



**HAL**  
open science

## Voyage des ressources en organisation polaire : étude d'un " Caravan resources passageway " au sein d'un centre hospitalier

Isabelle Alphonse-Tilloy, Anne-Fabienne Dubroeuq, Sylvie Scoyez van Poppel

► **To cite this version:**

Isabelle Alphonse-Tilloy, Anne-Fabienne Dubroeuq, Sylvie Scoyez van Poppel. Voyage des ressources en organisation polaire : étude d'un " Caravan resources passageway " au sein d'un centre hospitalier. @GRH, 2021, 38 (1), pp.71-104. 10.3917/grh.211.0071 . hal-03698167

**HAL Id: hal-03698167**

**<https://uphf.hal.science/hal-03698167v1>**

Submitted on 18 Dec 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# VOYAGE DES RESSOURCES EN ORGANISATION POLAIRE : ÉTUDE D'UN « CARAVAN RESSOURCES PASSAGEWAY » AU SEIN D'UN CENTRE HOSPITALIER

## **Isabelle Alphonse-Tilloy**

Maître de conférences en sciences de gestion  
Laboratoire CRISS – Université Polytechnique des Hauts de France  
Isabelle.tilloy@uphf.fr

## **Anne-Fabienne Dubroeuq**

Maître de conférences en sciences de gestion  
Laboratoire CRISS – Université Polytechnique des Hauts de France  
Anne-Fabienne.Dubroeuq@uphf.fr

## **Sylvie Scoyez-Van Poppel**

Maître de conférences en sciences de gestion  
Laboratoire CRISS – Université Polytechnique des Hauts de France  
Sylvie.Scoyez@uphf.fr

## *Résumé*

La littérature décrit une intensification du travail des cadres paramédicaux (cadres de santé et cadres paramédicaux de pôle) exerçant dans les établissements hospitaliers qui est susceptible d'impacter la santé au travail. Des réorganisations structurelles ont par ailleurs modifié le contexte dans lequel cet encadrement opère. Dans quelle mesure ce contexte est-il créateur ou destructeur de ressources permettant à l'encadrement paramédical de faire face aux exigences ? Le traitement de cette problématique repose sur la mobilisation du concept de « Caravan Resources Passageways » (CRP) issu de la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1998, 2001 ; Halbesleben et al., 2014). L'apport théorique de l'article réside dans l'identification et la caractérisation de six mécanismes par lesquels un CRP agit,

dans le cadre d'une étude de cas réalisée sur l'encadrement paramédical d'un établissement hospitalier : l'attribution de ressources, l'invalidation de ressources, la diffusion de signaux pour investir en ressources, le renforcement des gains et des pertes, le renforcement ou l'atténuation du besoin en ressources et la restauration de ressources. L'enjeu managérial consiste à identifier les leviers d'action permettant de retrouver des gisements de ressources et ainsi influencer sur la qualité de vie au travail des personnels de cet encadrement.

### ***Mots clés***

« Théorie de la conservation des ressources », « Caravan resources passageways », « Encadrement paramédical », « Pôles d'activité », « Management hospitalier »

### ***Abstract***

The literature sets out an intensified workload of paramedical executives in french hospitals which has an impact on health at work. Structural reorganizations have also changed their workplace. In which circumstances this context can be creator or destroyer of resources allowing to paramedical executives to face the demands ? This issue is adressed by the concept of "Caravan Resources Passageways" (CRP) arising out of the conservation of resources theory (Hobfoll, 1998, 2001; Halbesleben et al., 2014). A case study is about the paramedical supervision in a hospital. The theoretical contribution rests in the identification of six mechanisms by which a CRP can change their perceived lost or gain of resources. The CRP provide mechanisms for allocating resources, invalidating resources, broadcasting signals to invest in resources, building gains and losses, strengthening or alleviating the need for resources and restoring resources. The managerial impact is to identify the sources of resources to influence the quality of working life for paramedical staff.

### ***Keywords***

"COR theory", "Caravan resources passageways", "Paramedical supervision", "Reorganizing department", "Hospital management"

L'un des leviers utilisés pour améliorer l'efficacité de la gestion hospitalière a été la création des pôles d'activité par l'ordonnance du 2 mai 2005 puis par la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009. Regroupant plusieurs services, les pôles d'activité sont gérés par un trinôme composé d'un médecin, un cadre paramédical de pôle (CPP) et un cadre administratif de pôle. Alors que le CPP a en charge la

déclinaison du projet de soins de l'établissement au niveau du pôle, le cadre administratif en assure le pilotage économique. Cette organisation a favorisé l'alignement des logiques professionnelles médicale, soignante et administrative, dont le cloisonnement était considéré comme une source d'inefficience (Fourcade, 2011 ; Domy, 2012). Même si l'application des textes est loin d'être homogène dans le paysage hospitalier français (Zeggar, Vallet et Terceirie, 2010), la création des pôles d'activité et la délégation de gestion au pôle, ont généré de nouveaux contextes de travail pour l'encadrement paramédical, qu'il s'agisse des CPP ou des cadres de santé. Parallèlement, la littérature décrit, dans les établissements hospitaliers, une intensification du travail des cadres paramédicaux, qui est susceptible d'impacter la santé au travail. Selon Hobfoll (1988), le stress ou les difficultés psychosociales résultent de l'inadéquation entre l'environnement de travail et les ressources disponibles pour y faire face. Ainsi, la théorie de la conservation des ressources permet de mieux comprendre les processus de dégradation ou de préservation de la santé au travail (Rivière, 2014 ; Abord de Chatillon et al., 2016 ; Rossano et Abord de Chatillon, 2018 ; Rossano, 2019). Des enchaînements de pertes de ressources et les difficultés à restaurer les ressources perdues conduisent au stress et à l'épuisement professionnel (Hobfoll, 1998 ; Hobfoll et Shirom, 2001 ; Neveu, 2007 ; Carrier-Vernhet, 2012 ; Mansour et Tremblay, 2018). Ces travaux établissent un lien entre le contexte de travail et les ressources des individus mais sans préciser par quels processus ce contexte influe sur les ressources. S'intéressant plus spécifiquement à l'organisation polaire, la problématique consiste à comprendre comment l'organisation en pôles d'activité d'un hôpital influe sur les ressources de l'encadrement paramédical. Il ne s'agit pas ici d'apprécier l'incidence des variations de ressources sur la santé des cadres paramédicaux mais d'identifier les mécanismes à l'œuvre dans la disparition, la menace de perte ou les gains de ressources qui pourraient les concerner. Les enjeux humains et institutionnels sont forts. La perte de ressources peut se traduire à terme par un affaiblissement de la capacité à gérer le stress, un désengagement voire une usure professionnelle (Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli, 2001 ; Safy-Godineau, 2013 ; Rossano, 2019), pouvant jouer sur la fidélisation et l'attractivité des métiers de l'encadrement paramédical.

Le caractère idiosyncratique des contextes d'émergence ou de disparition des ressources nous a conduit à explorer le fonctionnement d'un hôpital général. Dans cette étude de cas, la population analysée est constituée de deux groupes de cadres paramédicaux : les cadres de santé et les CPP. Les premiers ont fait l'objet de toute l'attention des chercheurs, au regard de leur rôle pivot dans le fonctionnement du travail au sein de l'hôpital (Bourret, 2006 ; Rivière, Commeiras et Loubes, 2013, 2019). Les seconds ont bénéficié de moins d'attention (Resenterra, Giauque et Siggen, 2013 ;

Harvard, 2015). En position de manager intermédiaire, ces cadres de pôle sont pourtant impactés par la transformation des structures hospitalières. Nos résultats mettent en évidence les mécanismes par lesquels un « caravan resources passageways » (CRP), selon la terminologie d'Hobfoll (2012), opère. Le CRP renvoie aux conditions environnementales qui peuvent être créatrices ou destructrices de ressources. À notre connaissance, cette approche n'a été que très partiellement adoptée (Mansour et Tremblay, 2018 ; Mansour et Commeiras, 2015 ; Rossano, Abord de Chatillon et Desmarais, 2015). Nous avons caractérisé les mécanismes par lesquels un CRP agit, dans un contexte organisationnel précis. Six mécanismes ont pu être isolés : l'attribution de ressources, l'invalidation de ressources, la diffusion de signaux pour investir en ressources, le renforcement des gains et des pertes, le renforcement ou l'atténuation du besoin en ressources et la restauration de ressources. Nous présentons en première partie les concepts associés à la théorie de la conservation des ressources, puis dans une deuxième partie, la méthodologie employée et les résultats, qui sont discutés dans la partie suivante. Les implications managériales et les limites font l'objet d'une partie conclusive.

## **1. ORGANISATION POLAIRE DE L'HÔPITAL ET FLUCTUATION DE RESSOURCES DE L'ENCADREMENT PARAMÉDICAL : UN ÉCLAIRAGE THÉORIQUE**

La théorie de la conservation des ressources est habituellement mobilisée pour expliquer les situations de stress ou de dégradation de la santé au travail (Hobfoll, 1989 ; Marchand, 2015 ; Rossano, 2019). Les difficultés psychosociales (épuisement au travail, stress...) apparaissent par réaction à une perte, une menace de perte ou une absence de gains suite à un investissement en ressources (Hobfoll, 1989). Après avoir posé les principes de base de la théorie de la conservation des ressources (1.1), nous apprécierons dans quelle mesure la prise en compte du contexte et de l'environnement de travail influe sur les ressources des individus à travers le concept de « caravan resources passageway » (1.2.). Celui-ci apparaît pertinent pour comprendre l'influence de l'organisation polaire sur les ressources de l'encadrement paramédical au sein des hôpitaux (1.3.).

### **› 1.1. La théorie de la conservation des ressources**

Les notions de ressource et de variation de ressources sont au cœur de la théorie de la conservation des ressources. La notion de ressource a fait l'objet de nombreuses définitions selon qu'elle est abordée par sa nature ou par sa fonction. Au départ, Hobfoll (1988) réalise un inventaire de 74 types de ressources, matérielles (voiture

de fonction, moyens matériels), sociales (soutien social, valeurs partagées, confiance mutuelle), personnelles (estime de soi, autonomie, sentiment d'efficacité personnelle) et énergétiques (salaires, temps, développement de compétences). La notion de ressource est aussi définie comme « toute chose que les individus estiment pour leur valeur intrinsèque, assimilables à des moyens pour atteindre des buts désirables ou pour protéger d'autres ressources » (Halbesleben, Neveu, Paustian-Underahl et Westman, 2014, p. 1338). Cette définition présente une dimension intrinsèquement subjective et représentationnelle de la ressource. Un objet, un élément matériel, personnel ou social constitue une ressource pour un individu en fonction de l'intérêt que cet objet ou cet élément représente pour lui. Un travail récent de Rossano et Abord de Chatillon (2018) montre que, dans un contexte de travail hospitalier, les personnels soignants se saisissent d'éléments de leur quotidien de travail qui ne sont pas conçus ou pensés initialement comme des ressources. Les individus se les représentent et les utilisent ainsi pour faire face aux conditions de travail difficiles. Dès lors, la notion de ressource est indissociable de son processus de représentation qui s'inscrit dans un contexte précis. Hobfoll indique que la valeur des ressources dépend de l'environnement socio-culturel dans lequel l'individu évolue (1988, 2001). Il attache peu d'importance aux différences inter-individuelles (Gorgievski et Hobfoll, 2008). Le groupe socio-professionnel d'appartenance est le lieu de l'évaluation des ressources (Safy-Godineau, 2013). La définition des ressources, leur évaluation, et la manière dont elles contribuent à l'atteinte des objectifs dépendent du contexte culturel, social et professionnel dans lesquels les individus opèrent (Halbesleben et al., 2014).

Les variations de ressources exprimées en termes de perte et de gain sont centrales dans la théorie de la conservation des ressources. Cette dernière repose sur deux postulats principaux. Selon le premier, les individus cherchent à obtenir, conserver, protéger leurs ressources pour maintenir ou atteindre une situation de bien-être et d'équilibre. Selon le second, les individus perçoivent davantage les pertes de ressources que les gains et sont alors davantage enclins à réduire les pertes qu'à engranger des ressources (Hobfoll, 1988). Pour cet auteur, la perception d'une perte est suffisante pour créer du stress, au même titre qu'une perte réelle ou l'absence de gain de ressources (Marchand et Vandenberghe, 2014). Dans la mesure où la valeur d'une ressource est socialement enracinée, la perception d'une perte par un individu sera vécue de la même façon par les membres du groupe d'appartenance.

Le contexte de travail n'est donc pas neutre dans l'appréciation des ressources disponibles pour réaliser une activité. Cette influence est appréhendée dans la théorie de la conservation des ressources par le concept de « caravan resources passageways » (CRP) qui a jusque-là été très peu abordé dans la littérature (Halbesleben et al., 2014).

## › 1.2. Le concept de « Caravan Resources Passageway »

Selon la théorie de la conservation des ressources, les ressources n'évoluent pas de manière isolée mais forment des « blocs » ou « paquets » de ressources qui « voyagent » ensemble (« ressources caravans ») (Hobfoll, Halbesleben, Neveu et Westman, 2018). L'interdépendance des ressources conduit soit à leur accumulation et leur agrégation en un réservoir de ressources que l'individu tente de préserver et de développer, soit à leur dissipation. Ces caravanes de ressources sont influencées par les variables environnementales. Elles ne dépendent pas uniquement des compétences de l'individu, de ses efforts fournis au travail. Elles sont principalement déterminées par les caractéristiques de l'environnement organisationnel, familial, social, culturel, ce qu'Hobfoll nomme « caravan resources passageways » (CRP). Le CRP peut être défini comme l'ensemble « des conditions environnementales qui peuvent soit nourrir, protéger et enrichir les ressources des individus, soit occulter, ruiner, obstruer ou appauvrir les réservoirs de ressources des individus » (Hobfoll, 2011, p. 129). Ainsi, le contexte de travail peut accélérer le changement dans les ressources et conduire à des pertes ou des gains de ressources (Halbesleben et al., 2014). Un contexte de changement organisationnel peut constituer des voies d'enrichissement ou d'appauvrissement des ressources (Commeiras, Eggrickx et Georgescu, 2019). Le maintien et le développement des ressources sont tributaires de facteurs qui peuvent être hors de contrôle des individus, par exemple, une invalidation par le système organisationnel de certaines ressources qu'ils estiment pourtant nécessaires (Wright et Hobfoll, 2004).

La littérature n'a que très peu abordé le concept de CRP. Selon Hobfoll et al. (2018), les variables organisationnelles et culturelles qui influencent les CRP ont été assez peu traitées par les chercheurs. Les travaux de Mansour et Tremblay (2018) portent sur les incidences du conflit travail / famille et famille /travail sur le stress, l'épuisement professionnel et l'intention de quitter. Ils montrent que les pratiques proposées par l'entreprise pour favoriser l'articulation entre le travail et la famille, telles que les crèches d'entreprise, le travail à temps partiel, jouent le rôle de CRP en modérant les conséquences de ces conflits sur le stress, le burn-out et l'intention de quitter. La littérature s'est également intéressée aux environnements de travail résilients (Chen, Westman et Hobfoll, 2015), mais uniquement sous l'angle théorique. La littérature n'offre pas, à notre connaissance, d'étude empirique relative aux mécanismes par lesquels le CRP agit sur les ressources.

### › 1.3. L'organisation polaire des établissements hospitaliers et ressources de l'encadrement paramédical

#### *1.3.1. L'évolution de l'organisation hospitalière et du travail de l'encadrement paramédical*

Les pôles d'activité constituent la pierre angulaire de la nouvelle organisation hospitalière (Nobre et Lambert, 2012). La taille des pôles, liée au regroupement de services, permet d'optimiser la gestion médico-économique. Dans un souci d'efficacité, l'autorité et les marges de décision sont transférées au plus près de la production de soins c'est-à-dire au pôle. Le médecin chef de pôle est responsable du bilan de l'activité du pôle<sup>1</sup>. Ces principes de construction polaire ont fait évoluer la structure de l'hôpital en organisation divisionnelle à forte composante professionnelle (Pouvourville et Tedesco, 2003). Cette configuration structurelle rend prégnante la coordination par la standardisation des résultats par le siège (Valette, Grenier, Saulpic et Zarlowski, 2015) qui s'exprime dans le pilotage de la performance des pôles par la négociation des contrats de pôle ainsi que l'élaboration et le suivi des Comptes de Résultat Analytiques (CREA).

L'organisation en pôles reconfigure les rôles de l'encadrement paramédical. Les CPP sont des cadres supérieurs de santé. Ils assistent le chef de pôle pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités paramédicales. Ils exercent une activité stratégique par leur participation à l'élaboration du contrat de pôle, à la déclinaison du projet institutionnel de soin au sein du pôle, à la mise en œuvre de l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles. Ils managent les cadres de santé. La constitution des pôles a augmenté la taille des unités à manager (Divay et Gadéa, 2008), ce qui est susceptible d'influer sur l'exercice de leur rôle managérial (Resenterra et al., 2013). Les cadres de santé font face, quant à eux, aux préoccupations quotidiennes dans les services. La logique gestionnaire, qui s'exprime dans une régulation par les coûts, un management par les objectifs et une rationalisation de la prise en charge des malades, intensifie leur travail et les place dans une logique de conflits de rôle (Dumas et Ruillier, 2013 ; Ruillier, 2012 ; Rivière, 2014 ; Rivière et al., 2019).

Jusqu'alors, la littérature relative aux pôles d'activité s'est centrée sur les modalités d'implémentation des pôles (par exemple Bréchat et al., 2010), les processus d'institutionnalisation des pôles (Gavault, Laude et Baret, 2014), la légitimation des activités de gestion des acteurs du pôle (Burellier et al., 2019), l'articulation des logiques d'action (Havard, 2015) ou encore les processus de décision à l'intérieur des pôles (Vallejo, 2018). Notre approche visant l'analyse des mécanismes à l'œuvre au sein

---

[1] V. la description synthétique des fonctions du trinôme de pôle en annexe 1.

du CRP vient compléter cette littérature en regardant l'impact du contexte organisationnel, dans ses dimensions structurelle et socio-culturelle, sur les ressources de l'encadrement paramédical.

### *1.3.2. Les variations de ressources dans le contexte hospitalier*

Des travaux antérieurs ont cherché à établir un lien entre la perte de ressources et les difficultés psychosociales vécues par les personnels hospitaliers (Safy-Godineau, 2013 ; Rossano, 2019). Des études se sont spécifiquement penchées sur les cadres de santé (Rivière, 2014). À notre connaissance, aucune étude ne concerne les CPP sous l'angle de la théorie de la conservation des ressources. Une recherche récente réalisée au sein de trois hôpitaux publics auprès d'infirmiers, de cadres de santé, de médecins, de psychologues du travail a caractérisé, à partir de la narration des situations de travail, des processus de spirales de pertes de ressources énergétiques et interpersonnelles (Rossano, 2019). Dans une recension de 169 articles, publiés entre 2001 et 2016, qui identifient les ressources pouvant réduire les effets des conditions de travail « nocives », le secteur hospitalier est l'un des plus étudiés (Silveri, 2017). Il en ressort que quatre catégories de ressources sont les plus étudiées par la littérature : les ressources sociales (principalement le soutien social des supérieurs et le soutien social des collègues), les ressources du travail (l'autonomie, le travail enrichissant, la clarté des tâches et des objectifs), les ressources organisationnelles (principalement la communication et la sécurité de l'emploi, le soutien organisationnel perçu) et les ressources dites de développement comme le développement de carrière ou les possibilités d'apprentissage. Nous retenons cette typologie de ressources car ces dernières ont la capacité de compenser des conditions de travail pénibles.

Si la littérature est unanime à considérer que les transformations des modes de fonctionnement de l'hôpital impactent les ressources des personnels, aucune étude n'a en revanche présenté les mécanismes permettant de comprendre comment le contexte organisationnel influe sur la perception de gains ou de pertes de ressources. C'est à travers l'analyse qualitative des représentations de cadres de santé et de CPP d'un hôpital général que nous identifierons les mécanismes par lesquels des facteurs contextuels ont modifié les ressources mobilisées dans l'exercice de leur activité.

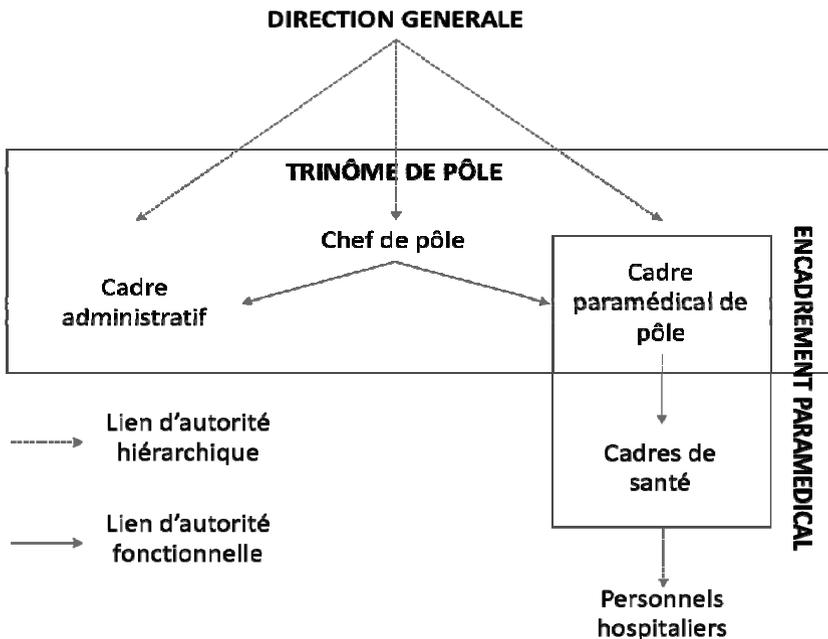
## 2. MÉTHODOLOGIE : UNE ÉTUDE DE CAS AU SERVICE DE LA CARACTÉRISATION D'UN CRP

Le caractère subjectif de la notion de ressource conduit à identifier les variations des ressources à partir des perceptions des acteurs. Une démarche qualitative a donc guidé notre méthodologie de recherche. Elle a pour objectif d'accéder aux représentations des interviewés. Elle ne prétend pas restituer les pratiques réelles mais bien des perceptions de ressources des cadres de santé et CPP dans l'hôpital.

### › 2.1. Présentation du cas étudié

Cette étude qualitative de nature exploratoire a été réalisée au sein d'un centre hospitalier général disposant de 2 000 lits et environ 4 000 agents hospitaliers. La configuration structurelle de l'hôpital étudié présente les caractéristiques d'une structure divisionnalisée dotée d'un siège, composé de la direction générale et des directions fonctionnelles, et des divisions constituées des pôles. L'hôpital est organisé en 12 pôles d'activités cliniques et médico-techniques et d'un pôle d'administration générale. Les pôles, mis en place en 2007, se sont vus d'emblée dotés d'un cadre administratif et d'un CPP. Nous pouvons schématiser le fonctionnement des pôles de la façon suivante :

**Figure n° 1 : Schématisation du fonctionnement du trinôme de pôle**



Depuis la création des pôles, la délégation de gestion s'est progressivement étendue. Plus de 80 % des crédits de fonctionnement et d'investissement sont délégués au pôle. Dès 2007, la délégation polaire a concerné la gestion des ressources humaines (gestion du temps de travail, gestion du budget délégué des contrats à durée déterminée et de la formation continue). En 2009, s'est ajoutée la délégation de la gestion des locaux et de la maintenance avec du personnel associé. En 2011, la délégation de gestion a concerné le technicien de l'information médicale. Enfin, en 2015, la gestion des ressources médicales a également fait l'objet d'une délégation au pôle.

Les pôles bénéficient d'une grande latitude décisionnelle. Cette autonomie a permis de renforcer leur réactivité face aux évolutions, notamment concurrentielles, de l'environnement local. Le développement d'une culture entrepreneuriale est devenu consubstantiel à la mise en œuvre de l'organisation polaire pour bénéficier des effets du financement à l'activité. Cela s'est traduit par la mise en place de nouvelles filières ou d'activités médicales sous l'impulsion des trinômes de pôle.

La direction des soins est positionnée de manière toute particulière en passant d'un positionnement hiérarchique vis-à-vis de l'encadrement paramédical à une direction « consulting », s'inscrivant dans un rôle d'expert et d'accompagnement des pôles. La direction des soins dans l'hôpital étudié n'a plus de liens d'autorité hiérarchique avec l'encadrement paramédical, qui est sous l'autorité du chef de pôle. Il s'agit d'une application stricte du décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction publique hospitalière qui confirme un rôle plus stratégique de cette direction. Cette dernière se situe donc en appui méthodologique et intervient en tant que conseil et expert auprès des autres directions fonctionnelles et des pôles.

## › 2.2. Méthodologie de recueil des données

Le concept de CRP n'a fait l'objet à notre connaissance d'aucune exploration empirique. Il s'agit de comprendre comment un contexte organisationnel particulier fait varier le réservoir de ressources mobilisées par les deux groupes de cadres dans l'exercice de leurs activités. Nous avons mené une étude de cas unique (Yin, 2009 ; Hlady-Rispal, 2002). En raison de ses caractéristiques de gestion spécifiques, notre cas d'étude offre des opportunités de découvrir de nouveaux résultats, ce qui constitue l'objectif de l'étude de cas unique (Siggelkow, 2007). Cette approche est adaptée pour révéler un phénomène qui n'est pas encore disponible à la communauté scientifique (Yin, 2009) et générer des connaissances précises et inédites dans une étude qui se veut « révélatrice ». Notre méthodologie est guidée par la nature subjective et collective de la ressource (Hobfoll, 1998, 2001). Le traitement de notre

problématique suppose d'accéder aux représentations des groupes relativement à leur contexte polaire de travail et leur perception des gains et des pertes de ressources. C'est pourquoi nous avons privilégié une méthodologie qualitative centrée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs.

Nous avons interrogé 26 cadres de santé et 9 CPP, entre mai 2016 et novembre 2017, appartenant à 10 pôles différents. La population interviewée représente 37 % de l'effectif des cadres de santé et 70 % de l'effectif des CPP. Les entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne d'une heure, ont été enregistrés puis retranscrits. Pour accéder aux représentations qu'avaient les individus des variations de ressources disponibles dans leur environnement de travail et des éléments prégnants de cet environnement, nous avons construit un guide d'entretien (Annexe2) autour des grands thèmes suivants : le parcours professionnel et la situation actuelle du cadre de santé, les satisfactions et les difficultés rencontrées dans l'exercice du métier, leur perception des changements issus des évolutions de la gouvernance polaire et les répercussions sur les ressources disponibles.

**Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon**

<b>Pôle</b>	<b>Nombre de cadres de santé interrogés (CS)</b>	<b>Nombre de CPP interrogés (CPP)</b>
A	1 CS 25	1 CPP
B	2 CS20 CS4	1 CPP
C	3 CS19 CS6 CS3	1 CPP
D	4 CS18 CS11 CS7 C9	1CPP
E	6 CS16 CS13 CS2 CS1 CS23 CS26	1 CPP
F	2 CS8 CS15	1 CPP
G	2 CS10 CS24	1 CPP
H	2 CS5 CS22	1 CPP
I	3 CS17 CS21 CS12	1 CPP
J	1 CS14	
<b>TOTAL</b>	<b>26 CS</b>	<b>9 CPP</b>

### › 2.3. Analyse des données

Les données collectées ont fait l'objet d'une analyse de contenu selon deux thèmes : le type de ressources (sociales, organisationnelles, du travail et de développement) et les facteurs contextuels (pôle, environnement de travail, liens entre le pôle et l'administration de l'hôpital). Concernant les ressources, les codes thématiques ont

été préétablis en lien avec la littérature (tableau 2). Un triple codage a été réalisé (Bardin, 1998). Par un premier codage ouvert, nous avons identifié des codes issus des données discursives. Une première étape d'agrégation permet d'établir les thèmes de premier ordre, en regroupant les codes en fonction des similitudes dans des rubriques de niveau conceptuel supérieur. Nous avons ensuite établi les liens entre ces premières catégories en les rassemblant dans des thèmes de second ordre correspondant aux différentes natures de ressource (autonomie dans le travail, soutien social des managers, soutien organisationnel perçu...). Enfin, les différentes catégories de ressource ont elles-mêmes été agrégées selon la typologie de Schaufeli (2015). Nous avons vérifié la récursivité d'un entretien à l'autre afin d'atteindre un niveau de saturation adéquat (Paillé et Mucchielli, 2005).

**Tableau 2 : Exemple d'analyse et grille de codage**

Thèmes de premier ordre	Thèmes de second ordre	Catégories de ressources
<i>Réunion avec les collègues cadres. « Avant on avait des réunions avec tous les cadres de l'établissement, on rencontrait des collègues qui avaient les mêmes problèmes ou les mêmes projets. Maintenant on est isolé. » « J'avais des difficultés à me positionner et à prendre des décisions vis-à-vis des cadres car je ne me sentais pas légitime vis-à-vis du ressenti, pas des compétences. ».</i>	<i>Soutien social des pairs</i>	
<i>Proximité avec le cadre de pôle. « Parfois je peux être une semaine sans voir mon cadre supérieur ... j'ai aussi besoin que l'on me demande si ça va bien, si j'ai besoin d'aide ». « On travaille dans l'urgence. On a besoin de voir le chef de pôle plus souvent. On a déjà programmé des RV semaine mais c'est très difficile de se voir à 3. On essaie de se donner du temps mais c'est compliqué on se voit deux par deux. On se voit surtout lorsqu'il y a des réunions programmées avec l'institution. ».</i>	<i>Soutien managérial</i>	<i>Ressources sociales</i>

Thèmes de premier ordre	Thèmes de second ordre	Catégories de ressources
<p><i>Confiance du chef de pôle.</i>  <i>« Le chef de pôle nous fait confiance sur tout ce qui est paramédical ».</i>  <i>« On a une très forte délégation de gestion donc on avance plus vite, nos projets avancent plus vite, on met en place les choses plus vite et puis on peut mieux valoriser nos séjours, organiser notre prise en charge, pour réduire les coûts ».</i></p>	<p><i>Autonomie</i></p>	<p><i>Ressources du travail</i></p>
<p><i>Cohérence perçue des fonctions.</i>  <i>« Avec l'arrivée des pôles on n'a plus de trame, plus de fiche de poste sur la fonction encadrement ».</i>  <i>« Les missions sont extrêmement variables, les problèmes sont neufs. Être un CPP c'est un nouveau métier, cadre gestionnaire de pôle, il a fallu tout monter ».</i></p>	<p><i>Identité de la tâche</i></p>	
<p><i>Soutien de l'environnement.</i>  <i>« Le management est en difficulté, pas par manque d'outils mais par manque de soutien de l'environnement ».</i>  <i>« La direction doit être là en termes d'expertise, de support mais quand on les appelle on nous dit de gérer. ».</i></p>	<p><i>Soutien organisationnel</i><sup>2</sup></p>	
<p><i>Relations avec la DRH.</i>  <i>« Les pôles cloisonnent, on n'a pas de liens avec la DRH ».</i>  <i>« Quand on va à la DRH, pour les négociations de salaire, c'est la DRH qui le fait mais nous aussi on regarde un peu. Il faut savoir que quand on est cadre, il y a des sacrifices à faire, financiers. Je ne peux pas me permettre de leur donner car je dois dealer avec la DRH. Par exemple la régulatrice elle a un taux à la journée. Au début on savait pas trop. Ça je l'ai présenté avec S., du coup on a dealé sur 15 euros par jour. Ce que nous proposait la DRH c'était beaucoup moins ».</i></p>	<p><i>Soutien des fonctions supports</i></p>	

[2] Nous considérons que le soutien organisationnel perçu relève de la catégorie des ressources organisationnelles et non de la catégorie des ressources sociales qui sous-tendent des relations interpersonnelles avec les collègues, les supérieurs, les membres de l'équipe, etc. Le soutien organisationnel s'exprime à travers la perception de l'intérêt que peuvent manifester les directions institutionnelles à l'égard des individus.

Thèmes de premier ordre	Thèmes de second ordre	Catégories de ressources
<p><i>Accès aux formations.</i>  <i>« On est pas mal achalandé en formation sur le pôle ».</i>  <i>« Cela va être très long de former tout le monde. Il faut stimuler les services. Changer les médecins c'est compliqué : il faut prouver leur intérêt pour qu'ils adhèrent ».</i></p>	<p><i>Opportunité d'apprentissage</i></p>	<p><i>Ressources de développement</i></p>
<p><i>Mobilité inter-pôle.</i>  <i>« C'est très cloisonné les pôles, et même quand un poste se libère, il n'y a pas de mobilité. Les pôles c'est positif car ça responsabilise, mais c'est pas bien en termes de changement de service ».</i>  <i>« Nous sommes une grande usine et on se côtoie très ponctuellement en réunion de temps en temps. On est dans notre pôle. Les liens inter pôles existent mais sont très peu nombreux, surtout sur des thématiques à problème ».</i></p>	<p><i>Mobilité professionnelle</i></p>	

### 3. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE DE CAS : CARACTÉRISATION D'UN CRP

La mise en évidence d'un CRP suppose d'isoler une caravane de ressources (2.2.1) et les éléments de contexte particuliers qui s'y rattachent (2.2.2).

#### › 3.1. La caravane de ressources des cadres de santé et des CPP

Pour identifier une caravane de ressources, il faut observer les ressources qui apparaissent ou disparaissent simultanément. Pour ce faire, nous avons recueilli les perceptions des pertes et des gains de ressources des deux groupes de cadres (cadres de santé et CPP).

### 3.1.1. Les variations des ressources de travail

#### Pertes d'autonomie / gain de pouvoir décisionnel

Une grande proportion (62 %) de cadres de santé interrogés indique ne pas pouvoir intervenir directement dans les décisions qui ont un impact sur le fonctionnement opérationnel de leur service (le recrutement par exemple). Pour eux, le pouvoir décisionnaire est exercé par les cadres de pôle, quand bien même ceux-ci sont plus éloignés des équipes soignantes et des patients qu'eux. « *Souvent les décisions sont prises par les personnes éloignées du terrain* » (CS6).

À l'inverse, la quasi-totalité (89 %) des CPP interviewés perçoit la polarisation à forte délégation comme un vecteur d'accroissement de l'autonomie et de la latitude décisionnelle. « *On a toutes les délégations, on est très décentralisé* » (CP10). Le fonctionnement des pôles est généralement collégial. Les trinômes de pôle se réunissent fréquemment, partagent des informations, analysent ensemble la situation du pôle. Les cadres de pôle disent pouvoir exercer leur créativité, faire des propositions, monter des projets et se disent être pris en considération. « *On a une très forte délégation de gestion donc on avance plus vite, nos projets avancent plus vite, on met en place les choses plus vite qu'avant* » (CPP 7) ; « *Grâce à la délégation on a de nombreux projets* » (CPP 8). Ils perçoivent de la confiance et de l'écoute à leur égard. « *Il (le chef de pôle) nous écoute* » (CPP1). « *Mon chef de pôle me demande des conseils managériaux* ». Pour les cadres de pôle, cette autonomie se manifeste aussi dans la latitude qu'ils ont eu pour créer, « inventer » leur poste : « *C'est un nouveau métier* » (CPP11).

#### Signification des tâches

Les cadres de santé perçoivent dans leur très grande majorité (85 %) que leur poste est constitué d'un ensemble peu cohérent de tâches relativement pauvres, voire dépourvues de sens. L'étendue de la délégation a augmenté les activités de régulation et de coordination des cadres de santé, par exemple avec la logistique, ou la gestion des personnels médicaux dévolue en partie aux pôles. Les cadres de santé perdent le fil de leur fonction et ne perçoivent plus la signification de leurs tâches. « *Avec l'arrivée des pôles on n'a plus de trame, plus de fiche de poste sur la fonction encadrement* » (CS17). « *Je ne cesse de réclamer qui fait quoi entre le cadre administratif, le cadre administratif adjoint, le cadre supérieur de santé, d'où les interprétations différentes sur les attentes* » (CS10). Les cadres de santé indiquent toutefois que la délégation polaire et la fixation des objectifs par pôle sont responsabilisantes. « *Cela a permis de prendre conscience du coût d'un service, du matériel. Il est important de prouver que l'on est efficace* » (CS4). Par ailleurs, ils ne sont que 35 % à

souligner que l'intérêt du poste réside désormais dans les projets qui leur apportent à la fois de la latitude décisionnelle, du travail collaboratif avec les médecins et des occasions d'échanges avec les collègues d'autres services.

Les CPP voient dans la polarisation à forte délégation un enrichissement de leur poste, avec une plus forte signification de leurs tâches (89 %). Pour eux, elle a créé une dynamique projet en valorisant les activités entrepreneuriales. « *Je n'ai jamais fait un métier aussi intéressant que celui que je fais aujourd'hui* » (CPP12). « *On a mis en place des bureaux de pôle que l'on fait toutes les semaines (...). On évoque les projets, les orientations, on a des tableaux de bord sur l'activité, les dépenses. C'est vraiment passionnant avec la délégation de pôle !* » (CPP1). Pour les CPP, la forte délégation vient également renforcer l'identité de la tâche : « *En plus, le sens de l'action collective est plus évident, via le projet de pôle, on comprend mieux pourquoi on y va* » (CPP8).

### **3.1.2. Les variations des ressources sociales**

#### **Le soutien social des collègues**

Plus des deux tiers des cadres de santé (69 %) interrogés ressentent une perte de soutien social des pairs et un réel isolement : « *le système polaire a détruit la communication entre nous* » (CS25) ; « *Avant (quand il y avait le collectif cadres) on se retrouvait entre cadres, on échangeait. Maintenant, depuis la mise en place des pôles, ça n'existe plus ces rencontres* » (CS3). « *Avant on avait des réunions avec tous les cadres de l'établissement, on rencontrait des collègues qui avaient les mêmes problèmes ou les mêmes projets. Maintenant on est isolé. On a des réunions d'info dans le pôle mais on n'a pas de temps d'échanges avec les cadres des autres pôles. On a une vraie sensation d'isolement* » (CS24). Le soutien social des pairs à l'intérieur du pôle est quant à lui dépendant de la capacité du CPP à animer l'équipe de cadres de santé.

Quant aux CPP, ils perçoivent un soutien social important à l'intérieur du pôle. 89 % d'entre eux indiquent échanger soit hebdomadairement soit quotidiennement, avec les collègues du trinôme de pôle. En revanche, 78 % des CPP soulignent une perte de relations avec leurs homologues des autres pôles : « *Ce que l'on a perdu c'est la relation entre nous, on est dans une démarche individualiste, on est dans un rapport de compétition entre pôles* » (CPP7) ; « *Nous sommes une grande usine et on se côtoie très ponctuellement en réunion de temps en temps. On est dans notre pôle. Les liens inter-pôles sont très peu nombreux* » (CPP5). Cependant, la quasi-totalité des CPP reconnaissent que leur participation à une formation universitaire au management entre 2014 et 2016 leur a permis de créer du lien, d'apprendre à se

connaître, de confronter leur pratique, de partager une représentation commune des conditions d'exercice de leur métier et finalement de créer un réseau interne. « *La participation à la formation a permis de nous retrouver et de nous remettre dans une démarche collective* » (CPP8). La formation a contribué également à « *créer des liens qui n'existaient pas auparavant entre les pôles et c'est important pour avancer collectivement* » (CPP9).

Pour compenser cette perte de soutien social, les cadres de santé et les CPP déploient des stratégies de restauration. Par exemple les cadres créent des réseaux informels, mobilisent le canal syndical ou participe à diverses commissions. Les CPP utilisent des dispositifs institutionnels pour recréer du lien (réunions de gardes et d'astreintes, réunions de retour d'expérience, sessions de formation). Mais ces réseaux informels n'ont pas l'efficacité de dispositifs organisationnels : « *On a des réseaux mais c'est pas pareil. Certains ont des infos que nous on n'a pas. Il faut voir ses pairs pour avoir des infos, connaître les nouveautés, les actus. On se passe des coups de fils. Mais on se sent isolé* ». (CS26)

### **Soutien managérial des supérieurs**

La quasi-totalité des cadres interrogés (77 %) ressentent un déficit d'accompagnement managérial de la part des CPP. Pour eux, ces derniers sont happés par la gouvernance du pôle et délaissent leurs fonctions managériales : « *Le cadre supérieur est éloigné du terrain, il n'a plus de contact avec l'équipe* » (CS13) ; « *l'encadrement des cadres, c'est devenu des dirigeants, ils ont quitté le terrain. Le cadre supérieur de santé voit l'institutionnel, il n'est pas là quand on en a besoin* » (CS1). Ils se sentent par conséquent peu soutenus : « *Parfois je peux être une semaine sans voir mon cadre supérieur ... j'ai aussi besoin que l'on me demande si ça va bien, si j'ai besoin d'aide* » (CS23).

Pour les CPP, à l'inverse, le fonctionnement des pôles a créé de la proximité avec leur chef de pôle. Ils affirment dans l'ensemble (77 %) que les chefs de pôle les écoutent, les consultent, ont un management collaboratif et souvent suivent leurs préconisations. La principale difficulté dans cette relation tient à la disponibilité du chef de pôle. Ils ont par ailleurs le sentiment d'avoir perdu le lien avec la direction des soins.

### **3.1.3. Les variations des ressources organisationnelles**

#### **« Soutien organisationnel perçu »**

Les cadres de santé ressentent dans leur très grande majorité (69 %) une absence très forte de reconnaissance de leur implication, de valorisation de leurs efforts, via les gratifications ou les possibilités d'évolution professionnelle, ainsi qu'un manque

de prise en compte de leur bien-être, d'autant que la mobilité inter-pôle est perçue comme compliquée. Pour eux, ni les chefs de pôles, ni les chefs de services, ni les médecins, à l'intérieur des pôles, ni les services supports ne perçoivent l'étendue de leurs activités et leur charge de travail. Ils ont le sentiment de réaliser un travail invisible, de plus en plus important à mesure de l'étendue de la délégation et que leurs rôles dans l'institution sont déniés. Le manque de soutien de toute l'institution est pointé : « *la direction ne nous aide pas, on n'a pas de réponse quand on a un problème, on n'a pas de soutien institutionnel* » (CS21). « *Le management est en difficulté, pas par manque d'outils mais par manque de soutien de l'environnement* » (CS1).

À l'inverse, pour les CPP, leur nomination à ce poste est une reconnaissance institutionnelle. « *Cette fonction veut dire quelque chose vis-à-vis de l'institution* » (CPP4).

### Soutien des fonctions support

La quasi-totalité des cadres de santé (85 %) ressentent un manque de soutien de la part des directions fonctionnelles. « *Nous sommes isolés par rapport aux directions fonctionnelles* » (CS12). Ils regrettent l'éloignement de la direction des soins infirmiers. « *La direction des soins ne nous représente plus, ne nous défend plus* » (CS23). Ils soulignent aussi le fait que la polarisation, en ajoutant un niveau décisionnel, a éloigné les fonctions supports (logistique, informatique, ...) des services. « *L'établissement est très hiérarchisé, si vous voulez poser une question à la DRH il faut passer par votre cadre supérieur. Ça met beaucoup de freins, ça casse la fluidité* » (CS23). « *Les pôles cloisonnent, on n'a pas de liens avec la DRH* » (CS16).

Concernant les CPP, la représentation est contrastée. D'un côté, ils perçoivent un gain de ressources en termes d'autonomie. « *La direction des soins ici a plutôt une mission d'expertise ; ils ne sont plus impliqués dans les pôles. Notre autorité, c'est le chef de pôle (...). On a un champ de délégation tellement large qu'on n'en a plus besoin [de la direction des soins]* » (CPP2). « *On développe un projet social de pôle, dans lequel le service RH n'intervient pas* » (CPP8). D'un autre côté, ils ressentent des zones de flottement voire des tensions dans la répartition des prérogatives entre les pôles et les services supports. « *On nous demande de faire, on fait, on a l'impression d'avoir un pouvoir et ensuite on n'a pas de réponse, pas de suite on a l'impression qu'ils reprennent [les directions fonctionnelles] ce pouvoir* » (CPP4). « *Il y a un décalage. On interpelle mais la réponse obtenue c'est « c'est l'affaire des pôles » et quand on gère on nous répond « de quoi vous vous mêlez, cela ne fait pas parti de votre pouvoir* » (CPP4).

### 3.1.4. Les variations de ressources de développement

Les cadres de santé sont unanimes à considérer que les pôles et l'institution permettent largement aux cadres de santé de bénéficier de formations. « *On est pas mal achalandé en formation sur le pôle. La cadre sup propose à tous les cadres une formation en fin d'année* » (CS 15). Parmi les CPP, les cadres administratifs de pôle et les chefs de pôle, 25 ont bénéficié d'une formation universitaire en management à partir de 2015. L'objectif était d'équiper les trios de pôle d'un langage et d'une culture managériale communs.

L'organisation polaire représente des freins dans la mobilité. Au cœur des représentations des cadres de santé apparaît très nettement le cloisonnement des pôles indépendamment de l'existence des dispositifs de mobilité interne. « *C'est très cloisonné les pôles, et même quand un poste se libère, il n'y a pas de mobilité. Les pôles c'est positif car ça responsabilise, mais c'est pas bien en terme de changement de service* » (CS5). « *Ici il n'y a pas de mobilité possible entre les pôles pour un cadre. Dans les autres établissements, il y a une bourse interne à l'emploi. Ici si tu veux changer de pôle, il faut passer un entretien avec le chef de pôle, le cadre supérieur, le chef de service* » (CS12). Quant aux CPP, ils n'imaginent pas pouvoir changer d'établissement dans la mesure où ils ne pourraient pas bénéficier des mêmes responsabilités et marges de manœuvre que dans l'hôpital étudié.

Chaque groupe de cadres perçoit des pertes ou des gains des mêmes ressources. Le groupe des cadres de santé perçoit un certain nombre de pertes, survenant de manière concomitante. Elles concernent les ressources sociales, les ressources du travail et les ressources organisationnelles. Les ressources de développement ne varient pas de façon identique. La mobilité à l'intérieur de l'établissement est freinée par le fonctionnement en silo des pôles, alors que les ressources de développement professionnel, via la formation, apparaissent comme disponibles. Au niveau du groupe, on retrouve bien une co-occurrence des ressources, élément distinctif d'une caravane de ressources.

Le groupe de CPP perçoit un ensemble de gains de ressources. L'organisation polaire leur a permis d'acquérir des ressources du travail, des ressources organisationnelles et de bénéficier d'un soutien social au sein du trinôme de pôle. Là encore, nous observons des covariations de ressources. Les ressources tendent donc à croître ou à s'estomper simultanément, caractérisant une caravane de ressources (Halbesleben et al. 2014). Nous avons repris l'ensemble de ces résultats dans le tableau 3.

**Tableau 3 : Représentation des gains et pertes de ressources par les cadres de santé et les CPP**

Gain (+) ou Perte (-) de Ressources		Cadres de santé (CS)	Cadres Paramédical de pôle (CPP)
<b>Variation des ressources sociales</b>			
Soutien social des pairs	Intra-pôle	-	(dans le trinôme de pôle) +
	Inter-pôle	-	+
Soutien managérial		-	-/+
<b>Variation des ressources du travail</b>			
Autonomie		-	+
Signification de la tâche		-	+
<b>Variation des ressources organisationnelles</b>			
Reconnaissance des contributions		-	+
Soutien organisationnel fonctions supports		-	+
<b>Variation des ressources de développement</b>			
Opportunités d'apprentissage		+	+
Développement professionnel (mobilité)		-	-

La caractérisation d'un CRP suppose d'isoler des éléments de contexte qui influent sur les perceptions des variations de ressources. Ainsi, après avoir identifié les différents types de ressources qui voyagent ensemble tant pour les cadres de santé que pour les CPP, nous allons caractériser les facteurs qui ont généré ces variations.

### › 3.2. Les facteurs contextuels du CRP

La structure de l'hôpital étudié a évolué progressivement pour devenir une structure divisionnelle marquée par une forte autonomie des pôles. Celle-ci repose sur une large délégation de moyens et de gestion. L'autonomie des pôles a généré selon les deux groupes de cadres un fonctionnement en silo de l'organisation hospitalière, générant un sentiment de cloisonnement important. La gouvernance polaire laisse en effet aux trinômes de pôle de l'autonomie et de la latitude décisionnelle dans le développement des projets, la gestion de leurs ressources humaines et financières, sous condition du respect des règles de la délégation et de la satisfaction des indicateurs de résultats indiqués dans le contrat de pôle. L'orientation vers les objectifs polaires conduit à un repli des individus sur le pôle, concrétisant le risque de balkanisation évoqué par Zeggar et al. (2010), les performances étant institutionnellement

évaluées et reconnues au niveau du pôle. Cette structure divisionnelle a été conçue pour faciliter le développement médico-économique des pôles d'activité. La structure est au service de la culture entrepreneuriale qui s'est progressivement diffusée au sein de l'établissement. Le développement des projets est devenu l'une des activités principales des CPP qui l'évaluent positivement. Les cadres de santé, à l'inverse, perçoivent fortement que les activités valorisées par la direction générale et les directions fonctionnelles sont celles liées à la gestion de projet, au détriment du travail de proximité, des activités courantes de gestion des équipes.

Parallèlement, la suppression du lien hiérarchique unissant la direction des soins à l'ensemble des CPP et la suppression des lieux d'échanges inter-polaires entre les cadres (cadres de santé d'un côté, CPP de l'autre) peuvent être analysées comme une disparition des mécanismes d'intégration. La disparition du lien hiérarchique unissant la direction des soins à l'ensemble des CPP retentit sur les cadres de santé. Ces derniers, dépendants hiérarchiquement de leur CPP et du chef de pôle, perçoivent une perte de soutien organisationnel mais également un glissement d'une logique de métier, dont la direction des soins était garante, à une logique polaire. Par ailleurs, ces collectifs cadres (tant pour les cadres de santé que les cadres de pôle), fonctionnaient sur la base de réunions, de temps d'échange et de partage d'expériences. Ils rassemblaient séparément les membres de l'encadrement supérieur et de l'encadrement de proximité, favorisant les échanges inter-polaires autour de thématiques inhérentes au métier. Ces espaces de discussion ont été supprimés par la direction générale de l'hôpital ce qui a contribué au renforcement du fonctionnement en silo et au repli des individus sur leur pôle. L'univers professionnel des cadres, cadres de santé et CPP, s'est progressivement restreint au pôle d'appartenance.

Nous retenons des données recueillies auprès des deux groupes de cadres interrogés que les ressources ont été impactées par deux ensembles de facteurs : ceux de nature structurelle qui combinent la forte autonomisation des pôles et la disparition de mécanismes d'intégration et ceux de nature socio-culturelle qui renvoient à la valorisation des activités entrepreneuriales et la perte, dans l'exercice de leur activité, d'une logique métier. Nous synthétisons ces différents éléments dans le tableau 4.

**Tableau 4 : Facteurs contextuels caractérisant le CRP pour l'encadrement paramédical**

<b>Volet Structurel</b>	<b>Volet socio-culturel</b>
<p><b>Autonomisation des pôles</b>                      Structure divisionnelle                      Délégation étendue                      Orientation vers les objectifs polaires</p>	Valorisation des activités et culture entrepreneuriales
<p><b>Disparition des mécanismes d'intégration</b>                      Suppression du lien hiérarchique entre l'encadrement paramédical et la direction des soins                      Disparition des lieux formels d'échange</p>	Substitution d'une logique polaire à une logique de métier

Ces évolutions ont été vécues de manière différente selon les deux groupes de cadre sous l'effet d'un certain nombre de mécanismes par lesquels les éléments de contexte influent sur les perceptions de pertes ou de gains de ressources.

## 4. DISCUSSION : LES MÉCANISMES À L'ŒUVRE DANS LE CRP

L'analyse des résultats nous a conduits à identifier une caravane de ressources qui évolue différemment selon les deux groupes de cadres. Pour les cadres de santé, la caravane de ressources est marquée par une accumulation de pertes ; pour les CPP, son évolution va dans le sens d'une accumulation de gains. Les cadres de santé et les CPP associent les pertes et les gains de ressources respectifs aux changements profonds opérés au niveau de la structure et de la culture de l'établissement. Un même environnement structurel et culturel façonne donc inégalement la caravane de ressources. C'est donc du côté des mécanismes à l'œuvre dans le CRP que réside l'explication des différences de perceptions entre les deux groupes. Six mécanismes influencent le « voyage » des ressources.

**L'attribution de ressources.** La création des pôles d'activité s'est accompagnée de l'extension progressive de la délégation de gestion et de la délégation de moyens. Les pôles ont été dotés d'un très large pouvoir de décision. Cette ressource a permis d'en générer d'autres au bénéfice des CPP : un accroissement de leur propre pouvoir de décision dans le fonctionnement du pôle, un accroissement de la signification de la tâche, une reconnaissance institutionnelle par la mise en œuvre de projets visant à développer le pôle. Cette autonomie décisionnelle accordée au pôle a permis aux cadres de pôle de développer leur propre réservoir de ressources.

Au moment de l'étude, la direction générale et les directions fonctionnelles (direction des soins et direction des ressources humaines) ont attribué à l'encadrement de pôle de nouvelles ressources de développement. Les CPP ont bénéficié d'une formation au management de pôle en 2014 dans le cadre du suivi d'un DU. Au-delà des apports universitaires et managériaux, la formation a permis aux CPP de recréer du lien social avec la quasi-totalité de leurs homologues.

**La diffusion de signaux pour investir en ressources.** La littérature relative à la théorie de la conservation des ressources a assez peu développé ce mécanisme (Halbesleben et al., 2014 ; Campbell, Mohr et Verlegh, 2013 ; Halbesleben et Wheeler, 2015). Selon Hobfoll (2001), les individus investissent en ressources pour éviter des pertes de ressources, pour recouvrer des ressources perdues ou pour gagner des ressources. Dans un contexte de financement à l'activité, la gouvernance du CH étudié valorise une culture entrepreneuriale. Elle envoie le signal selon lequel l'investissement en ressources (temps, énergie) dans des projets institutionnels (développement des filières de soins) permettra d'acquérir d'autres ressources.

Mais cet investissement en ressources ne produit pas les mêmes effets selon les groupes de cadres. Il conduit à accroître la signification de la tâche des CPP et est effectivement générateur de ressources pour eux (soutien institutionnel, reconnaissance). En revanche, l'implication dans les nombreux projets de pôles éloigne les cadres de santé de leur travail de proximité avec les équipes soignantes. Cela entraîne une perte de sens au travail et déstabilise leur identité professionnelle. Celle-ci constitue une ressource symbolique (Hobfoll, 2011), dont l'altération est source de tensions de rôles (Rivière, Commeiras et Loubès, 2019), de souffrances psychologiques (Safy-Godineau, 2013).

**L'invalidation de ressources.** Dans le cadre de la construction des pôles, des dispositifs institutionnels d'intégration (espaces inter-polaires d'échanges entre les membres de l'encadrement) ont été supprimés. Ces dispositifs généraient des ressources pour les cadres de santé : soutien social, compréhension des enjeux du travail, reconstruction du collectif, soutien hiérarchique... Cette évolution traduit une invalidation par le système organisationnel de ces ressources (Hobfoll et Shirom, 2001 ; Safy-Godineau, 2013).

De la même façon, la disparition du lien hiérarchique entre la direction des soins et l'encadrement paramédical correspond à la disparition d'une ressource sociale. L'invalidation de cette ressource n'a pas entraîné les mêmes conséquences pour les cadres de santé et pour les CPP. Pour ces derniers, la disparition du lien hiérarchique dans le contexte d'une délégation de gestion élargie, a conduit à renforcer leur autonomie de gestion et leur latitude décisionnelle sur les ressources humaines et notamment sur les cadres de santé. Cela s'est traduit par un renforcement du

réservoir de ressources. Pour les cadres de santé, la perte de ce lien hiérarchique s'est accompagnée de la perte d'un soutien organisationnel perçu.

**Mécanisme de renforcement des gains et des pertes.** Le CRP, par définition, agit sur les différentes ressources de la caravane (Hobfoll, 2001, Habelsleben et al., 2014). Les perceptions de pertes sont accentuées par le cumul des pertes affectant le réservoir de ressources. Pour les cadres de santé, la perte du soutien social des pairs est d'autant plus forte qu'elle est associée à une perte du soutien organisationnel. La disparition du lien hiérarchique de la direction des soins avec l'encadrement ne permet plus à cette dernière de créer du lien avec les cadres de santé. Parallèlement ces derniers ont l'impression d'être moins soutenus par le CPP, accaparé par les problématiques du pôle. Cette perception est d'autant plus forte qu'ils ne bénéficient plus du soutien de la direction des soins. Conformément aux principes de la théorie des ressources, un individu perdant des ressources et donc ayant un plus faible réservoir de ressources est plus sensible aux pertes ultérieures (Hobfoll, 2001).

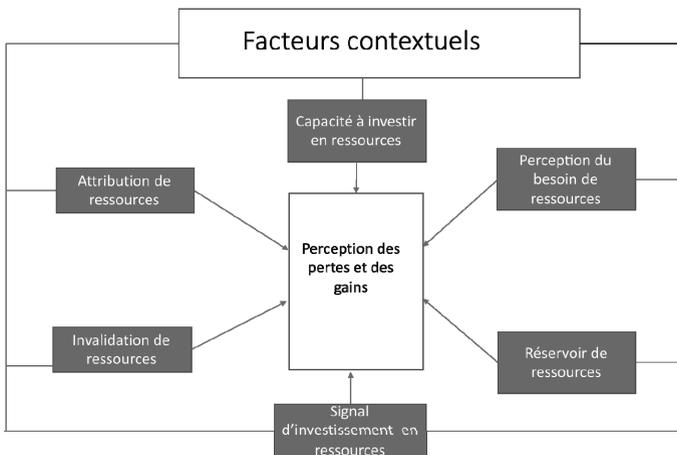
**Mécanisme de renforcement ou d'atténuation des besoins d'une ressource.** L'environnement de travail des cadres de santé est caractérisé par une intensification du travail, une très grande hétérogénéité des tâches, un accroissement de la pression médico-économique. Dans ce contexte, le soutien social des pairs constitue un moyen d'accéder à un spectre de ressources plus grand que les ressources individuelles par le biais des ressources des autres collègues. Il constitue un moyen de faire face à la surcharge de travail et représente une source de soutien émotionnel (Rivière et al., 2013 ; Marchand et Vandenberghe, 2014). Les liens et les relations qu'un individu entretient avec d'autres personnes du même groupe professionnel contribuent à former sa propre identité (Hobfoll & Shirom, 2000). Le soutien des pairs est plus recherché en situation de conversion identitaire, situation que vivent les cadres de santé (Divay et Gadéa, 2008 ; Rivière et al., 2013, 2019). En augmentant le besoin de soutien social, le contexte renforce la valeur de cette ressource (Winkel, Wyland, Shaffer et Clason, 2011). L'analyse du CRP montre que le contexte influe sur la valeur de la ressource en rendant prégnant le besoin d'obtenir cette ressource. La littérature montre que les bénéfices de pratiques organisationnelles, agissant comme passageways, dépendent de leur adéquation aux besoins des individus (Mansour et Tremblay, 2018). Nous ajoutons, au vu de nos résultats, que ces pratiques peuvent agir aussi en influant sur l'intensité du besoin de la ressource.

**Mécanismes de restauration des ressources.** Face à une perte de ressources, les individus tentent de restaurer les mêmes ressources (stratégies de remplacement) ou d'obtenir des ressources différentes (stratégie de substitution ou de compensation) (Hobfoll, 2001). Face à la perte du soutien social vécue par les cadres de

santé et les CPP, les résultats montrent que ces derniers l'ont partiellement compensée. Dans le contexte de polarisation, ces derniers ont bénéficié d'une formation universitaire au management. L'attribution de cette ressource de développement a généré de nouvelles ressources sociales par le développement de relations interpersonnelles plus étroites avec la quasi-totalité des cadres de pôle. De leur côté, les cadres de santé ont également tenté de compenser la perte de soutien social par la création de réseaux informels (prise en commun de repas, sorties) ou formels (participation à des groupes de travail, engagement syndical). Dans la mesure où ces dernières ressources ne sont pas validées institutionnellement, le processus de restauration des pertes, moins systématique, est plus long et partiel. Nos résultats convergent avec ceux de Rossano (2019) en ce qu'ils montrent que la compensation est moindre lorsque l'atteinte aux ressources est portée par l'organisation et le gain de ressources est obtenu des pairs.

Les mécanismes peuvent se renforcer mutuellement. Ainsi, le CRP peut agir à la fois sur l'intensité du besoin d'une ressource et sa disponibilité, accroissant alors la perception de perte ou de gain. Ainsi, nous avons évoqué l'accroissement du besoin de soutien social des pairs pour les cadres de santé. Parallèlement, ces derniers ne parviennent pas à obtenir cette ressource en raison de la disparition des lieux d'échange formels. La conjonction des deux mécanismes accroît dans cet exemple la perception de perte de ressources. Cette conjonction peut jouer à l'inverse et conduire à une perception de gains. Nous synthétisons dans la figure suivante les mécanismes d'action du CRP.

**Figure 2 : Les mécanismes d'action du « Caravan Resources Passageway »**



## 5. CONCLUSION

L'apport théorique principal de notre recherche repose sur l'identification des mécanismes à l'œuvre dans un CRP. Cela nous permet de comprendre comment l'évolution d'un contexte organisationnel influe sur les perceptions de ressources de deux groupes d'acteurs. Notre travail complète les travaux relatifs à la théorie de la conservation des ressources qui n'ont, à notre connaissance, jamais procédé à cette exploration du CRP. Cette étude de cas a permis d'identifier six mécanismes : l'attribution de ressources, l'invalidation de ressources, la diffusion de signaux pour investir en ressources, le renforcement des gains et des pertes, le renforcement ou l'atténuation du besoin en ressources et la restauration de ressources. Un deuxième apport théorique réside dans l'ajout de la dimension structurelle dans l'analyse d'un CRP. Enfin, notre travail vient également enrichir la littérature sur les pôles d'activité en analysant la manière dont la structuration de l'établissement impacte les ressources de l'encadrement paramédical.

Notre recherche souffre d'un certain nombre de limites. La limite essentielle réside dans l'absence d'étude longitudinale. Ce biais est d'autant plus significatif que nous n'avons pas pu comparer les ressources avant et après la mise en place de la délégation polaire dix ans auparavant. Notre analyse repose sur les représentations des acteurs interrogés. Nous devons souligner le fait que la méthode d'analyse discursive ne permet pas d'établir une échelle de mesure précise des pertes ou des gains de ressources.

Les implications managériales sont nombreuses. D'un point de vue pratique, cette étude permet d'identifier des pistes d'action permettant d'infléchir les perceptions de perte de ressources des membres d'un groupe professionnel et indirectement de réduire ses impacts en termes de risques psycho-sociaux. La perte de ressources sociales (soutien organisationnel perçu, soutien managérial, soutien par les pairs), de ressources organisationnelles et de ressources du travail (autonomie, latitude et signification de la tâche) peut se traduire à terme par un affaiblissement de la capacité à gérer le stress, un désengagement voire une usure professionnelle des cadres de santé (Demerouti et al., 2001). Ces impacts sont d'autant plus forts que les circonstances des pertes de ressources sont constantes car structurelles. La disponibilité du soutien organisationnel, du soutien social ainsi que du soutien managérial constitue un facteur prédictif du maintien du réservoir de ressources personnelles des cadres de santé en présence d'événements perturbateurs (Hobfoll, 2012 ; Chen et al., 2015). Par conséquent, l'élaboration de stratégies de restauration de ces ressources organisationnelles constitue un enjeu institutionnel fort dans un contexte d'évolutions structurelle et socio-culturelle de l'établissement. Les pratiques de

restauration peuvent recouvrir différentes formes : développer la reconnaissance institutionnelle du rôle des cadres (pratiques d'évaluation, récompenses, communication institutionnelle), recréer des espaces de discussion entre les cadres (ateliers cadres, journées cadres), valoriser la coopération et l'entraide, réaffirmer le rôle de la direction des soins comme levier de coordination, renforcer la présence des CPP auprès des cadres de santé (feed back, management de terrain). Un ensemble d'acteurs se partagent la responsabilité de ces stratégies de restauration. Elles concernent le sommet stratégique (la direction des soins, la direction des ressources humaines, la direction générale), dont l'implication est généralement identifiée comme nécessaire (Chen et al., 2015), mais également la ligne hiérarchique (chefs de pôle et CPP) et les cadres de santé eux-mêmes. Dans ces stratégies de restauration, les CPP jouent un rôle central. Nos résultats illustrent, comme le recommande Hobfoll (2011), l'importance du soutien des individus titulaires de davantage de ressources, à l'égard de ceux en possédant moins, afin d'améliorer et de préserver la fiabilité et la performance du groupe. Compte tenu de la nature collective des représentations de ressources et de leur circulation en caravane, la restauration des ressources doit être collective et traiter concomitamment de toutes les ressources. Hobfoll et al. (2018) a montré l'existence, et l'impact sur les résultats organisationnels, d'un crossover c'est-à-dire d'un transfert de ressources entre manager et managé (« Leader Member Exchange »). À cet égard, le rôle des CPP, parce qu'ils disposent d'un réservoir important de ressources, est essentiel dans la restauration des ressources des cadres de santé. Il s'agit de créer à l'échelle de l'institution, un environnement de travail, un CRP, qui favorise les échanges de ressources entre les différents niveaux de la ligne managériale (Gutermann et al., 2017). L'analyse des processus par lesquels les crossovers opèrent constitue un prolongement naturel de notre recherche tout comme les interactions entre les différents mécanismes à l'œuvre au sein du CRP. Dans le prolongement des travaux de Mansour et Tremblay (2108), nous pourrions par exemple considérer que l'atténuation ou le renforcement du besoin de ressources joue le rôle de variable modératrice de l'influence de l'attribution ou de l'invalidation de ressources sur la perception des pertes ou des gains de ressources pour les groupes de cadres.

## RÉFÉRENCES

- ABORD DE CHATILLON, E., BLONDET, C., BRANCHET, B., CRAMBES, C., COMMEIRAS, N., MALAQUIN, M., ROSSANO, M. & VALETTE, A. (2016). La prévention des risques psycho-sociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs. Privé) – Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête Conditions de Travail 2013, *Rapport à la DGAFP : programme « Les conditions de travail dans la crise : post-enquêtes et exploitations secondaires »*, novembre, 278 p.
- BARDIN, L. (1998). *L'analyse de contenu*. PUF.
- BOURRET, P. (2006). *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*. Ed. Selī Arslam.
- BRÉCHAT, P.-H. LEENHARDT, A., MATHIEU- GRENOUILLEAU, M.-C., RYMER, R., MATISSE, F., BARAILLE, D. & BEAUFILS, P. (2010). Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique. *Santé Publique*, vol. 22, p. 571-580.
- BURELLIER, F., GAVAULT, S., LAUDE, L., ANGELÉ-HALGAND, N., BARET, C., LOUAZEL, M., ORVAIN, J. & RUIILLIER, C. (2019). Qui veut laver ma blouse ? la légitimation collective d'activités teintes. Le cas des équipes de gestion de pôles. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol 2, n°2, p. 177-195.
- CARRIER-VERNHET, A. (2012). *Implication organisationnelle et épuisement professionnel : une analyse par la théorie de la conservation des ressources*. Thèse Université de Grenoble.
- CAMPBELL M.-C., MOHR, G. & VERLEGH, P.-W.-J. (2013). Can disclosures lead consumers to resist covert persuasion ? The important roles of disclosure timing and type of response. *Journal of Consumer Psychology*, vol. 23, n° 4, p. 483-495.
- CHEN S., WESTMAN, M. & HOBFOLL, SE. (2015). The commerce and crossover of resources: resource conservation in the service of resilience. *Stress Health*, vol. 31, n°2, p. 95–105.
- COMMEIRAS, N, EGGRICKKX, A. & GEORGESCU, I. (2019). Changements, incertitudes et qualité de vie au travail : Le cas d'un regroupement de laboratoires de biologie médicale. *@GRH*, vol. 2, n°31, p. 35-63.
- DEMEROUTI, E., BAKKER, A. B., NACHREINER, F. & SCHAUFELI, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, vol. 86 (3), 499-512.

DIVAY, S. & GADÉA, C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, (4), 677-687.

DOMY, P. (2012). L'impact de l'organisation polaire sur le pilotage des établissements. In Nobre, T. & Lambert, P. (dir.). *Le management de pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis*, Dunod, p. 27-42.

DUMAS, M. & RUIILLIER, C. (2013). Quelles compétences pour le cadre de santé de demain ? Entre prescriptions multi-objectifs et réalité du terrain : un métier à « panser ». *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°87, p. 42-58.

FOURCADE, J.P. (2011). *Rapport au Parlement du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, institué par l'article 35 de la loi du 2 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, France : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, juillet.

GAVAULT, S., LAUDE, L. & BARET, C. (2014). L'institutionnalisation des pôles d'activité médicale : entre agir stratégique et agir projectif. *Journal de gestion et d'économie médicales*, n° 7, vol. 32, p. 463-480.

GORGIEVSKI, M. J. & HOBFOLL, S. E. (2008). Work can burn us out or fire us up: Conservation of resources in burn-out and engagement. In Halbesleben J. (Ed.), *Handbook of stress and burnout in health care*. Hauppauge, NY: Nova Science, p. 7-22.

GRENIER, C. & BERNARDINI, J. (2012). La mise en place d'une fonction hybride dans l'organisation pluraliste : vers un espace hybride d'articulation de logiques institutionnelles concurrentes – Chef de pôle et pôle de services dans une organisation hospitalière. *1er Congrès ARAMOS*, Paris, novembre.

GUTERMANN, D. LEHMANN-WILLENBROCK, N., BOER D., BORN, M. & VOELPEL, S.C. (2017). How leaders affect followers' work engagement and performance : Integrating leader-member exchange and crossover theory. *British Journal of Management*, vol. 28, n°2, p. 299-314.

HALBESLEBEN, J. R. B., NEVEU, J. P., PAUSTIAN-UNDERAHL, S. C. & WESTMAN M. (2014). Getting to the "COR": understanding the role of resources in conservation of resources theory. *Journal of Management*, vol. 40 (5), p. 1334-1364.

HALBESLEBEN, J. R. B. & WHEELER, A.R. (2015). To invest or not ? The role of coworker and trust support in daily reciprocal gain spirals on helping behaviors. *Journal of Management*, vol. 41, n°6, p. 1628-1650.

HAVARD, C. (2015). L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ?. *@GRH*, vol. 3, n° 16, p. 91-125.

HLADY RISPAL, M. (2002). *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*. De Boeck.

- HOBFOLL, S. E. (1988). *The ecology of stress*. Washington D.C., Hemisphere.
- HOBFOLL, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, XLIV, 3, 1989, p. 513-524.
- HOBFOLL, S.E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. New York, Plenum.
- HOBFOLL, S.E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, L, 3, 2001, p. 337-421.
- HOBFOLL, S. E., & SHIROM, A. (2000). Stress and burnout in the workplace: Conservation of resources. In Golembiewski, R. T. (dir.). *Handbook of organizational behavior*. 2e éd., New York: Dekker p. 57-81.
- HOBFOLL, S.E. (2011). Conservation of resource caravans and engaged settings. *Journal of occupational and Organizational Psychology*, vol. 84, p.116-122.
- HOBFOLL, S.E. (2012). Conservation of Resources and Disaster in Cultural Context : The Caravans and Passageways for Resources. *Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes*, vol. 75, n°3, p. 227-232.
- HOBFOLL, S.E., HALBESLEBEN, J., NEVEU, J.-P. & WESTMAN, M. (2018). Conservation of Resources in the Organizational Context: The Reality of Resources and Their Consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, vol. 5, p. 103-128.
- MANSOUR, S. & TREMBLAY, D.-G. (2018). Work–family conflict/family–work conflict, job stress, burnout and intention to leave in the hotel industry in Quebec (Canada): moderating role of need for family friendly practices as “resource passageways”. *The International Journal of Human Resource Management*, vol. 29, n° 16, p. 2399-2430.
- MARCHAND, C. & VANDENBERGHE, C. (2014). Le soutien organisationnel perçu peut-il agir comme une ressource sociale ? Une analyse sous l’angle de la théorie de la conservation des ressources. *Psychologie du travail et des organisations*, vol. 20, p. 63-89.
- MARCHAND, C. (2015). Trois études sur les effets du soutien organisationnel sur le stress, la santé psychologique des employés et la performance. Thèse HEC Montréal.
- MINTZBERG, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d’Organisation.
- NEVEU, J.-P. (2007). Jailed resources: Conservation of resources theory as applied to burnout among prison guards. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 28, n°1, p. 21-42.

NOBRE, T. & LAMBERT, P. (dir.) (2012). *Le management de pôles à l'hôpital – Regards croisés, enjeux et défis*. Dunod.

PAILLÉ, P. & MUCCHIELLI, A. (2005). L'analyse qualitative à l'aide des catégories conceptualisantes. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, p. 315-374.

POUVOURVILLE, G. & TEDESCO, J. (2003), La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *Revue française de gestion*, vol. 5, n°146, p. 205-218.

RESENTERRA, F., GIAUQUE, D. & SIGGEN, M. (2013). Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des hôpitaux de Suisse romande. *Humanisme et Entreprise*, vol. 5, n° 315, p. 1-24.

RIVIÈRE, A., COMMEIRAS, N. & LOUBES, A. (2013). Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicale*, p. 142-162

RIVIÈRE, A., COMMEIRAS, N. & LOUBÈS, A. (2019). Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé. *Revue de gestion des ressources humaines*, (2), p. 3.

RIVIERE, A. (2014). *Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de santé : Une étude empirique à l'hôpital public*. Thèse Montpellier.

ROSSANO, M., ABORD DE CHATILLON, E. & DESMARAIS, C. (2015). Rupture du contrat psychologique et risques psychosociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources. *Revue Gestion des ressources humaines*, (95), p. 58-77.

ROSSANO, M. & ABORD DE CHATILLON, E. (2018). À quelles ressources s'accrocher quand rien ne tient : une analyse des conditions de travail des personnels hospitaliers par la théorie de la liquidité. 29e Conférence de l'AGRH, Lyon.

ROSSANO, M. (2019). Rencontre entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 2, n° 2, p. 135 à 158.

RUILLIER, C. (2012). Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. *Management et Avenir*, n°52, p. 15-34.

SAFY-GODINEAU, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue du travail*, n° 3. <https://journals.openedition.org/nrt/1042>.

SCHAUFELI, W. B. (2015). Engaging leadership in the job demands-resources model », *Career Development International*. Vol. 20, n° 5, p. 446-463.

SIGGELKOW, N. (2007). Persuasion with case studies. *Academy of Management Journal*, 50 (1), p. 20-24.

SILVERI, F., (2017). Peut-on compenser des conditions de travail nocives ? L'apport du modèle Exigences-Ressources. *@GRH*, n°24, p. 29-53.

VALETTE, A., GRENIER, C., SAULPIC, O. & ZARLOWSKI, P. (2015). La fabrication du « médico-économique » à l'hôpital français : une analyse de la littérature. *Revue Politiques et Management Public*, vol. 32, n° 3, p. 241-264.

VALLEJO, J. (2018). *L'impact d'un changement de structure sur la prise de décision : le cas de l'introduction des pôles à l'hôpital public*. Thèse Aix-Marseille Université.

WINKEL, D. E., WYLAND, R. L., SHAFFER, M. A. & CLASON, P. (2011). A new perspective on psychological resources: Unanticipated consequences of impulsivity and emotional intelligence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 84, p. 78–94.

WRIGHT, T.A. & HOBFOLL, S.E. (2004). Commitment, psychological well-being and job performance : An examination of conservation of resources (COR) theory and jobburnout. *Journal of Business and Management*, vol.9, n°4, p. 389-406.

YIN R.K., (2009). *Case Study Research, Design and Methods*. 4th Ed. London: Sage Publications.

ZEGGAR, H., VALLET, G., & TERCERIE, O. (2010). *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, IGAS, février.

## ANNEXE 1 : LES MISSIONS DU TRINÔME DE PÔLE

Le Chef de pôle	<p>Le chef de pôle contribue à la stratégie de l'établissement en proposant, dans le projet de pôle, des dispositifs de soins cohérents avec le projet d'établissement, la politique de santé publique et les besoins des patients/ du territoire.</p> <p>Il pilote et anime l'organisation interne la mieux adaptée pour une prise en charge efficace des patients, en étant garant de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par le pôle.</p> <p>Il s'appuie sur des indicateurs pour piloter l'adéquation entre moyens et activité, afin d'atteindre les objectifs de performance médico-économique contractualisés avec la direction et les fonctions support.</p>
Le cadre paramédical de pôle	<p>Il décline le projet de soin institutionnel au sein du pôle en relation avec le chef de pôle.</p> <p>Il planifie, organise et coordonne les soins / les activités d'un pôle, en veillant à l'optimisation des moyens et équipements dédiés, dans le respect des contraintes QHSE, et en gérant des encadrants de proximité.</p> <p>Il met en œuvre l'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles du pôle.</p>
Le cadre administratif de pôle	<p>Il organise, coordonne et encadre les moyens du pôle.</p>

## ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

### › Thème 1 : Le travail du cadre en contexte polaire

1. Pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste votre travail au sein du pôle ?  
Relance : En quoi l'organisation polaire a-t-elle modifié ce travail ?
2. Avez-vous gagné en autonomie de travail ?

### › Thème 2 : Identification des différentes ressources disponibles

3. De quels moyens disposez-vous pour réaliser votre travail ?  
Relance : Ces derniers ont-ils progressé ou diminué avec l'organisation polaire ?
4. Comment se déroulent les relations avec vos collègues ? Comment ont-elles évolué ?
5. Comment se déroulent les relations avec votre manager ? Comment ont-elles évolué ?

6. Quelles sont les sources de développement des compétences ?

7. Quels sont vos projets professionnels actuels ?

› **Thème 3 : Données socio-démographiques**

- Genre
- Age
- Intitulé du poste
- Ancienneté dans la structure
- Ancienneté dans le poste