincts les uns des autres.

Nous pouvons les identifier, les distinguer selon le lieu de leur pratique, en nous inspirant de différents travaux et en adaptant les configurations élaborées par Mintzberg.

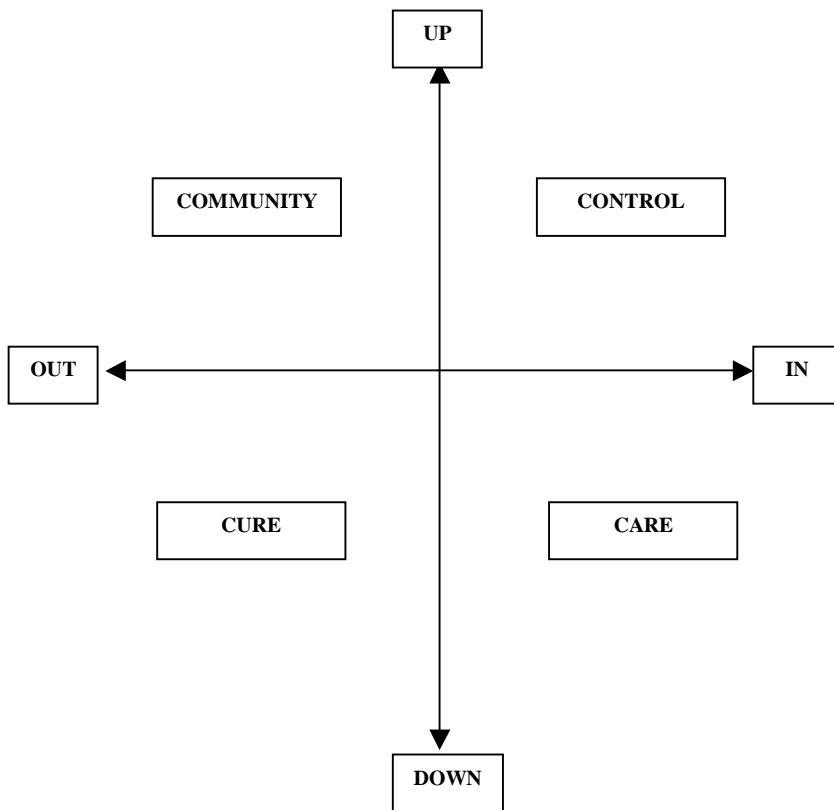
Certains acteurs opèrent un management par le bas (**down**) directement au niveau du centre opérationnel focalisé sur le traitement des patients.

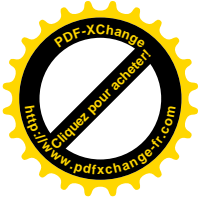
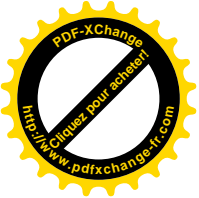
D'autres opèrent un management par le haut (**up**) à l'instar de ceux qui contrôlent et fondent l'institution (agences de l'Etat, compagnies d'assurance).

Cependant, un management peut être opéré vers l'intérieur (**In**) vers les unités et les personnels sous le contrôle de l'institution, alors qu'un autre peut être opéré vers l'extérieur (**out**) vers ceux qui entourent, environnent l'institution mais qui, techniquement sont indépendants des autorités formelles.

Rassemblons ces quatre types de management et nous obtenons enfin, les quatre cadrans des activités de l'hôpital, en référence aux quatre mondes évoqués précédemment.

Figure 1 : Les quatre mondes différenciés de l'organisation hospitalière





4.2 Les différentes typologies de management identifiées

Down-Out

A la base, côté gauche, nous identifions le monde des médecins (**Cure**). Leur management est de type **Down** pour les opérations concernant le centre opérationnel et de type **Out** puisque ce monde n'effectue pas de reporting vers la hiérarchie de l'hôpital.

In-Down

Jouant le rôle d'un processus support, placé à la base droite, nous trouvons le monde des soins (**Care**), représenté, essentiellement par les infirmières, qui fonctionnent selon leur propre autorité hiérarchique, et aussi par d'autres spécialistes qui fournissent des soins de base (ASH). Leur management est de type **In** puisque ce monde est connecté directement à l'administration hospitalière, et **Down** puisque l'objectif principal est la satisfaction des patients.

In-Up

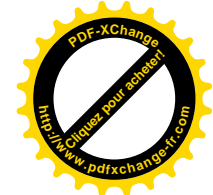
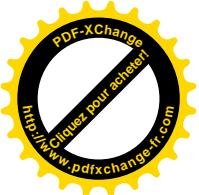
La partie haute à droite présente le monde du **Contrôle** celui d'une administration conventionnelle, plutôt de type **In** depuis que les managers sont responsables à part entière aux yeux de l'institution, mais également de type **Up** depuis qu'ils sont aussi directement impliqués au niveau opérationnel.

Up-Out

Finalement, en haut et à gauche voici le monde de la **Communauté** formellement représenté par les autorités hospitalières, et de manière informelle par toutes les institutions et autres organismes qui apportent leurs soutiens à l'hôpital. Ceux-ci ne sont, ni directement connectés aux opérations hospitalières, ni personnellement intégrés dans la hiérarchie, ils sont, en d'autres termes, à la fois de type **Up** et **Out**.

Cure, Care, Control et Community se déclinent selon leur position et leur orientation managériales:
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• les médecins se tournent « cliniquement » vers le bas (Down) mais agissent « administrativement » vers l'extérieur (Out) ;• les infirmiers regardent vers le bas (Down) mais se situent à l'intérieur (In) ;• les managers restent à l'intérieur (In) mais sont forcés de se tourner vers le haut (Up) ;• les autorités se trouvent à l'extérieur (In) et s'orientent vers le haut (Up). |
|---|



L'hôpital, finalement, n'est pas une seule organisation mais quatre, chaque partie se structurant elle-même de manière indépendante.

Le système tend, lui-même, à se segmenter selon deux lignes :

- Un clivage horizontal sépare ceux qui opèrent « cliniquement », « au bas » du système, de ceux qui n'opèrent pas mais qui cependant travaillent au dessus de cette ligne, créant aussi le « grand fossé » du système de santé. Au dessous, se trouvent ceux qui répondent aux exigences professionnelles et aux impératifs technologiques, alors qu'au-dessus nous avons ceux qui répondent aux besoins d'un contrôle fiscal.
- Un clivage vertical sépare ceux qui sont intimement connectés à l'institution, telles que les infirmières et les managers, de ceux qui sont impliqués mais pas formellement engagés ni compromis tels que les médecins et les autorités étatiques.

Selon notre point de vue, c'est l'association de différentes divisions en termes d'organisation, d'attitude, d'état d'esprit, qui rend le système difficilement gérable. Ci-après nous décrivons cette organisation disparate (hybride ?) des quatre mondes, qui se manifestent spécialement et de manière significative à l'intérieur de l'hôpital.

4.3 L'hôpital entre clivage culturel et hybridation structurelle

CURE : A l'image de ses propres médecins, l'hôpital peut être présenté comme « Down-Out », administrant ses soins directement mais au détriment d'un contrôle social problématique. Du reste, à l'instar de la communauté médicale, l'hôpital est devenu de plus en plus spécialisé, enclin à délaissé le plus simple et même les formes d'intervention les plus intégratives au profit de la communauté des soins.

Il n'est pas question d'un manque d'implication des médecins mais d'une certaine difficulté à enraciner cette implication dans un engagement formel.

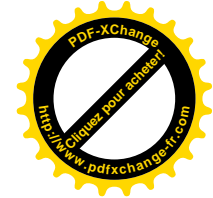
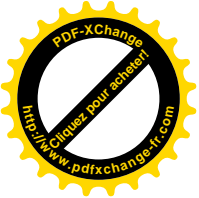
Le terme « **Intervention** », employé pour désigner une opération chirurgicale, semble plus approprié pour les médecins, leur implication étant inévitablement intermittente contrairement au « staff » infirmier ;

Finalement, ils s'écartent pour laisser la majeure partie des soins entre les mains des infirmières.

CARE : Ce sont, spécifiquement, les unités de soins infirmiers qui sont « In-Down », fortement engagées vis-à-vis de l'institution et profondément connectées vis-à-vis du centre opérationnel.

Et, en contraste avec les interventions des médecins, les infirmières fournissent des soins selon un processus relativement continu, et en quête de **coordination**.

De toute manière, les allées et venues autour du patient devraient être coordonnées (résidents, internes, médecins spécialisés, physiologistes, psychologues, infirmières spécialisées, etc.). Une des problématiques de l'hôpital est que la plupart du temps personne n'est en charge de cette coordination.



Les infirmières sont, semble t-il, les plus mieux placées pour exercer cette coordination. Elles se trouvent, souvent « coincées » entre les médecins, qui revendiquent la responsabilité du patient en dépit de leur absence, et les managers, qui revendiquent la responsabilité du contrôle en dépit de leur éloignement.

CONTROL : Les managers exercent une autorité formelle sur les autres membres de la communauté hospitalière, spécialement sur ceux qui ont le moins de capacité à revendiquer un statut professionnel.

Finalement, le manager contrôle de manière directe une espèce de « patchwork organisationnel » piqué ça et là d'enclaves plus ou moins autonomes qui rendent problématique le management de l'hôpital.

Nous pourrions noter, cependant, qu'il ne s'agit pas simplement d'un problème de pouvoirs.

Les « managers » sont souvent en incapacité de traverser ce que nous avons appelé le « grand fossé », là où la structure est déterminée par des standards professionnels et des impératifs technologiques et non par un diktat administratif.

Et si les managers ne contrôlent pas les opérations cliniques peuvent-ils véritablement dire qu'ils gèrent l'hôpital ?

Peut-être qu'une réponse objective se trouve dans les résultats de toutes ces réorganisations et autres restructurations auxquelles l'hôpital s'est prêté régulièrement depuis plusieurs années.

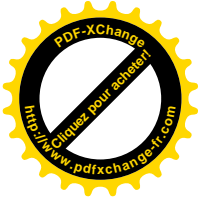
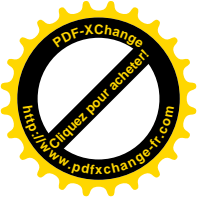
Il semblerait que le contrôle des hôpitaux soit notoirement difficile à effectuer et que, malgré une perpétuelle mise en réorganisation, ceux-ci s'empêchent dans leurs propres dysfonctionnements.

COMMUNITY : Nous pouvons noter que les termes « Care », « Cure » et « Control » sont utilisés à la fois comme des verbes et des substantifs, alors que le terme « Community » est utilisé seulement comme substantif.

Les acteurs qui représentent la Communauté institutionnelle, en raison de leur éloignement par rapport aux mondes des soins et des traitements médicaux, dirigent, habituellement, leur attention vers le contrôle en mettant une certaine pression sur les managers.

L'Angleterre organise son propre jeu des « acheteurs » et des « fournisseurs » provoquant des changements radicaux au sein de son programme national de la santé, sans penser aux conséquences, alors qu'au même moment la plupart des provinces canadiennes, ainsi que la France, mettent en place leur propre système, prenant une direction radicalement opposée, introduisant de réelles structures régionales que l'Angleterre avait éliminées, essayant de se désengager des institutions que l'Angleterre avait cherché à développer.

Ne serait-ce pas le fait que différents pays cherchent à résoudre le même problème en prenant des directions diamétralement opposées qui déclencherait en nous un certain questionnement ?

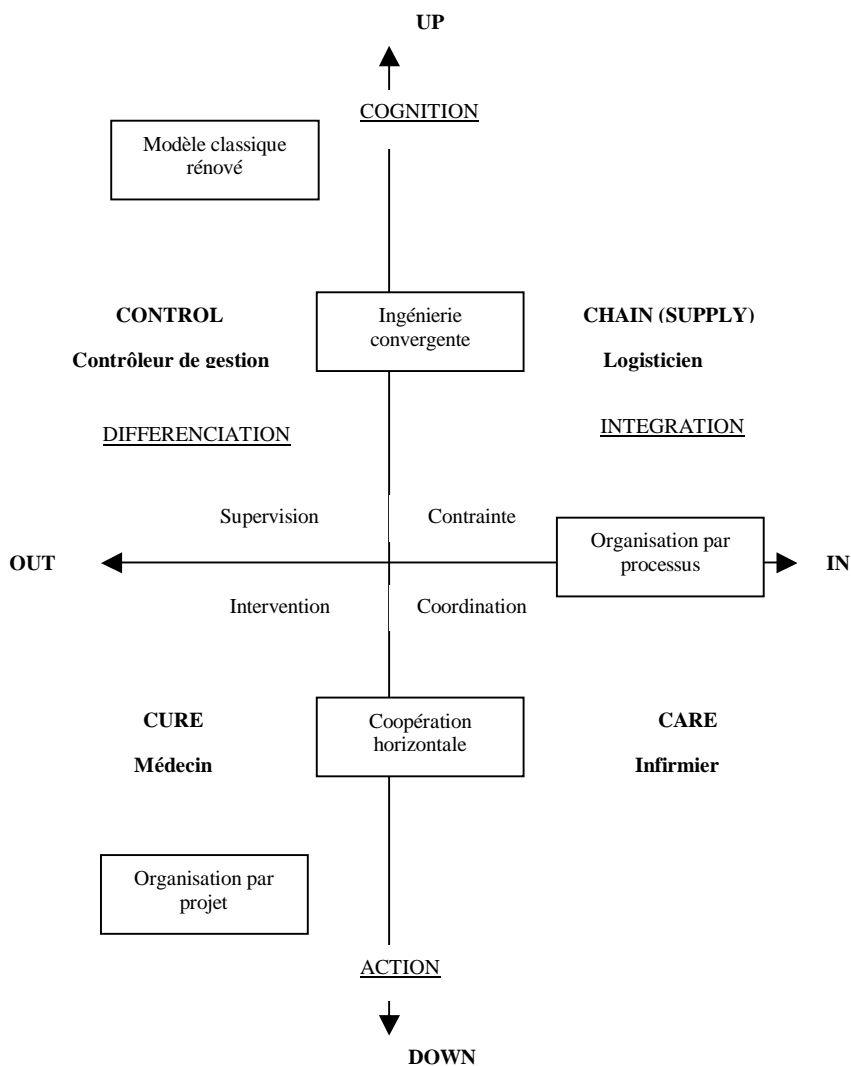


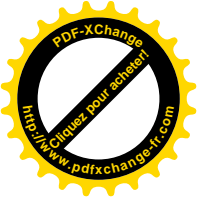
5 Discussion

Nous sommes, donc, en présence d'un système caractérisé par une extraordinaire et croissante différenciation autant que par un manque d'intégration.

Nous proposons une cartographie de l'organisation hospitalière (Figure 3) adaptée de : Jacot et Micaelli, 1996, Zarifian, 1996, Glouberman et Mintzberg, 2001.

Figure 2 : Une nouvelle cartographie de l'organisation hospitalière





Les quatre mondes (Community, Control, Care, Cure) identifiés, au sein du système hospitalier, par Glouberman et Mintzberg (2001) semblent, de fait, dans un élan mutuel intégrateur, envisager la mise en place d'un intégrateur transversal comme une amélioration de leur organisation et non comme un simple ajout administratif à la hiérarchie déjà en place.

« Nous avons besoin de réunir les deux mondes « Care » et « Cure » de manière effective pour coordonner les services aux patients à l'intérieur de l'hôpital et les services aux personnels à l'intérieur de la « Community » ; et nous avons besoin de briser les barrières entre « Care », « Cure », « Control » et « Community » afin que les institutions puissent fonctionner de façon plus collaborative et que les ressources du système global soient allouées de manière plus efficace » (Glouberman et Mintzberg, 2001, p. 69).

Toutes sortes d'efforts ont été produits pour atteindre cette intégration, et quelques uns semblent avoir sérieusement intéressé les opérations cliniques. Beaucoup d'autres ont concerné les réorganisations administratives. D'autres changements opérationnels sont intervenus mais souvent dans un secteur ou un autre sans influencer les interrelations.

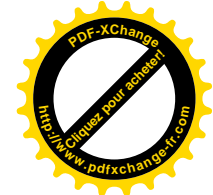
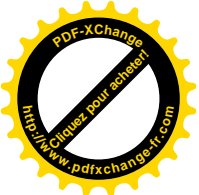
Notre recherche sur le terrain du centre hospitalier HSJ nous a permis d'identifier certaines forces qui sembleraient dynamiser ces quatre mondes mais tendraient également à les fragmenter et à amplifier leurs différences.

L'une de ces forces serait l'engagement, l'intention, la volonté d'atteindre un but. Mais une reconnaissance mutuelle insuffisante des différentes tendances altruistes serait à l'origine d'attitudes défensives liées à des intérêts individuels.

Une seconde force serait le désir, partagé par les quatre mondes, de progresser en terme de connaissance. La recherche et le développement logistiques seraient considérés comme des activités majeures, aussi bien par les infirmières (care) que par les médecins (cure), alors que les autorités hospitalières (community) apporteraient un soutien financier significatif à ce type d'activités (plan hôpital 2007) et les managers (control) un soutien administratif.

Mais il semblerait que cette marche en avant vers la connaissance serait l'une des premières causes du haut niveau de différenciation, à la fois en inter et intra, des deux mondes cliniques que sont « cure » et « care ».

Une troisième force serait l'urgence. Les diverses crises organisationnelles vécues par l'hôpital devraient réunir ces quatre mondes, de manière plus objective, sur le territoire des urgences médicales, là où les équipes agissent de concert pour sauver des vies. Mais ces comportements ne nous servent-ils pas, surtout, à nous éclairer sur une certaine réalité : le manque de coopération entre ces mondes ? (Zarifian, 1996)



« *Les forces naturelles de la coopération doivent être exploitées afin d'atteindre un certain niveau d'intégration proportionné au niveau de différenciation* » (Mintzberg et Glouberman, 2001, p. 71).

Conclusion

Le cas du Centre Hospitalier HSJ est à analyser en termes de désharmonie structurelle.

Toutes les organisations ne choisissent pas la cohérence dans la conception de leur structure.

Certains des hybrides rencontrés paraissent être dysfonctionnels, et signalent des organisations qui n'arrivent pas à se décider ou qui, cherchant à combiner les meilleurs éléments de plusieurs configurations, finissent en fait par en accumuler les inconvénients. Dans certains cas, cependant, les organisations n'ont pas le choix : des facteurs de contingence contradictoires sur lesquels elles n'ont aucun contrôle les forcent à adopter une structure hybride dysfonctionnelle.

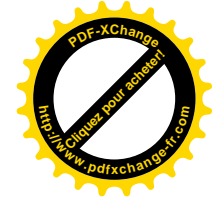
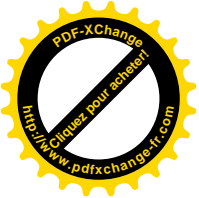
Certaines de ces organisations (par exemple l'hôpital) paraissent exiger une structure de Bureaucratie Professionnelle mais sont conduites, au détriment de leur performance, à adopter certaines caractéristiques de la Bureaucratie Mécaniste sous l'impulsion d'un contrôle externe concentré (Autorité de la Santé), et d'autres spécificités (importance des fonctions logistiques) de la structure « adhocratique ».

Mais d'autres hybrides paraissent être parfaitement logiques, et indiquer le besoin de répondre en même temps à plus d'une force légitime.

Ce pourrait être le cas du Centre Hospitalier HSJ, une bureaucratie professionnelle simple qui recrute des médecins et des infirmiers hautement formés et s'appuie pour une large part sur leurs qualifications standardisées pour produire une certaine qualité de soins, mais qui a aussi besoin d'un pilote des processus pour assurer une coordination étroite des activités opérationnelles.

C'est également le cas de l'Adhocratie entrepreneuriale, où le cadre intégrateur, qui est lui-même un expert, est capable de maintenir une sorte de contrôle central malgré l'utilisation de groupes de projets multidisciplinaires ou de communautés cloisonnées (médecins, infirmiers, logisticiens).

Les hybrides sont tous des intermédiaires entre deux, trois configurations, ou plus. C'est le cas du Centre Hospitalier HSJ géré par une autorité publique de tutelle, contrôlé par son directeur général, mais comportant aussi une prolifération de règles et dépendant de qualifications de son personnel médical, soignant et logistique. Nous avons ici une structure hybride entre les cinq configurations de Mintzberg.



Nous avons discuté des hybrides en les considérant seulement comme des structures dont chaque caractéristique est intermédiaire entre les caractéristiques correspondantes de plusieurs configurations.

Mais il existe aussi une autre sorte d'hybride qui utilise différentes configurations dans différentes parties de l'organisation. De cette façon il peut y avoir cohérence dans la structure de chaque partie, si ce n'est dans l'organisation prise dans son ensemble.

A l'intérieur des organisations il existe toujours des forces qui attirent différentes parties vers différentes structures.

Chacune de ces parties cherche à atteindre la structure qui est la plus appropriée à ses propres besoins, tout en étant soumise aux pressions qui vont dans le sens de la structure la plus appropriée pour l'organisation dans son ensemble.

Le moteur de la création et du maintien en vie des formes inter organisationnelles serait à chercher dans les relations humaines qui préexistent entre les organisations et entre les acteurs qui les composent.

Granovetter désigne par le terme « encastrément » (*embeddedness*) cette force adhérente qui dérive de l'ensemble des relations.

Ainsi la coopération répétée entre les acteurs hospitaliers entraîne le développement de relations satisfaisantes d'un point de vue humain plutôt que de relations optimales d'un point de vue économique.

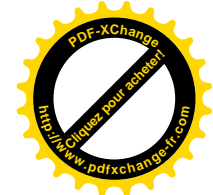
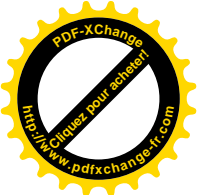
Le contact logistique vertical : une relation de service évoluée

Le contact logistique vertical peut être considéré comme une relation qui repose sur la confiance et l'engagement mutuel des acteurs (Lambert, 1996).

Malgré cet accent marqué sur la confiance et sur une certaine spontanéité dans l'attitude coopérative, nous retrouvons, dans la relation soignant-logisticien, comme dans d'autres types d'hybrides, la question de l'asymétrie de l'information et de la divergence entre centre opérationnel et périphérie. « *L'interprétation la plus classique de cette divergence centre périphérie est celle que l'on peut construire à partir des réflexions des théoriciens de l'agence (Jensen, 1998) relatives à la coordination de l'action collective en présence d'asymétrie informationnelle* » (Véran, 2006, p. 70).

Le contact logistique vertical sera géré par le cadre intégrateur et défini comme un processus continu d'engagement dans des activités et des programmes de coopération et de collaboration avec les acteurs de soins.

Il s'articule, donc, en une démarche transversale aux différentes fonctions logistiques et aux processus de soins, ayant le patient comme centre d'intérêt principal.



Le décalage entre le monde des logisticiens et le monde des processus de soins est « *une des expressions de l'opacité qui permet les conflits d'agence (Eisenhardt, 1989), les jeux d'économie d'efforts (Leibenstein, 1987) et l'exploitation asymétrique (Crozier, Friedberg, 1977) de certaines informations* » (Véran, 2006, p. 67).

La relation logisticien-soignant est un générique qui désigne les relations d'un groupe de logisticiens avec un groupe de soignants (infirmiers, aides-soignants). Nous touchons là une tension professionnelle forte entre un choix originel d'idéal mythique personnalisé et une réalité soignante organisationnelle et groupale (Amourous, 1999).

Cette tension est amplifiée par trois points critiques :

- l'idéal mythique est contrarié très fortement par la difficulté, aujourd'hui, à parler de valeurs communes ;
- l'hôpital comme son environnement, est dans une phase de culture économique et financière ;
- les soignants pâtissent de leur peu d'appétence au pouvoir que saisissent l'administratif (Control) et le médical (Cure).

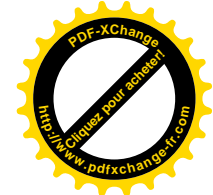
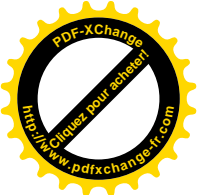
L'espace de contact placé entre le logisticien et le soignant peut difficilement être régi par une quelconque hiérarchie. Cet espace devient un territoire intégrateur de mises en contact multiples sur lequel les unités de soins et les unités logistiques sont appelées à fournir concomitamment leur contribution à la réalisation d'objectifs stratégiques de l'organisation hospitalière.

La démarche heuristique, montrant que le contact logistique est à l'origine d'un processus de construction d'objectifs opérationnels, est mise en avant, couplée au processus d'apprentissage organisationnel.

Le point commun entre tous ces discours tient à notre volonté de privilégier la latéralité, la transversalité au sein de l'organisation hospitalière. Ainsi, l'interaction par le contact logistique et l'appropriation des processus par le cadre intégrateur pourront être appréhendés comme l'intégration de la flexibilité et de la stabilité.

Définition délicate, donc, que celle du contact logistique, situé à la fois dans une logique discursive (la conversation logistique) et dans une logique de l'action, avec les inévitables contradictions qui en découlent.

C'est peut-être dans cet espace organisationnel que se joue la légitimité du cadre intégrateur et la pérennisation du projet collectif de soins.



Bibliographie

ALLARD-POESI F & MARECHAL C, (1999), « Construction de l'objet de la recherche », in *Méthodes de recherche en management*, coordonné par R.A. Thiétard, Dunod, Gestion Sup, pp. 34-56.

ALTER N, (1999), *La gestion du désordre en entreprise*, L'Harmattan.

AMOUROUS C, (1999), « Formation et soignants : comment faire sortir les soignants de l'hôpital ? », in Claveranne et Lardy, *La santé demain – vers un système de soins sans murs*, Economica, pp. 235-239.

ARGYRIS C, SCHÖN D, (1978), *Organizational Learning: a theory of action perspective*, Addison-Wesley Publishing Company.

AURIFEILLE J.M., COLIN J., FABBE-COSTES N., JAFFEUX C., PACHE G., (1997), *Management logistique : une approche transversale*, Litec.

AVENIER M-J, (1996), «L'action stratégique en milieu complexe: repères», *Les cahiers du Management*, N° 4/5, pp. 169-187.

BACHELARD G, (1970), *La formation de l'esprit scientifique*, Vrin.

BAGLIN G, BRUEL O, et al. (2001), *Management industriel et logistique*, Economica.

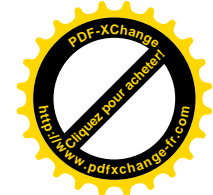
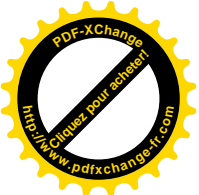
BARTOLI & LE MOIGNE dir. (1996), *Organisation Intelligente et Système d'information Stratégique*, sous la direction de Jacques André BARTOLI et Jean-Louis LE MOIGNE, Paris, Economica.

BARRAUX J., (1997), (dir.), *Entreprise et performance globale : outils, évaluation, pilotage*, Economica.

BECHTEL C., JAYARAM J., (1997) «Supply chain management: a strategic perspective», *International Journal of Logistics Management*, Vol. 8, n°1, pp. 15-35.

BINST M, (1990), *Du Mandarin au manager hospitalier*, L'Harmattan.

BLANCHET A et al, (1985), *L'entretien dans les sciences sociales*, Dunod.



BLANCHET A., GHIGLIONE R., MASSONAT J., TROGNON A., (1987) *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, Dunod ;

BLANCHET A, (1991), *Dire et faire dire: l'entretien*, Armand Colin.

BLAU P.M., (1971), *The Structure of Organizations*, New York, Basic Book.

BLOUIN, J.P. BEAULIEU, M., LANDRY, S., (2001), « Systèmes de réapprovisionnements des unités de soin : description et implication organisationnelles », *Logistique & Management*, Vol. 9 N°2.

BOLTANSKI L, (1982), *Les cadres – la formation d'un groupe social*, Editions de Minuit.

BONGIOVANNI, I., (1999), «L'émergence du concept de réseau comme choix stratégique pour l'hôpital public français : proposition de caractérisations à partir du discours des acteurs », *Mémoire de DEA*, Septembre.

BOUCHARDY I., DARREON J-L. (2004), « Management par la qualité et PGI : contrastes révélateurs de deux processus de développement organisationnel », *LERASS*.

BOUQUIN H., (1994), *Les fondements du contrôle de gestion*, P.U.F.

BOUQUIN H., (1997), *La comptabilité de gestion*, P.U.F.

BOUQUIN H., (2001), *Le contrôle de gestion*, 5e édition, Gestion P.U.F.

BOURDIEU P, (1980), *Le sens pratique*, Editions de Minuit.

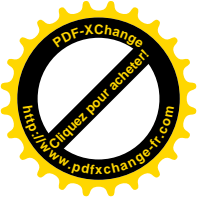
BOURGEON, B., CONSTANTIN, A., KAROLSZYK, G., MARQUOT, JF., PEDRINI, S., (2001), « Evaluation des coûts logistiques hospitaliers en France et aux Pays Bas », *Logistique & Management*, Vol.9 N°1.

BOUTINET J-P, (1996), *Anthropologie du projet*, PUF.

BOWERSOX D.J. & CLOSS D.J, (1996), *Logistical Management: the integrated supply chain process*, Mac Graw Hill International Editions.

BURLAUD A et SIMON C.J., (1997), *Contrôle de gestion*, La Découverte.

BURLAUD A. et SIMON C.J., (2000), *Comptabilité de gestion*, Vuibert.



CABY J., HIRIGOYEN G., (1997), *La création de valeur de l'entreprise*, Economica, Collection Connaissance de la gestion.

CAILLET, R., (1995), « Logistique et management hospitalier : l'expérience du CHRU de Lille », *Logistique & Management*, Vol.3 N°1.

CARBONNE V, (2004), « Le rôle des prestataires logistiques en Europe, Intégration des chaînes et alliances logistiques », Thèse de doctorat de l'Ecole Nationale des Ponts et Chaussées, discipline Transport, ENPT.

CASTELLS M., (1998), *L'ère de l'information, tome I, La société en réseaux*, Fayard.

CASTELLS M., (1999), *L'ère de l'information, tome II, Le pouvoir de l'identité*, Fayard.

CASTELLS M., (1999), *L'ère de l'information, tome III, Fin du millénaire*, Fayard.

CHABIN Y, (2001), La cohérence entre représentations de la performance et contrôle : le cas des entreprises intégrées de la grande distribution alimentaire, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Montpellier II.

CHALMERS A., (1987), *Qu'est-ce que la science ?*, La Découverte.

CHARREAUX G, (1990), « Un prolongement de la théorie de l'agence : la théorie des transactions informelles », *Problèmes économiques*, N° 2.223, p. 15-24.

CHASE R.B., (1979), « *Entreprises de services : connectées ou déconnectées ?* » *Harvard - L'expansion*, n°13.

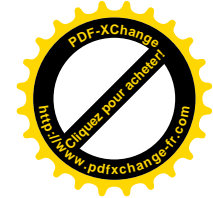
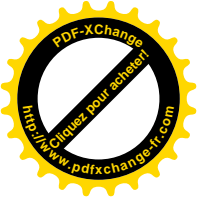
CHRISTOPHER M., (1999), « Les enjeux d'une supply chain globale », *Logistique & Management*, Vol. 7, n° 1, pp. 3-6.

CLAVERANNE J.P., PASCAL C. (2004), *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Medica Editions.

COCA, E., (1996), *L'ISA et le PMSI : Comment mieux gérer les établissements hospitaliers*, Berger-Levrault.

COCA E, (1998), *Hôpital silence !, Les inégalités entre hôpitaux*, Berger-Levrault.

COHENDET P., JACOT J.H., LORINO P. (1996), *Cohérence, pertinence et évaluation*, Economica.



COLIN, J., (2002), *Polycopié de Stratégie Logistique*, CRET-LOG, Université Aix-Marseille.

CORIAT B, WEINSTEIN O, (1995), *Les nouvelles théories de l'entreprise*, Le livre de poche.

COURPASSON D, (1999), *L'action contrainte. Organisations libérales et domination*, PUF.

CREMADEZ M, (1992), *Le management stratégique hospitalier*, InterEditions.

CREMADEZ M, (2004), *Organisation et stratégie*, Dunod.

CROZIER M, (1963), *Le phénomène bureaucratique*, Seuil.

CROZIER M, FRIEDBERG E, (1977), *L'acteur et le système*, Le Seuil.

CYERT R.M. & MARCH J.G., (1963), *A Behavioural Theory of the Firm*, Englewood Cliffs, New York, Prentice Hall.

DECLERCK R et al. (1983), «Méthode de direction générale: le management stratégique», *Hommes et Techniques*.

DEMESESTERE R, LORINO P, et al. , (1997), *Contrôle de gestion et pilotage*, Nathan,

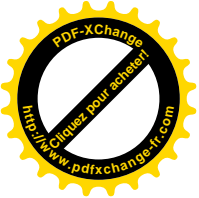
DONALDSON, GORDON, LORSCH, JW, (1983), *Decision Making at the Top: The Shaping of Strategic Direction*. New York: Basic Books Publishing Company.

DRUART, S., (2002) « Une démarche orientée patients », *Stratégie Logistique*, N° 50, Octobre.

DUCASSE, D, (1995), « Comment une démarche logistique permet-elle d'atteindre les nouveaux objectifs économiques des centres hospitaliers? », *Logistique & Management*, Vol.3, N°1.

DUPUY Y. (1999), (coordonné par), *Faire de la recherche en contrôle de gestion ?*, FNEGE, Vuibert.

FABBE-COSTES N, (2002), *Evaluer la création de valeur du Supply Chain Management*, *Logistique & Management*, Vol. 10, pp. 29-36.



FAURE O. (1998), « La médicalisation vue par les historiens », in, Aiach P. & Delanoë D., sous dir. *L'ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, p. 53-68.

FISHBARNE S., Johnson D. (1998), « The process owner in quality improvement », *Dyalisis & Transplantation*, Volume 27, N° 9, Septembre.

FOUCAULT M. (1961), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon.

FOUCAULT M. (1975), *Surveiller et Punir : naissance de la prison*, Gallimard.

FOUREZ G, (1992), *La construction des sciences*, De Boeck Université.

FREMONTIER J, (1980), *La vie en bleu. Voyage en culture ouvrière*, Fayard.

GADREAU M., JAFFRE D., LANCIAU D. (1999), « La recombinaison en réseaux du système hospitalier. Entre contraintes, contrats et conventions », *Finance Contrôle Stratégie*, Volume 2, n° 4, décembre, p. 53-75.

GADREY J, (1996), *L'économie des services*, Editions La Découverte.

GARDIEN M. (1984), « L'histoire de la santé publique : quelques directions de recherche », *Bulletin du Centre d'histoire économique et sociale de la région lyonnaise*, n° 1-2, p. 7-22.

GERVAIS M., (1997), (coordonné par), *Recherche en contrôle de gestion*, Economica

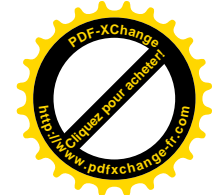
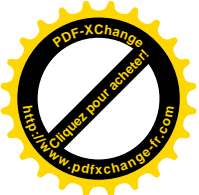
GHIGLIONE R & MATALON B, (1978), *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique*, Dunod.

GIARD V. (1998), « Gestion et management de projet » *Cahiers français*, n° 287, juillet - septembre, pp. 30-37.

GIDDENS A. (1987), *La constitution de la société*, PUF.

GIRIN J, (1990), « L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthode », *Epistémologie et sciences de gestion*, ouvrage collectif coordonné par J.C. Martinet, Economica, pp. 141-182.

GIROD-SEVILLE M & PERRET V, (1999), « Fondements épistémologiques de la recherche », in *Méthodes de recherche en management*, coordonné par R.A. Thiétard, Dunod, Gestion Sup, pp. 13-33.



GLOUBERMAN S., MINTZBERG H. (2001), « Managing the care of health and the cure of disease », *Health care manage review*, Aspen Publishers.

GLOUBERMAN S. et MINTZBERG H., (2002), Gérer les soins de santé et les traitements de la maladie, *Gestion*, volume 27, n°3.

GOFFMAN E, (1968), *Asiles*, Les Editions de Minuit.

GOFFMAN E, (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, Editions de Minuit.

GRANDORI A, & SODA G, (1995), Inter-firm Networks: Antecedents, Mechanism and Forms, *Organization Studies*, Vol. 16, pp. 183_214.

GRANOVETTER M, (1985), Economic Action and Social Structure: The problem of Embeddedness, *American Journal of Sociology*, Vol. 91, pp. 481-510.

GRAWITZ M, (1993), *Méthodes des sciences sociales*, Dalloz.

GUERIN F & LAMBERT R, (2000), « Logistique sur mesure et économie des coûts de transaction », Actes des Troisièmes Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique, Trois-Rivières, Canada, Mai.

GUIBERT N. (1996), *La relation client – fournisseur et les nouvelles technologies de l'information : le rôle des concepts de confiance et d'engagement*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Montpellier II.

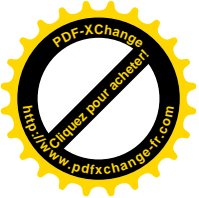
GUIBERT N, DUPUY Y, (1997), « La complémentarité entre contrôle « formel » et contrôle « informel » : le cas de la relation client-fournisseur », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Vol. 1, Tome 3, Mars, pp. 39-52.

HABERMAS J, (1973), *La technique et la science comme idéologie*, Gallimard.

HALGAND N., (1993), *Pour une ingénierie contingente du contrôle – L'exemple de l'hôpital français*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Montpellier II.

HALGAND N, (1995), « Problèmes de pertinence de coûts pour le contrôle : le cas hospitalier », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Vol. 2, Tome 1, Septembre, pp. 34-51.

HALGAND N, (1997), « Comptabilité et pertinence : une proposition constructiviste pour le nouveau management hospitalier », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Vol. 2, Tome 3, Septembre, pp. 77-92.



HALGAND N, (1999), « Contrôle de gestion et réforme hospitalière : éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable », *IAE – Cahier de recherche interne*, Septembre, pp. 122-148.

HALGAND N, (2004), « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement organisationnel », *Revue Française de Gestion*, N° spécial.

HAMEL G & PRAHALAD C, (1985), Do you really have a global strategy? *Harvard Business Review*, Vol. 68, N° 4, pp. 139-148.

HAMMER M. (1996), *Beyond reengineering*, Harper Collins Publishers, New York

HAMMER and CHAMPY. (1993), *Reengineering the corporation - a manifesto for business revolution*, Harper Collins Publishers, New York

HENDERSON S & VENKATRAMAN N, (1999), «Entreprise virtuelle cherche architecte», *Expansion Management Review*, Mars, pp. 6-17.

HOLM LARSEN M., KLISCHEWSKI R. (2004), *Process ownership challenges in IT*, Enabled Transformation of Interorganizational Business Processes, Proceedings of the 37th Hawaii International Conference on system sciences, Big Island, Hawaii.

JOFFRE P, et KOENIG G, (1992), *Gestion stratégique*, Litec.

JUCQUOIS G, (1989), *La méthode comparative dans les sciences de l'homme*, Louvain, Peeters.

KAPLAN R.S., NORTON D.P. (1996), *The balanced scorecard*, Harvard Business School Press.

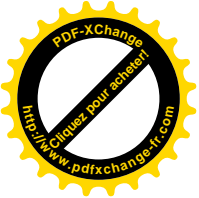
KAPLAN R., NORTON D., (2001), *Comment utiliser le tableau de bord prospectif ?*, Editions d'Organisation.

KIRAT T. (1999). *L'économie du droit*, Repères, La Découverte, p. 63 – 66.

KOENIG G. (1993) « Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n° 9, Automne, pp. 4-17.

KOENIG G., (1996), *Management stratégique: Paradoxes. Interactions. Apprentissages*, Nathan, Paris.

KUTY O, (1994), *Innover à l'hôpital*, L'Harmattan.



LAMBERT D. (1996), «Developing and implementing Supply Chain partnership», *International Journal of Logistics Management*, Vol. 7.

LAMBERT D., COOPER M., PAGH J., (1998), «Supply Chain Management: implementation issues and research opportunities», *International Journal of Logistics Management*, Vol. 9, n° 1, pp. 1-13.

LANDRY, S. ET BEAULIEU, M., (2001), « Logistique hospitalière : un remède aux maux du secteur de la santé ? » *Cahier de recherche du groupe Chaîne sur l'intégration et l'environnement de la chaîne d'approvisionnement*, Ecole des HEC Montréal, N° 01-01, Janvier.

LANDRY, S. ET BEAULIEU, M., (2002), « Comment gérer la logistique hospitalière ?, Deux pays – Deux réalités », *Cahier de recherche du groupe Chaîne sur l'intégration et l'environnement de la chaîne d'approvisionnement*, Ecole des HEC Montréal, N° 02-02, Février.

LANDRY S., BEAULIEU M., (2002), « Logistique hospitalière: un remède aux maux du secteur de la santé? », *Gestion*, volume 26, n°4

LAURENTIE J., BERTHELEMY F., GREGOIRE L., TERRIER C., (2000), *Processus et méthodes logistiques*. Supply Chain Management, AFNOR.

LAWRENCE P.R. & LORSCH J.W. (1973), *Adapter les structures de l'entreprise*, Editions d'Organisation.

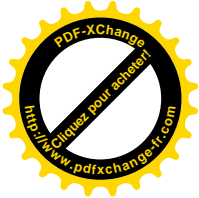
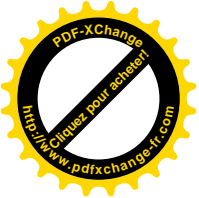
LE MOIGNE J.-L., (1990), « Epistémologies constructivistes et sciences de l'organisation », in Martinet A.-C., *Epistémologies et sciences de gestion*, Economica, Paris, 1990.

LERCH C. (1998), *Une nouvelle représentation du contrôle organisationnel - le pilotage des processus*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Louis Pasteur, Strasbourg.

LEVITT B & MARCH J.G, (1988), « Organization learning », *Annual Review of Sociology*, N° 14.

LIVOLSI L, (2002), « Dualité et logique d'acteur dans la structuration des fonctions émergentes », *XVI^{èmes} journées des IAE*.

LORINO P., (1991), *Le contrôle de gestion stratégique*, Dunod Entreprise.



LORINO P., (2001), *Méthodes et pratiques de la performance*, Editions d'organisation.

LORINO P. (2003), *Méthodes et pratiques de la performance : le pilotage par les processus et les compétences*, Editions d'Organisation, 3^{ème} éd.

LORINO P, TARONDEAU J-C, (1998), « De la stratégie aux processus stratégiques », *Revue Française de Gestion*, Janvier-Février, pp. 5-17.

MACKAAY E. (1986) in, Chamoux J.P., sous dir. *L'appropriation de l'information*, LITEC.

MACKAAY E. (1999) « On property rights and their modification », in, Fase M.G. M, Kanning. W, Walker A. D, sous dir. *Economics, Welfare policy and the history of economic thought*, Essays in honour of Arnold Heertje, Cheltenham, UK, Edward Elgar Publishing, p. 245 – 264.

MAEDER A. (2003), *Modèles et processus de gestion du changement organisationnel : l'intérêt des dispositifs d'interprétation et de médiation*, Thèse en gestion, Université Lille 1.

MAHIAS et coll., (2001), *L'hôpital: potentiel de changement à partir des pratiques d'hébergement*, Mémoire de l'IFROSS, Université de Lyon III.

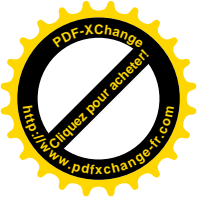
MALLERET V. (1998), « L'évaluation des performances des services fonctionnels : une étude empirique », *Finance-Contrôle-Stratégie*, Volume 1, n° 1, mars, pp. 145-168.

MALO J.L., J.C. MATHE, (1998), *L'essentiel du contrôle de gestion*, Editions d'organisation.

MARC E & PICARD D, (1984), *L'école de Palo Alto*, Retz.

MARRIOT L., RENAULT V., FILLIAIRE F. et KAUFFMAN A., (1998), « Externalisation dans les établissements de santé », Enquête ISLI/ EXEL LOGISTICS, *Logistique & Management*, Vol.6 N°1.

MARTINET A. C., (1990), « Grandes questions épistémologiques et sciences de gestion », in *Epistémologies et Sciences de Gestion*, coordonné par A. C. Martinet, Economica, p. 22.



MARTY C, FALLERY B, (2005), « La gestion des connaissances a-t-elle un sens pour les petites entreprises ? Le partage des récits d'expériences entre des artisans », *Cahiers du CREGO*, Mai.

MARTORY B., PIERRAT CH., (1996), *La gestion de l'immatériel*, Nathan.

MENARD C, (2002), The economics of hybrid organizations, *Presidential address, International Society for New Institutional Economics*, MIT, Septembre.

MELESE J., (1990), *Approches systémiques des organisations*, Les Editions d'organisation, Coll. Les classiques EO, Paris.

MEYSSONNIER F & POURTIER F, (2006), « Les ERP changent-ils le contrôle de gestion ? », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Vol. 1, Tome 12, Mai, pp. 45-64.

MEVELLEC P, (1990), *Outils de gestion : la pertinence retrouvée*, Editions Comptables Malesherbes.

MICHREFY, M., (2002), « Logistique hospitalière et mesure de la qualité de services aux patients », *Logistique & Management*, Vol.10 N°1.

MIDLER C. (1993) « L'acteur-projet : situations, mission, moyens », in *Pilotages de projets et entreprises*, ECOSIP, coordonné par V. Giard et C. Midler, Economica, pp. 81-99.

MIDLER C, (1996), « Développement de la logique projet, crises et mutations des fonctions techniques », in *Cohérence, Pertinence et Evaluation*, ECOSIP, coordonné par P. Cohendet, J.H. Jacot, P. Lorino, Economica, pp. 93-109.

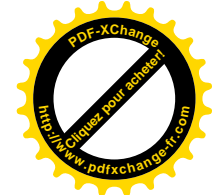
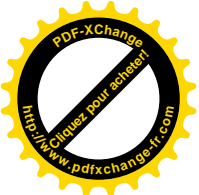
MINTZBERG H., (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Les Editions d'Organisation.

MINTZBERG H, (1986), *Le pouvoir dans les organisations*, Les Editions d'Organisation.

MINTZBERG H, (1990), *Le Management*, Les Editions d'Organisation.

MOISDON ET TONNEAU, (1996), « L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration », *Revue Française de Gestion*, Août.

MOISDON ET TONNEAU, (1999), *La démarche gestionnaire à l'hôpital : recherches sur la gestion interne*, Seli Arslan.



MORANA J., (2003), « De la logistique d'entreprise au supply chain management (SCM) : vers une intégration des processus », *www.e-theque.com*.

MORIN E, (1977-1991), *La Méthode*, 4 volumes, Seuil.

MOSCOVICI S, (1988), *La psychologie sociale*, PUF.

MOTTAY D, (2003), « Contenu du travail et satisfaction des salariés : résultats d'une étude empirique en milieu hospitalier », *Revue de gestion des ressources humaines*, N° 112.

MUCCHIELLI A, (dir), (1996), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Armand Colin.

NAKLA M, SOLER L.G., (1994), « Contrats internes, coordinations et pilotage économique des projets », *Cahiers de recherche de l'Ecole des Mines de Paris*, N° 8, Juin.

NOBRE T, (2001), « Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Vol. 2, Tome 7, Novembre, pp. 125-146.

OLIVER A.L. & EBERS M, (1998), Networking network studies: an analysis of conceptual configurations in the study of inter-organizational relationships, *Organizations Studies*, Vol. 19, pp. 549-583.

ORANGE G, (1995), « Management public et développement des services à la personne et aux ménages », *CREGO*, Université de Rouen.

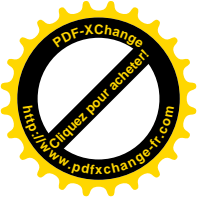
PACHE G., SAUVAGE T., (1999), *La logistique : enjeux stratégiques*, Vuibert Entreprise, 2e éd.

PASCAL C. (2000) « Gérer les processus à l'hôpital : une réponse à la difficulté de faire ensemble », *adsp*, n° 33, décembre, p. 51-53.

PENEFF J, (1992), *L'hôpital en urgence*, Métailié.

PENEFF J, (1996), « Les débuts de l'observation participante ou les premiers sociologues en usine », *Sociologie du travail*, N° 1.

PENEFF J, (2000), *Les malades des urgences*, Métailié



PERROW C, (1967), «A framework for the comparative analysis of organizations», *American Sociological Review*, pp. 194-208.

PILLITERI A & ACKERMAN M, (1998), «The Doctor-Nurse game: a comparison of 100 years – 1888-1990», *Nursing Outlook* N° 41, Mai – Juin, p. 116.

POPPER K, (1973), *La logique de la découverte scientifique*, Payot.

PORTER M., (1986), *L'avantage concurrentiel*, Inter Editions, Paris.

POURTOIS J.P. & DESMET H, (1988), *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Pierre Mardaga Editeur.

PREVOT, R. et VERVAERT, (1995) A., *Gestion des approvisionnements et gestion des stocks*, Guérin.

QUIVY R & VAN CAMPENHOUDT L, (1988), *Manuel de recherches en sciences sociales*, Dunod.

REIX R., (1995), *Systèmes d'information et management des organisations*, Vuibert, Paris.

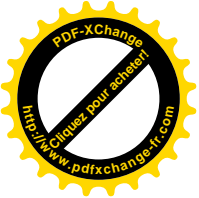
REYNAUD J.D. (1991) « Pour une sociologie de la régulation sociale », *Sociologie et sociétés*, vol. XXIII, n°2.

ROUSSET R, (1999), Les droits du patient au bloc opératoire : du diagnostic anthropologique aux perspectives managériales, Mémoire de l'IFROSS, Université de Lyon III.

ROYER I, ZARLOWSKI P, « Le design de la recherche », in *Méthodes de recherche en management*, coordonné par R.A. Thiétard, Dunod, Gestion Sup, p. 139-168.

SAMPIERI N., (2000), *Contribution à l'analyse de la logistique hospitalière : proposition d'une typologie des pratiques logistiques des hôpitaux publics français à partir d'une étude empirique*. Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de la Méditerranée. Aix-en-Provence.

SAMPIERI-TEISSIER, N., (2002), « Proposition d'une typologie des pratiques logistiques des hôpitaux publiques français. Enseignements à partir d'une étude empirique », *Logistique & Management*, Vol.10 N°1.



SCOTT MORTON M.S, dir. (1995), *L'entreprise compétitive au futur: Technologies de l'information et transformation de l'organisation*, sous la direction de Michael S. Scott Morton, Les éditions d'organisation, coll. ingénierie des SI dirigée par H. Tardieu, Paris.

Titre original: The corporation of the 1990's, Oxford University Press.

SIMON H.A., (1980), *Le nouveau management - La décision par les ordinateurs*, Economica, Paris.

Titre original: The new science of management decision, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New-Jersey, USA, 3e édition 1977.

SIMON H.A., (1991), *Sciences des systèmes, Sciences de l'artificiel*, Ed. Dunod, Coll. Afcet Système, Paris.

Titre original: The sciences of the artificial, MIT Press, Cambridge, Massachusetts, USA, 1969 (1981, 2nd éd.).

STANTON S. (2005) « So what does a process owner really do? », *Process pragmatics*, avril.

STORPER, C., (1995), « Mise en place d'une nouvelle organisation hospitalière orientée sur l'optimisation des flux : impact au plan économique et humain », *Logistique & Management*, Vol.3 N°1.

STORPER C, (2006), *Entretiens*, CHU de Montpellier, 21 Février.

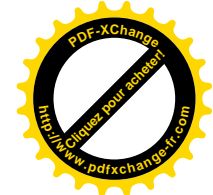
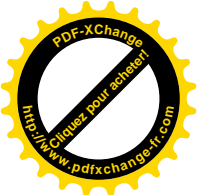
TANGUY H, (1998), « Décentralisation et contractualisation interne », in *Cohérence, Pertinence et Evaluation*, ECOSIP, coordonné par P. Cohendet, J.H. Jacot, P. Lorino, Economica, pp. 111-135.

TARDIEU & GUTHMANN, (1991), *Le triangle stratégique : Stratégie, structure et technologie de l'information*, Les Editions d'Organisation, Coll. Ingénierie des SI, Paris.

TARONDEAU J.C. (1998) « La gestion par les processus », *Cahiers français*, juillet - septembre, pp. 39-46.

TAYLOR J.S. & BODGAN R, (1984), *Introduction to qualitative research methods, The search for meaning*, New York, Wiley.

TEIL A, (2004), « De l'ambivalence du concept de performance à la vision partagée des acteurs : le cas de l'hôpital », in, Amourous C., sous dir. *Que faire de l'hôpital*, L'harmattan, p. 105-142.



- THOMPSON J.D., (1967), *Organizations in action*, New York, Mac Graw Hill.
- THOMPSON P, (1980), «Récits de vie et changement social», *Cahiers internationaux de sociologie*, Vol LXIX, pp. 226-242.
- TIXIER D., MATHE H., COLIN J., (1996), *La logistique d'entreprise : vers un management plus compétitif*, Dunod.
- TRAVAILLE D., (2000), « L'ambiguïté des liens entre organisation en « juste-à-temps » et système de contrôle », Actes des Troisièmes Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique, Trois-Rivières, Canada, Mai.
- VAN GENNEP A, (1981), *Les rites de passage*, Picard.
- VELTZ P, (1994), *Des territoires pour apprendre et innover*, Editions de l'Aube.
- VERAN L, (2006), « Activités et processus, modélisation gestionnaire et comportements des acteurs », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Vol. 1, Tome 12, Mai, pp. 65-84.
- VILLESEQUE F., (2003), *Transversalité et systèmes budgétaires – un essai d'observation et d'analyse*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Montpellier 2.
- WACHEUX F, (1996), *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*, Economica.
- WACHEUX F, (2002), « Modèles et représentation de l'organisation : le symbolisme actionnable », in *La modélisation en sciences de gestion*, coordonné par M. Nikitin, L'Harmattan.
- WEBER M, (1971), *Economie et Société*, Plon.
- WEILL M. (2001) *Le management de la qualité*, La découverte.
- WILLIAMSON O, (1996), *The Mechanisms of Governance*, New York, Oxford University Press.
- YIN R.K., (1990), *Cases studies research: Design and methods*, Newbury Park, CA, Sage.
- ZARIFIAN P. (1996) « L'émergence de l'organisation par processus : à la recherche d'une difficile cohérence », in *Cohérence, Pertinence et Evaluation*, ECOSIP, coordonné par P. Cohendet, J.H. Jacot, P. Lorino, Economica, pp. 66-86.