

50374

1994

213

20102 276 50374
1994
213

**LE CONTRÔLE DE GESTION
DANS UNE
BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE :
CONTRIBUTION À LA MODÉLISATION
DU CAS DE L'HÔPITAL PUBLIC.**

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du
Doctorat ès Sciences de gestion par :

Marie-Claude MASSE.

Directeur de recherche : **Alain DESREUMAUX**
Professeur, Université des Sciences et
Technologies de Lille, I.A.E.

L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation, aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

*En toute simplicité et avec grande sincérité,
j'adresse mes remerciements à :*

*Monsieur Alain Desreumaux,
Monsieur Pierre Louart,
Monsieur Joël Bafcop,
Messieurs les membres du jury,*

*Monsieur André-Gwénaél Pors
et ses collègues du C.h.r.u. de Lille,*

*L'équipe du D.u.e.g.e.,
Françoise et Marie-Paule,*

*Monsieur Didier Archange,
Monsieur Philippe Lambelin,
et Madame Geneviève Madou.*

La frontière est dans l'imaginaire de chacun une ligne bien particulière. Elle est tout à la fois source de protection et de rencontre. Si on prend ce concept sous un angle plus métaphorique, il est l'objet de débats passionnés, parfois féconds. Ne discute-t-on pas, en sciences de gestion, de frontière d'entreprise ?

J'ai peut-être le sentiment trop exacerbé que la frontière peut être une source de richesse. J'aimerais dire que cette thèse est en quelque sorte à la frontière, à la limite de plusieurs domaines, ou plus exactement à la croisée de plusieurs chemins.

Mon recrutement à l'I.A.E. par Pierre Louart, il m'a donné l'opportunité de m'engager dans des études doctorales et m'a procuré au cours de cette dernière année les conditions propices à la réalisation de cette recherche.

Mon intégration dans l'équipe de recherche dirigée par Alain Desreumaux, il m'a accordé une confiance constante et a su me communiquer sa curiosité et son goût pour la lecture, le questionnement, l'exigence dans l'interprétation face à une littérature qu'il m'a largement aidée à découvrir.

Mes discussions avec un ami, Jean-Paul Gillet, il m'a alertée sur nombre de sujets d'actualité de la vie hospitalière qui soulèvent de multiples débats, ce que confirme largement la littérature. Il m'a, avec mon amie Jacqueline, son épouse, fortement encouragée à mener à bien ce projet.

Ma rencontre avec Michel, il m'a grandement aidée à appréhender toute la littérature micro-économique et la modélisation. Et surtout, il m'a soutenue pendant tout ce travail. Je peux dire que nous l'avons mené ensemble à son terme.

Mon parcours professionnel, j'ai travaillé pendant plus de dix ans dans le milieu hospitalier où j'exerçais la profession d'infirmière. Ceci m'a permis d'utiliser mon expérience(de joindre l'utile à l'agréable), mais aussi d'élargir mon champ de connaissances en abordant, cette fois, l'hôpital sous l'angle de la gestion.

SOMMAIRE.

Introduction Générale.

**PREMIÈRE PARTIE : LA GESTATION D'UN CONTRÔLE DE
GESTION À L'HÔPITAL : UNE ÉTUDE
CLINIQUE AU SEIN D'UN CHRU.**

Chapitre I L'activité au sein d'une bureaucratie professionnelle hospitalière.

Chapitre II L'évolution de la nature du contrôle.

Chapitre III L'émergence d'une gestion stratégique et d'un contrôle de gestion.

**DEUXIÈME PARTIE : L'EFFICACITÉ DES OUTILS DE CONTRÔLE :
UNE ANALYSE POSITIVE DU BUDGET DE
SERVICE.**

Chapitre IV Incertitude de l'activité hospitalière et incitation budgétaire.

Chapitre V L'efficacité théorique du budget dans une bureaucratie professionnelle.

Chapitre VI Connaissance de l'activité et choix d'une politique budgétaire.

Conclusion Générale.

Bibliographie.

Table des matières.

INTRODUCTION GÉNÉRALE.

"Il y a de bons et de mauvais conducteurs, mais un automobiliste va toujours plus vite qu'un piéton, grâce à sa machine. Il y a de bons et de mauvais gestionnaires, mais celui qui dispose des techniques rationnelles de gestion est toujours plus efficace que celui qui n'a que son flair". Lassègue (1992).

Cet extrait de l'une des préfaces rédigée par Lassègue pour l'Encyclopédie Vuibert publiée en 1992 rappelle que, quel que soit le domaine considéré, la recherche d'une meilleure gestion des ressources et des hommes ne va pas sans une interrogation sur la qualité des techniques utilisées. Le nombre des articles publiés au cours de ces dix dernières années dans une revue professionnelle comme *Gestions Hospitalières* démontre, s'il le fallait, que cet aspect des choses n'est pas resté limité à l'entreprise privée, mais qu'il a pénétré aussi l'hôpital.

"Nous croyons bien connaître l'hôpital, cette institution qui nous est chère, et pourtant son identité idéale nous échappe chaque fois que nous tentons de l'intégrer dans un univers rationnel et limité",

écrit de son côté Choussat (1988), Directeur général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, dans la préface d'un ouvrage prospectif, "L'hôpital au XXI^e siècle".

L'aventure serait-elle vaine ? Nous ne le pensons pas, bien évidemment. Il faut cependant d'emblée reconnaître que le terrain est chargé d'émotivité. On n'aborde pas une institution qui accueille ceux qui souffrent sans faire montre d'un minimum d'égards et de savoir spécifique. Mais cette première barrière franchie, le sujet reste ouvert, large et pénétrant. Le même auteur, Choussat, ne conclut-il pas sa préface en ces termes :

"L'hôpital-entreprise, où la gestion ne concerne plus seulement les soins et les équipements mais les ressources humaines, où se développent esprit d'initiative, réflexion, créativité qui concourent de plus en plus à sa réussite, est sans doute le scénario qui m'est le plus cher".

L'enthousiasme du chercheur n'est donc pas atteint. En toute honnêteté, nous devons aussi signaler d'emblée que le choix de ce terrain de recherche n'est pas pour nous le fruit d'un hasard. Plus récemment formée au raisonnement économique et à celui de la gestion qu'aux techniques de soins, nous n'oublions pas cependant qu'il est toujours opportun de savoir exploiter un avantage comparatif. Une expérience de douze ans du milieu hospitalier nous a sans aucun doute permis de pénétrer différemment une organisation aussi particulière.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 définit dans son article L 714-1 les établissements publics de santé ainsi :

"Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Leur objet principal n'est

ni industriel, ni commercial. Ils sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux".

"Ils sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur nommé par le ministre chargé de la santé, après avis du président du conseil d'administration".

"Les établissements publics de santé sont soumis au contrôle de l'État, dans les conditions prévues au présent titre".

L'hôpital public n'est donc pas un simple service d'une administration. C'est une entité juridique autonome, dotée de ses propres organes de direction et d'un patrimoine. Il est donc tout à fait justifié de s'intéresser à sa gestion, même si cette dernière s'exerce dans un cadre réglementaire particulier et avec un objet qui n'est ni industriel, ni commercial.

Ce n'est pas là d'ailleurs la principale originalité. L'exercice de la santé nécessite le recours à des corps de professionnels hautement qualifiés, au premier plan desquels on compte les médecins. Leur formation très homogène et très poussée à la fois, leur exercice dans des conditions de très large autonomie par rapport à la direction de l'établissement, confèrent au corps des médecins hospitaliers une place particulière. Cette dernière contribue à façonner la structure de cette organisation suivant un mode original. Pour la représenter, nous empruntons à Mintzberg (1979, 1983) le concept de bureaucratie professionnelle. C'est une structure largement décentralisée où le pouvoir est fondé bien plus sur la compétence professionnelle que sur la position hiérarchique. Ce modèle de la bureaucratie professionnelle n'est pas limité seulement aux hôpitaux, mais ils en sont un exemple caractéristique :

"Ce type d'organisation apparaît lorsque le centre opérationnel est dominé par des opérateurs qualifiés qui

Liste des principales notations utilisées :

(par ordre alphabétique)

A	importance budgétaire des projets d'activités nouvelles présentés par le service.	I_z	poids accordé à l'incertitude de mesure de la carence dans la fonction de notation par le S.A.
\bar{A}	budget total des activités nouvelles pour l'hôpital.	I₁	poids accordé par le S.A. au dépassement budgétaire.
a	montant alloué au service pour les activités nouvelles.	I_b	constante dans le calcul de I ₁ .
a₁	coefficient de la fonction d'utilité du service par rapport à l'attrait pour les activités nouvelles.	I₂	constante de la fonction de notation.
a₁	vraie qualité non observable des projets d'activités nouvelles (supposée égale au coefficient précédent).	k	importance relative accordée par la CMA au service.
b	seuil d'analyse budgétaire.	N(x,d)	appréciation fournie par le S.A. sur le service.
c	carence (soins demandés non fournis).	P(d,e)	production de soins.
c₁ et c₂	coefficients de la fonction d'utilité du service par rapport à la carence.	p₁	sensibilité de la production au budget des dépenses.
d	dépenses courantes à maîtriser.	p₂	sensibilité de la production à l'effort de contrôle.
d₁	montant de dépenses incompressibles par unité produite.	φ	fonction de distribution de probabilités attribuées par la CMA à y conditionnellement à a ₁ , x, d et h.
d* (P)	dépenses strictement nécessitées par la production P.	R	coût associé à un financement par unité de fonds.
d^s (e, P)	dépenses non nécessaires ou gaspillage.	s	écart entre la demande de soins et la production en %.
d₁^s	gaspillage sans effort de contrôle des dépenses.	S₀	demande de soins espérée et fixée au niveau stratégique.
d₂^s	réduction de gaspillage par unité d'effort de contrôle.	\tilde{S}	niveau de soins attendus en t=1.
e	effort de contrôle des dépenses.	$\Delta\tilde{S}$	composante aléatoire de la demande.
\bar{e}	effort de contrôle maximum.	σ_{ϵ}^2	variance de l'erreur de mesure de la carence par le S.A.
\underline{e}	effort de contrôle minimum.	σ_y	écart type du signal y.
ε	erreur de mesure de la carence par le S.A.	Θ	système d'information mis en place par le S.A. auprès du service.
e₁ et e₂	coefficients de la fonction d'utilité du service par rapport à l'effort de contrôle des dépenses.	θ	fonction de distribution de probabilités de x conditionnellement à c et Θ.
f, n, n, q, r et t	coefficients de calcul intermédiaires.	U(e,c,a)	fonction d'utilité d'un service.
G	fonction qui mesure la satisfaction retirée d'un financement d'activités nouvelles par le service.	ω	variable d'intégration pour le niveau de demande.
h	poids accordé au service par le S.A. dans sa notation.	x	signal perçu par le S.A. donnant une information bruitée sur c.
η	système d'information propre aux médecins de la CMA.	y	signal perçu par la CMA sur la qualité des projets d'activités nouvelles.
I()	fonction de mesure de l'équité de la notation par le S.A.	y_R	$y_R = 1 - \frac{R}{ka_1}$ ou $y_R = 1$.

utilisent des procédures difficiles à apprendre mais en même temps bien définies. Cela correspond à un environnement suffisamment complexe pour requérir l'utilisation de procédures dont l'apprentissage est long et suffisamment stable pour que les compétences aient pu être standardisées. C'est la structure qu'adoptent volontiers les hôpitaux, les universités, certaines sociétés de conseil". Desreumaux (1992).

Nous avons noté dès les premières lignes de cette introduction que gestion et activité hospitalière ne faisaient pas un couple évident. Cette union repose sans aucun doute plus sur la nécessité que sur l'intérêt des principaux acteurs professionnels. Les limites des financements que peut accorder la Nation à la santé sont suffisamment rappelées dans les divers médias pour qu'elles soient bien un jour en mesure d'affecter la vie de l'hôpital. Qu'on l'appelle maîtrise ou contrôle, nous sommes bien face à un des problèmes les plus délicats de ces vingt dernières années. Nous avons choisi de l'aborder au niveau de l'hôpital lui-même, au sein de chacune de ses composantes. C'est dans cette perspective que s'inscrit l'émergence d'un contrôle de gestion. Mais le concept de contrôle de gestion est, lui aussi, bien difficile à appréhender et, en ce sens, nous ne manquons pas de multiplier les difficultés. Bouquin (1988) n'écrit-il pas :

"L'idée de contrôle est plus ancienne encore que celle d'organisation, et aussi peu claire. Celle-là suit maintenant les vicissitudes de celle-ci, avec un soupçon d'ambiguïté du reste. Contrôler, est-ce diriger, maîtriser, vérifier, influencer, ou tout cela à la fois selon des dosages variables ? Comment délimiter le champ du contrôle?"

Face à autant de difficultés, nous avons choisi de restreindre l'étendue du concept. Il nous est apparu difficile de vouloir voir large sur deux dimensions simultanément. Aussi avons-nous

réduit notre acception du terme contrôle à l'une des plus courantes de la littérature, celle développée par Anthony (1988). Certes, cette vision est limitée et va nous conduire à donner beaucoup d'importance à un ensemble d'outils financiers et comptables, au premier rang desquels figure le budget. Mais nous faisons valoir que dans une organisation où le contrôle émerge, il n'est pas inutile de se rapprocher des conceptions les plus anciennes dans l'entreprise privée. De plus, commencer par utiliser efficacement l'outil comptable est peut-être un bon choix. Nous nous permettons de rapprocher cette suggestion du commentaire, adressé dans un autre cadre, par Couret et Hirigoyen (1989) :

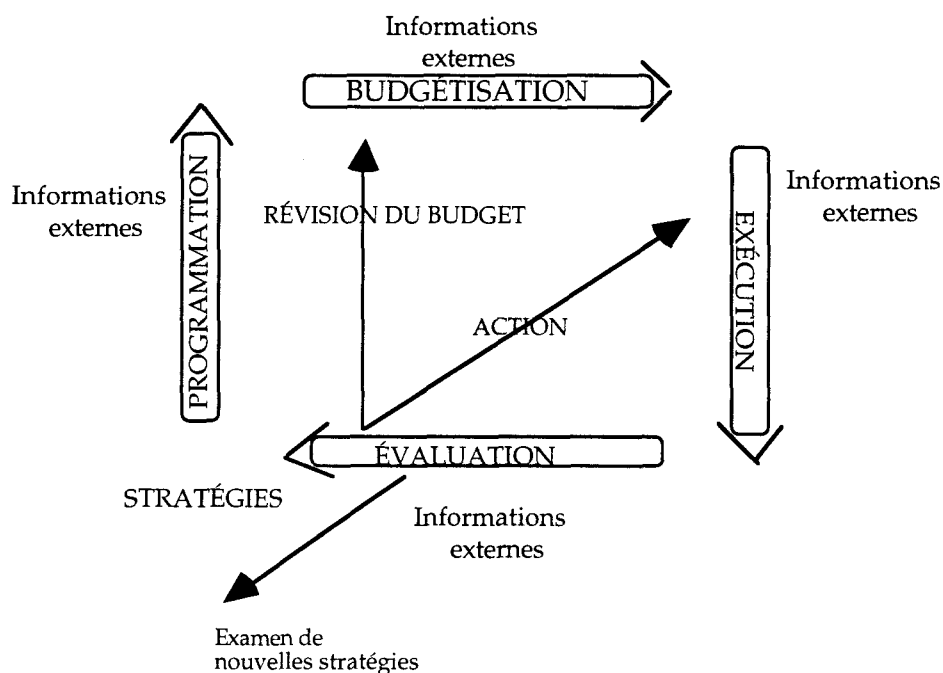
"L'idée que la comptabilité pouvait être un instrument commode et peu coûteux d'information pour le gestionnaire semble n'être apparue qu'à une époque assez récente. Dans la pratique, elle l'est depuis longtemps."

Pour en revenir à la définition du contrôle de gestion proposée par Anthony, nous rappelons les termes qui suivent.

"Le contrôle de gestion est le processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour appliquer les stratégies".

La liaison avec la stratégie est déterminante, et c'est parce que le CHRU de Lille est engagé depuis plusieurs années dans la mise en oeuvre d'une démarche stratégique que nous avons retenu son cas. Anthony (1988) précise un peu plus loin :

"Comme le montre la figure, le processus de contrôle de gestion pour les activités courantes se compose de quatre phases : la programmation, la préparation des budgets, l'exécution et l'évaluation. Chacune de ces phases est décrite ci-dessous".



Si Anthony suggère que dans les organisations de petite taille ou relativement stables, le processus formel de programmation n'est pas nécessaire (de même pour celles qui ne disposent pas de prévisions fiables), il reconnaît au budget un rôle clé, y compris pour les organisations à but non lucratif.

"Les organisations à but non lucratif, y compris le gouvernement, utilisent aussi les budgets annuels comme dispositif essentiel de contrôle de gestion".

Tels sont donc notre objet et notre lieu d'étude. Il nous reste à préciser au niveau de la méthode ce que nous entendons par modélisation. L'une des ambitions de ce travail est d'établir une représentation formalisée pour rendre compte de phénomènes observés lors de la réalisation du processus de contrôle de gestion à l'hôpital. Nous souhaitons insister dès à présent sur le fait que nous n'entendons pas atteindre cet objectif en n'utilisant qu'un seul langage, une seule forme de représentation. Comme nous aurons

l'occasion de le préciser lors de la présentation de la méthodologie utilisée, nos représentations sont à la fois littéraires et mathématiques. Nous serons conduite à passer de l'une à l'autre. Notre objectif n'est pas seulement de rendre compte de ce qui se passe dans un CHRU ; il est aussi d'élaborer un modèle d'une portée plus grande en s'inscrivant dans des paradigmes plus généraux. En nous inspirant des développements récents de la micro-économie, nous avons tenté d'éviter l'écueil signalé par Bouquin (1988) :

"Les technologies prolifèrent et les modes encore plus ; certains (faut-il s'y compter ?) redoutent de rencontrer encore, dans notre discipline, quelque éponge de Réaumur ou une théorie du magnétisme animal".

Si nous ne prétendons pas tout au long de ce travail proposer des outils nouveaux, des normes ou des prescriptions à suivre, et si nous avons privilégié une perspective plus théorique, nous faisons toutefois nôtre cet avertissement d'Anthony (1988) :

"Je crois profondément qu'il ne devrait pas y avoir de différence entre une bonne pratique et une saine théorie. Si une telle différence existe, soit la théorie est fautive, soit la pratique est incorrecte".

Si notre recherche se rapproche quant à l'objet de travaux récemment publiés, comme ceux de Ducrocq (1989), Halgand (1993) ou Tonneau (1994), elle diffère sensiblement quant à la méthode et à la problématique. Tonneau est beaucoup plus concerné par la logique de développement des établissements hospitaliers dans le cadre d'une carte sanitaire. Halgand est plus intéressée par la pertinence d'un outil, le GHM (Groupe Homogène de Malades), pour le dessin d'un système d'information. Ducrocq a privilégié l'étude de la diffusion des techniques et des outils de management au sein des établissements hospitaliers publics ou privés. La démarche que nous avons choisie présente plusieurs intérêts d'ordre théorique, méthodologique et pratique.

Cette étude revêt quatre intérêts principaux au plan théorique. Le premier est de s'attacher à définir les caractéristiques principales d'un modèle de contrôle de gestion propre à une bureaucratie professionnelle. La difficulté de caractériser les relations entre les administratifs et les responsables opérationnels, ici les chefs de services, paraît invalider les modèles classiques. Mettre en place un contrôle suppose, à première vue, que les relations hiérarchiques et les délégations soient clairement définies au sein de l'organisation. Tout au moins, il y a là matière pour une réflexion originale. L'hôpital est de plus une bureaucratie dont la production est difficile à apprécier : la guérison des patients. En absence de mesures claires de l'activité, il semble hasardeux de mettre en oeuvre les mesures de performance caractéristiques des panoplies du contrôle de gestion. C'est la seconde difficulté à surmonter. Par ailleurs, afin d'assurer la convergence des actions entreprises par les différents acteurs, il est indispensable de disposer de mécanismes d'incitation. Le plus souvent, ces derniers prennent des formes monétaires, comme des primes, des intéressements aux résultats, des plans d'options d'achat d'actions. Bafcop, Bouquin et Desreumaux (1990) notent ainsi que dans un échantillon de 46 grandes entreprises françaises qu'ils ont analysées :

"le lien entre résultats des centres de responsabilité, en termes d'atteinte des objectifs, et évaluation des responsables est établi dans plus de 75 % des cas. La même proportion se vérifie pour ce qui est de l'existence de sanctions positives associées aux résultats des centres de responsabilité, ces sanctions étant majoritairement de type monétaire".

Le cadre rigide de la gestion du personnel dans un établissement public interdit le recours à de telles incitations. Il est donc indispensable d'en trouver d'autres, ou du moins de pouvoir recourir à des substituts efficaces. Nous voyons, à partir de ces quelques remarques, que s'engager dans l'élaboration d'un modèle de contrôle de gestion adapté

à une bureaucratie professionnelle, comme un hôpital public, représente un véritable défi au plan théorique.

Le second intérêt de cette étude est d'offrir un prolongement à la théorie dite de l'agence. Le souci d'élaborer une représentation simplifiée d'une organisation qui tienne compte raisonnablement de caractéristiques essentielles de la réalité, comme la séparation des fonctions d'apporteurs de capitaux et de dirigeants, la présence d'asymétries informationnelles, et l'incertitude entourant l'activité, a conduit à un modèle où les notions de principal, d'agent et de contrats les liant jouent un rôle nouveau. Cette représentation théorique a eu de nombreuses applications en économie d'entreprise, et dans différents domaines des sciences de gestion. Plus récemment, cette analyse a été étendue à différentes formes de bureaucraties; l'outillage initial (le contrat, la rémunération) a été élargi à des notions comme le quasi-contrat, l'échange sous forme de confiance. La théorie initiée par Breton et Wintrobe (1982) et synthétisée par Charreaux (1990), a pris le nom de théorie des transactions informelles. A l'intérieur de ces deux courants, nous avons cherché à offrir un développement original adapté au cas de l'hôpital public. Notre objectif est de fournir un cadre adapté où interviennent deux catégories d'acteurs, les administratifs et les professionnels, les uns mettant des moyens à disposition aux seconds. Ces derniers sont entièrement maîtres de leur exercice médical. Les conséquences financières doivent être appréciées conjointement. Des relations informelles de confiance sont tissées entre les acteurs. Il est intéressant de développer une modélisation de leurs comportements en envisageant un cadre qui maintient une cohérence et une efficacité à l'organisation. C'est notre second enjeu au plan théorique.

Le troisième intérêt est de fournir une analyse formalisée du rôle des systèmes d'information en avenir incertain dans le cadre d'un hôpital public. D'un côté, la littérature comptable offre un modèle

d'évaluation de l'information dans un cadre de décision en incertitude (Demski et Feltham, 1976). D'un autre côté, la littérature sur le contrôle de gestion hospitalier (Cauvin et Coyaud, 1990) mentionne les difficultés liées à l'incertitude, mais n'offre pas de cadre formalisé d'analyse. L'un des objectifs de ce travail est de rapprocher ces deux littératures et de fournir un cadre rigoureux à l'analyse du rôle joué par la variable de risque dans le contrôle de gestion à l'hôpital. Nous avons recours à l'outillage habituel de la micro-économie en univers incertain : variable aléatoire, distribution de probabilités, révisions bayésiennes en fonction des signaux reçus, fonction d'utilité et aversion au risque.

Le quatrième intérêt théorique de cette thèse est de proposer une contribution originale au courant de l'étude positive des outils comptables et plus particulièrement budgétaires. L'objectif n'est pas ici de proposer des normes de comportement et des recommandations en matière d'usage de budgets à l'hôpital. Nous allons chercher, d'un point de vue théorique, à identifier les déterminants de l'usage des outils. L'orientation que nous avons retenue va privilégier la recherche de la réponse à la question : pourquoi les instruments sont-ils utilisés comme ils le sont ? Et non la question : comment devraient-ils être utilisés ? Le courant de la recherche positive en comptabilité est relativement récent, mais surtout il est resté très centré sur les pratiques des entreprises privées, et essentiellement celles cotées en Bourse. En étendant cette analyse au cas d'une bureaucratie professionnelle publique, nous proposons un apport à la littérature existante.

La démarche méthodologique choisie s'organise autour de deux temps principaux. Nous sommes d'abord partie de l'observation du terrain pour élaborer un ensemble d'hypothèses. Nous les avons ensuite exploitées pour construire un modèle. La première phase est de type clinique et inductive, la seconde, de type modélisatrice et

déductive. Nous avons fait ce choix parce que nous sommes persuadée que la qualité d'un modèle formalisé dépend étroitement de la richesse des hypothèses de départ. Or, face à ce domaine relativement nouveau du contrôle de gestion à l'hôpital public, il nous est apparu que seule une étude sur le terrain permettrait de dégager les hypothèses pertinentes et d'éviter le risque de vouloir plaquer artificiellement une modélisation théorique inadaptée au cas étudié. Ce choix de stratégie de recherche a eu des conséquences relativement lourdes. Elle nous a conduite à entreprendre une variété d'exercices très différents les uns des autres et, à partir de là, à recourir à des littératures très hétérogènes. Nous souhaitons d'emblée insister sur la cohérence de cette séquence de travaux. Il nous eut été impossible de développer un modèle sans une phase préalable d'étude sur le terrain. Pour résumer, les principaux intérêts au plan méthodologique de cette thèse nous apparaissent être au nombre de quatre.

Le premier intérêt méthodologique est de recourir à l'étude de cas. Comme le note Eisenhardt (1989b), l'étude de cas est une stratégie de recherche à part entière. Ce n'est pas un exercice de seule description d'une situation donnée. La méthode est beaucoup plus raffinée et vise, à partir de l'observation d'une dynamique présente dans un cadre particulier, à élaborer un modèle. Le processus méthodologique a été enrichi au cours de ces dernières années par de nombreuses contributions ; outre celle d'Eisenhardt, on peut rappeler celles de Glaser et Strauss (1967) et Strauss (1987). Ces tenants de la "Grounded Theory" se font les avocats de la collecte d'informations sur le terrain et de leur comparaison systématique avec l'ensemble des théories existantes, afin de dégager progressivement de nouvelles catégories théoriques. Yin (1981, 1984) a défini un protocole d'étude de cas afin d'en accroître la validité et la fiabilité. Miles et Huberman (1984) ont développé un ensemble de techniques pour le traitement de données qualitatives. Le groupe de Warwick (Pettigrew, 1985) a apporté le concept de la triangulation des investigations, par exemple. Rispal

(1993) a proposé récemment une actualisation d'un tableau récapitulatif fourni par Eisenhardt (1989b) qui illustre l'intérêt suscité par cette méthode.

AUTEURS	CAS	THÈME ÉTUDIÉ	SOURCES
G. ALLISON (1971)	1	Crise de Cuba	Documents Entretiens
H. MINTZBERG (1975)	5 cadres d'entreprises	Comportements de gestion	Observation Documents
R. BURGELMAN (1983)	6 établissements d'une grande entreprise diversifiée à des stades de développement différents	Gestion stratégique de nouveaux établissements	Documents Entretiens Observation
S. HARRIS R. SUTTON (1986)	8 organisations très différentes sur le déclin	Rôle des cérémonies d'adieu d'organisations sur le déclin	Entretien Documents
L. PINFIELD (1986)	1 l'administration du gouvernement canadien	Le processus décisionnel au sein d'une bureau- cratie	Documents Entretiens Observation
C. GERSICK (1988)	8 groupes de travail au sein de différentes organisations chargées de projets limités dans le temps	Le mode de dévelop- pement de groupes	Observation Entretiens
M.C. LINDGVIST (1988)	3PME high-tech engagées dans des activités interna- tionales	Le processus d'inter- nationalisation	Entretiens
K. EISENHARDT (1989c)	8 entreprises du secteur de la micro- informatique	La prise de décision stratégique rapide au sein d'environne- ments turbulents	Entretiens Questionnaires Documents Observation
N. GIROUX (1990)	1 cas sur la carte Visa-Desjardins	Le retournement stratégique	Documents Entretiens Observation
C. CARRIER- VACHON (1992)	5 PME (5 dirigeants 5 intrapreneurs	L'intrapreneuriat dans la PME	Entretiens
M. RISPAL (1993)	4 PME françaises et leurs partenaires engagées dans un AC européen	Le mode de création et de fonctionnement d'AC européens enga- geant des PME-PMI	Entretiens Questionnaires Documents Observation

De notre côté, nous avons enrichi cette utilisation de l'étude de cas dans une direction. En nous inspirant des apports de Latour (1987), Preston, Cooper et Coombs (1992), nous avons eu recours à l'étude du processus lorsqu'il est en phase de définition, ou encore "en action".

Le deuxième intérêt méthodologique est d'utiliser au cours de la première phase de la recherche une approche inductive et qualitative. Ce choix peut apparaître contestable dans la mesure où elle s'écarte du modèle hypothético-déductif généralement privilégié. Son caractère scientifique est parfois contesté par ceux qui estiment que les résultats sont trop contingents aux cas étudiés et empreints de subjectivité. Nous pouvons avancer, comme d'autres, que tout au long de notre travail, nous chercherons aussi à nous appuyer sur un ensemble de données objectives : états comptables, budgets, textes réglementaires, statistiques diverses, etc... Mais, comme l'écrit Rispal (1993) :

"cette recherche de données objectives ne doit pas faire oublier la nécessité, pour le chercheur, de comprendre de "l'intérieur" quel est le point de vue des acteurs sur les situations qu'ils vivent, de saisir leur perception et leur interprétation des faits, d'appréhender au mieux leur système de valeurs, leurs préoccupations et la logique suivie".

L'essentiel, dans ce genre de recherche, est de privilégier dans l'observation des acteurs et de leur vécu la recherche du sens, même s'il est caché, de leur action et non pas de proposer un diagnostic sur l'efficacité ou l'inefficacité de leur action. Dans cette direction, nous ne nous éloignons guère des orientations choisies par Crozier par exemple. C'est parce que nous privilégions cette recherche du "sens" des choses au-delà des apparences que nous accordons une place principale aux données qualitatives. Cependant, là où nous nous en écartons, c'est au niveau de la finalité générale de cette approche inductive. Nous ne cherchons pas à élaborer directement un modèle à

partir des matériaux collectés. Notre ambition est beaucoup plus limitée et nous visons un résultat intermédiaire. Notre objectif est de dégager un ensemble minimum d'hypothèses, une représentation simplifiée du mode de fonctionnement du système repéré. L'élaboration du modèle proprement dit se fait ultérieurement en recourant, à ce stade, à l'outillage de la modélisation micro-économique qui nous ouvre alors d'autres perspectives. En résumé, notre choix est d'utiliser la méthode inductive qualitative pour dégager les fondements d'une analyse qui ne répugne pas alors à recourir à l'algèbre.

Le troisième intérêt méthodologique est de proposer en prolongement d'un travail qualitatif et inductif une modélisation de type micro-économique. Une formalisation mathématique, même très simplifiée, des différents comportements observés permet de mieux apprécier comment ces derniers rétroagissent entre eux. Ceci permet de dépasser les hypothèses qui ne portent que sur des comportements isolés et qui n'autorisent que l'obtention de résultats partiels. En tentant de détailler les différentes phases du jeu envisagé et en en proposant une résolution quantifiée, il est alors possible de mettre en évidence un équilibre global au niveau de l'organisation. Les solutions choisies par les uns tiennent compte des réactions des autres. Le deuxième avantage de ce choix de méthode est que le recours au calcul d'optimisation permet d'obtenir des solutions analytiques. On n'est plus alors limité à des considérations générales sur la forme des fonctions de réaction des différents individus. On peut mettre explicitement en relation les différentes variables du problème. Bien évidemment, comme dans tout problème mathématique, la richesse des résultats obtenus est liée à la qualité des hypothèses de départ. C'est donc la combinaison des deux méthodes que nous avons choisies, approche qualitative et inductive et modélisation, qui détermine très largement la valeur finale des résultats obtenus.

Le quatrième intérêt au plan de la méthode découle très largement du précédent. C'est celui de fournir une étude positive et déductive. A partir de la modélisation micro-économique, nous avons dégagé plusieurs relations comportementales. A ce stade, deux orientations étaient envisageables. Soit, comme il est fréquent, on choisit de tester empiriquement la validité de ces équations théoriques, en utilisant par exemple les outils de l'économétrie. Soit, on se limite à des analyses de statique comparative. La première voie nous était fermée. En effet, vu le terrain observé, nous ne disposions pas de séries de données suffisantes ; l'expérience est trop récente pour offrir des séries chronologiques. A titre d'exemple, nous pouvons signaler que ce n'est que depuis un an que la plupart des services ont procédé à une réflexion stratégique approfondie. Par ailleurs, le CHRU de Lille, bien que composé de plusieurs établissements, n'a pas une taille telle qu'une étude en coupe instantanée ait été envisageable. Comme il est fréquent dans ce cas, nous avons exploité nos résultats théoriques en procédant à de nombreux exercices de statique comparative. De plus, ceci a permis de rejoindre nos préoccupations en matière d'étude positive d'outils budgétaires. Une étude par simulation permet d'envisager différentes associations possibles entre des valeurs des principaux paramètres et les politiques retenues. L'utilisation ou non d'un outil budgétaire pourrait donc être inférée à partir de caractéristiques organisationnelles ou comportementales.

Nous en venons maintenant aux intérêts pratiques qui nous ont amenée à réaliser cette recherche. Nous en voyons principalement quatre : deux spécifiquement reliés à l'institution hospitalière, deux de portée plus générale. Le premier est le plus immédiat. Il s'agit de déterminer les conditions de succès d'un contrôle de gestion dans un centre hospitalier comme le CHRU de Lille. C'est un problème encore ouvert à l'heure où nous rédigeons ces pages. L'équipe de direction s'interroge sur la validité de ses choix en la matière et sur les impulsions nouvelles à donner. Essayer de

systématiser l'analyse, tenter de donner une vue d'ensemble et fournir quelques éléments de rigueur sont peut-être de nature à mieux éclairer le débat en ce domaine. Le fait d'avancer de manière neutre qu'aucune solution n'a de valeur universelle dans l'établissement, qu'il n'y a pas à s'étonner qu'un outil puisse s'avérer convaincant dans un contexte et beaucoup moins dans un autre, est peut-être un élément positif qui permet de réduire le degré d'émotivité dans les débats.

Le deuxième intérêt pratique est d'essayer d'apporter un élément de réponse à ce qui fut notre interrogation de départ. C'est bien l'effort de rationalisation et de modernisation de la gestion des hôpitaux publics, à travers le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) qui a attiré notre attention. L'importation de la méthode américaine des DRG (Diagnosis Related Groups), revue et corrigée à travers les GHM (Groupes Homogènes de Malades) français, est-elle susceptible d'améliorer la gestion quotidienne de nos hôpitaux ? Cette innovation a mobilisé des énergies considérables. Dans les hôpitaux parisiens et au Ministère de la Santé, nous avons assisté dès le milieu des années 80 à la réalisation de nombreuses expériences, à la rédaction de rapports et d'ouvrages. Le mouvement a sans aucun doute pris du retard sur ce qu'escomptaient les promoteurs initiaux. Les critiques ont fusé de toutes parts : des médecins bien sûr, des spécialistes de la gestion hospitalière, mais aussi des chercheurs en sciences de gestion (voir Halgand, 1993). Les zéloteurs ne se sont pas avoués vaincus. Aussi, il nous est apparu intéressant de fournir une grille originale d'appréciation de l'apport potentiel de cet outil d'origine américaine au contrôle de gestion des hôpitaux publics français.

Nous ne pensons pas que l'intérêt pratique de cette recherche se limite aux frontières de départ de l'hôpital. L'hôpital n'est qu'un exemple de bureaucratie professionnelle, mais il en existe d'autres. Le contrôle de leur gestion se pose avec autant d'acuité. Pour

n'en citer qu'une très proche, l'université, force est de constater que le mouvement se dessine aussi pour elle. En 1995, la mise en oeuvre d'une comptabilité analytique va devenir obligatoire. Certes, l'acuité des problèmes est moindre. Les enjeux financiers sont moins considérables, les équipements et personnels requis plus limités. Mais les contraintes budgétaires de l'État vont inciter les établissements à mieux se soucier des conditions d'élaboration de leur "produit universitaire" (peut-être encore plus délicat à apprécier que le "produit hospitalier" ; est-il plus facile d'apprécier un malade guéri ou un étudiant bien formé ?). Les problèmes d'interrelations, d'incertitude, d'incitation sont tout aussi aigus. Le fait d'offrir un cadre de référence permet de suggérer des pistes de départ pour les recherches concernant ces autres bureaucraties professionnelles. Des transferts de méthode sont en particulier envisageables.

Plus généralement, l'hôpital public n'est qu'un exemple d'"organisation complexe". Burlaud et Malo (1988) définissent les organisations complexes à travers quatre traits : - valorisation des consommations malaisée, - limites de l'organisation difficilement cernables, - fonction de production "molle", - faible cohérence temporelle des coûts. Ces auteurs s'interrogent sur l'adaptation des outils budgétaires à ces organisations:

"Imprécis sur les coûts, défailant sur les objectifs, le contrôle budgétaire ne semble donc pas un outil convaincant pour contrôler la gestion dans les organisations complexes.

Pourtant, il continue à y être employé (et il se développe même dans le secteur public en France), en dépit de ses imperfections, ce qui peut paraître paradoxal."

Ils apportent une réponse à cette question en faisant valoir que le contrôle de gestion n'a pas pour vocation de préparer l'action à partir de l'analyse des coûts, mais plutôt, dans ce cas, d'agir sur les

comportements qui eux définissent l'action. Cette intervention sur les comportements se fait par l'intermédiaire de la culture, et plus précisément du langage. Si nous avons choisi des voies méthodologiques quelque peu différentes (encore que nous aurons affaire au niveau de la modélisation au comportement face aux coûts et à la rareté), nous rejoignons ces auteurs quant à l'objet de l'interrogation. Il est clair que s'interroger sur la portée du contrôle budgétaire à l'hôpital, c'est poser un problème beaucoup plus large. Nous n'avons d'ailleurs pas cherché à esquiver cette difficulté. Il y a en effet des aspects de la vie hospitalière plus facilement contrôlables que d'autres. Il en est ainsi de la blanchisserie, de la cuisine. Les progrès du contrôle y ont été les plus rapides. D'un point de vue scientifique, ce sont les aspects les moins intéressants parce que les mieux connus. Nous avons centré notre recherche sur le plus difficile, c'est-à-dire le domaine médical, là où la fonction de production est particulièrement "molle", mais là aussi où "le langage de la rareté" doit pénétrer. Cette recherche s'inscrit donc dans un contexte beaucoup plus général que l'hôpital. En suivant Burlaud et Simon (1992), nous pourrions dire qu'elle intéresse l'ensemble du secteur tertiaire. Déjà, Demeestère et Viens (1976) faisaient valoir :

"Bien plus, il y a une similitude certaine entre les problèmes de contrôle des frais généraux d'une entreprise privée et ceux d'une organisation sans but lucratif de type collectivité locale, ne serait-ce que par la difficulté de mesurer les outputs ou la nature discrétionnaire de leurs coûts, de même entre un département recherche d'une entreprise et un service médecine d'un hôpital".

Ainsi, notre intérêt dépasse largement les frontières du seul CHRU de Lille et retrouve des préoccupations de plus en plus fréquentes dans les formes actuelles de l'activité économique.

Si cette recherche peut avoir une portée bien supérieure aux limites de l'hôpital public, il est vrai que notre étude possède ses limites. La bureaucratie professionnelle n'est abordée qu'à travers l'hôpital et le seul centre abordé est le CHRU de Lille. De plus, nous nous sommes intéressée à la seule exploitation courante et avons délaissé la section d'investissement. La raison de ce choix est double. D'une part, les dépenses courantes sont de loin les plus importantes. D'autre part, les programmes d'investissement concernent souvent des enjeux pluriannuels, où les considérations techniques et scientifiques viennent concurrencer les seules données économiques. Par ailleurs, pour les gros équipements, l'autonomie des établissements est moins assurée. Les considérations de carte sanitaire au niveau national deviennent prépondérantes. Il nous a en conséquence semblé plus cohérent de limiter notre étude à la seule exploitation courante, en délimitant ainsi un terrain d'expérimentation homogène et plus propice à l'observation d'une gestion autonome.

De même, nous avons laissé de côté les aspects spécifiques de la gestion du personnel. Il existe au CHRU de Lille une démarche sociale. Nous avons fait ce choix pour deux raisons. D'une part, la souplesse de gestion du personnel est relativement limitée, sans être inexistante, du fait du statut de la fonction publique et des faibles créations de postes. D'autre part, aucun lien fort n'est apparu entre les comportements vis-à-vis des budgets de service et les transferts ou créations de postes. La démarche sociale nous a été présentée plutôt comme une démarche d'accompagnement de l'effort général du CHRU dans sa gestion. Les médecins, qui constituent des acteurs essentiels dans notre représentation de l'hôpital, y jouent un rôle très modeste. Il ne nous a jamais semblé que l'outil de contrôle mis en place pouvait aller à l'encontre de règles élémentaires d'éthique en matière de gestion du personnel. Pour reprendre les propos de Louart (1993) en les transposant à notre domaine :

"il est bien sûr important de respecter certaines règles d'éthique. On peut les résumer dans l'impératif énoncé par Kant : considérer les hommes comme des fins et non seulement comme des moyens."

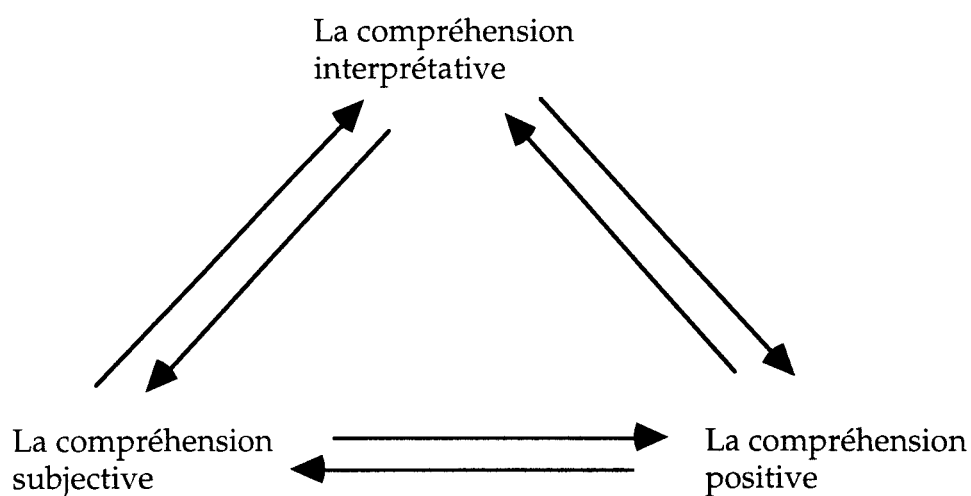
En poursuivant cette transposition, nous pouvons aussi écrire que les systèmes de contrôle observés ne sont pas incompatibles avec le fait que chacun "fasse l'effort d'être intègre et honnête dans le cadre de son travail", ou que chacun "étudie à fond les problèmes de son ressort, afin de leur trouver les meilleures réponses possibles aux niveaux techniques, économiques et sociaux", et que chacun "réfléchisse aux conséquences de ses actions sur les hommes".

Enfin, parmi les limites que nous souhaitons évoquer, nous ne pouvons pas manquer de signaler la restriction concernant le cadre temporel de cette étude. Le modèle élaboré ne concerne qu'un seul cycle budgétaire. Nous avons ainsi laissé de côté les aspects multi-périodiques, comme par exemple les phénomènes d'apprentissage des uns et des autres, ceux de réputation. Le choix d'une durée élémentaire d'un an a aussi pour conséquence qu'il n'est pas possible d'étudier, sur un laps de temps aussi court, l'évolution beaucoup plus lente aussi bien de la structure que de la culture de l'organisation.

A l'intérieur de ces limites ici rappelées, notre recherche a été conduite en deux temps. D'abord, nous avons élaboré un modèle interprétatif à partir d'une étude qualitative sur un cas. Ensuite, nous avons choisi une approche positive en élaborant un modèle utilisant la logique formelle des mathématiques. Ce choix peut surprendre dans la mesure où il juxtapose les méthodes propres à des courants très distincts de la littérature. Nous avons préféré ce cheminement parce que nous sommes convaincue que ces deux approches sont loin d'être exclusives et au contraire se complètent très utilement. Nous avons choisi de suivre au niveau méthodologique une voie récemment réaffirmée par Lee (1991). Lee rappelle que les sciences des

organisations sont marquées par deux approches. La première qu'il qualifie de "compréhension interprétative" recouvre les méthodes communes à l'ethnographie, l'herméneutique, la phénoménologie et les études de cas. Leurs tenants font valoir que les sciences sociales ne peuvent, et ne doivent, recourir qu'à des méthodes propres, différentes de celles des autres sciences, pour que les perceptions subjectives des différents acteurs fassent partie du champ d'étude. La seconde, qualifiée par Lee d'"approche positive", fait appel à un autre ensemble de techniques, l'inférence statistique, les tests d'hypothèses, l'analyse mathématique et les plans d'expérience. Pour les chercheurs dans ce domaine, ne pas recourir aux mêmes méthodes que celles utilisées pour les sciences naturelles c'est s'exposer à perdre toute qualité scientifique.

Lee propose une réconciliation de ces deux approches, en montrant que l'une et l'autre peuvent fort bien se satisfaire à elles seules, mais qu'il est possible aussi de les utiliser conjointement. Sa proposition est illustrée à l'aide d'un triangle¹ que nous reproduisons ci-dessous.



¹ Ce schéma est lui-même un prolongement d'une analyse à deux niveaux réalisée par Schutz (1973).

La compréhension subjective est la première. Elle correspond à la représentation commune aux acteurs, à celle de tous les jours. C'est la représentation que se font les acteurs d'eux-mêmes. C'est le point de départ de l'analyse. De manière quelque peu caricaturale, nous pourrions écrire : "les médecins soignent et les autres sont incompetents ; les administratifs contrôlent et évitent les gaspillages, les autres ne font attention à rien. Les deux mondes sont en conflit". Aller de la compréhension subjective à la compréhension interprétative, c'est tout le cheminement suivi par les chercheurs des sciences sociales qui, à partir de leurs observations, vont élaborer des concepts et leur interprétation. Le modèle apparaîtra satisfaisant lorsque des différents points de l'observation, il ne reste plus d'éléments "absurdes, bizarres, injustifiés, irrationnels, surprenants ou confondants". En ce sens, le modèle postule que les gens savent ce qu'ils font. A titre d'illustration, nous ne pouvons pas manquer de citer comme exemple de ce type de modélisation, les travaux de Crozier (1963, 1977) et son équipe au Centre de Sociologie des Organisations. L'identification des acteurs, la mise en évidence des objectifs latents et manifestes, le jeu des contraintes, la construction des stratégies constituent des points de passage pour l'élaboration de ces représentations des organisations.

Ce passage de la compréhension subjective à la compréhension interprétative, nous avons choisi de le réaliser par l'intermédiaire de l'étude de cas. Nous n'avons pas eu recours à la grille de l'analyse stratégique de Crozier en dépit de toute sa richesse et de sa portée explicative. La raison essentielle provient de l'objectif plus limité que nous avons assigné à cette partie de la recherche. En suivant la classification proposée par Spicer (1992), la perspective de notre étude clinique est d'informer et/ou d'expliquer. Nous entendons par ces deux verbes la poursuite de deux objectifs, d'une part fournir une explication satisfaisante des comportements rencontrés (au sens interprétatif), d'autre part d'informer d'autres développements

théoriques, eux de type positif. La grille d'analyse de Crozier se prête à une analyse descriptive qui vise l'élaboration d'un modèle interprétatif qui se suffit à lui-même. Sa validité scientifique est assurée quand le retour (comme l'indiquent les doubles flèches) vers la compréhension subjective ne laisse aucun élément inexpliqué. La démarche scientifique suivie est entièrement située sur l'arête gauche du triangle.

Notre choix méthodologique a été de ne pas nous limiter à cette arête, mais aussi de parcourir la seconde arête droite du même triangle. La recherche d'une "compréhension positive" permet d'atteindre une représentation formelle à l'aide de concepts qui n'ont pas nécessairement d'existence réelle et peuvent ne pas être directement observables (par exemple, dans notre cas plus tard, la carence, l'utilité,...). L'important ici est que les propositions avancées tout au long de la modélisation doivent se déduire les unes des autres. La solidité de la théorie peut alors être assurée en vérifiant que quatre exigences sont satisfaites : la falsifiabilité, la cohérence logique, le pouvoir relatif explicatif et la capacité à survivre (Popper, 1968). La théorie doit conduire à des propositions suffisamment précises et telles que si certaines sont réfutées par des observations contradictoires, elles puissent être déclarées fausses. La théorie doit produire des propositions qui doivent être logiquement cohérentes entre elles, sinon elle est contestable. Enfin, les expériences empiriques doivent donner des indications qui confortent les prédictions de la théorie en question, contrairement à celles des théories concurrentes. Une théorie peut toujours être remise en cause par de nouveaux tests. Au mieux, elle survit.

En combinant les exigences de la représentation interprétative et celles de la représentation positive, on obtient le schéma de validation suivant. L'analyse interprétative fournit les hypothèses de départ de l'analyse formelle. Si cette dernière a tous les

attributs de la scientificité, alors elle peut être momentanément acceptée et en même temps, elle renforce la valeur de l'étude interprétative. Si ce n'est pas le cas, alors le chercheur doit s'interroger sur la validité de son modèle interprétatif et remettre en cause son travail antérieur. Nous voyons donc qu'en combinant les deux approches, nous augmentons le degré d'exigence et renforçons la robustesse des modèles proposés. La limite de cette démarche vient de la réduction de la complexité du modèle interprétatif à laquelle nous devons consentir afin de disposer d'un point de départ satisfaisant pour l'étude positive. C'est pourquoi nous n'avons pas suivi une méthodologie à la Crozier pour l'étude du terrain.

Notre démarche se veut originale, dans la mesure où la solidité de la construction finale vient de la cohérence obtenue entre les deux apports. Il aurait été possible d'envisager de l'étendre encore en parcourant la base du triangle. Dans ce cas, les propositions déduites du modèle formel sont confrontées à la réalité et nous entrons alors dans les phases empiriques propres aux études hypothético-déductives. Nous ne l'avons pas fait comme nous l'avons évoqué précédemment pour des raisons propres au problème étudié. Nous ne revendiquons pas une supériorité de notre approche sur d'autres communément choisies. Les recherches interprétatives détaillées ou les études empiriques hypothético-déductives fouillées ont leur puissance de validité scientifique propre incontestable. Nous souhaitons seulement souligner que la stratégie de recherche choisie a aussi sa validité scientifique du fait de sa construction interne. Au-delà de l'originalité, nous pensons aussi qu'elle est adaptée au problème à traiter.

Le plan de cette thèse est organisé en deux parties, consacrées chacune à chaque phase de la recherche. La première partie est intitulée "la gestation d'un contrôle de gestion à l'hôpital : une étude clinique au sein d'un CHRU". Elle s'inscrit sur l'arête gauche du triangle méthodologique de Lee. Elle comporte trois chapitres. Le

premier chapitre "l'activité au sein d'une bureaucratie professionnelle hospitalière" rend compte des éléments de base du terrain étudié, et plus particulièrement des spécificités de l'activité et du mode d'organisation. Le second chapitre "l'évolution de la nature du contrôle" s'attache à mettre en évidence les caractéristiques des systèmes de gestion à l'hôpital. Un premier essai de compréhension est fourni à partir d'une analyse historique. Le troisième chapitre "l'émergence d'une gestion stratégique et d'un contrôle de gestion" a pour objet, à travers l'étude d'un cas, de dégager l'architecture d'un contrôle de gestion "en fabrication".

La seconde partie est intitulée "l'efficacité des outils de contrôle : une analyse positive du budget de service". Elle correspond à l'arête droite du triangle méthodologique déjà cité. Comme l'objectif est d'aboutir à un modèle formalisé au plan mathématique, nous avons réduit notre champ à l'étude du seul budget de service. L'outil budgétaire est l'instrument le plus commun du contrôle de gestion et le budget de service a été parmi les premiers à être mis en oeuvre au CHRU de Lille. C'est aussi l'outil sur lequel les acteurs ont des marges de manoeuvre. Une modélisation positive a nécessité de nombreux emprunts à des théories existantes, et en particulier à la théorie de l'agence et à celle des transactions informelles. Le quatrième chapitre, "incertitude de l'activité hospitalière et incitation budgétaire" fournit tout à la fois un rappel des éléments auxquels nous avons recours et les bases conceptuelles de notre propre apport. Le cinquième chapitre, "l'efficacité théorique du budget dans une bureaucratie professionnelle" expose notre modèle et permet d'apprécier sa cohérence à travers une série de simulations. Enfin, le sixième et dernier chapitre, "connaissance de l'activité et choix d'une politique budgétaire" procure deux applications retirées du modèle précédent. Dans un premier temps, en supposant une connaissance très imparfaite du niveau d'activité réalisé par les différents services, il suggère les politiques budgétaires qui peuvent être suivies par le

sommet administratif. Enfin, l'utilisation d'informations en provenance du nouveau Programme de Médicalisation du Système d'Information, à savoir la connaissance de l'activité hospitalière par Groupe Homogène de Malades, est-elle susceptible d'améliorer la gestion interne ? Une évaluation de cet apport à la gestion budgétaire est réalisée à travers une série d'analyses de statique comparative.

PREMIÈRE PARTIE :

**LA GESTATION D'UN CONTRÔLE DE
GESTION À L'HÔPITAL : UNE ÉTUDE
CLINIQUE AU SEIN D'UN CHRU.**

Les difficultés que rencontrent les États Occidentaux à faire face aux besoins financiers des établissements de santé les ont conduits à mettre en place des politiques qui visent d'une part, à freiner globalement l'évolution des ressources des hôpitaux, d'autre part à leur accorder une autonomie plus grande dans leur gestion interne. Tout se passe comme si les autorités de tutelle comprenaient qu'elles n'ont pas les moyens d'exercer un contrôle direct et qu'il vaut mieux, pour elles, laisser aux responsables des établissements le soin de mettre en oeuvre les mesures indispensables à la réalisation de cette discipline financière. L'autonomie de gestion est une contrepartie obligée des politiques de restriction.

Les hôpitaux sont conduits à faire face à ces nouveaux impératifs. Nous sommes en France en période de gestation d'un contrôle de gestion dans de nombreux établissements. L'objet de cette première partie est de fournir une étude détaillée de ce processus, dans le cadre d'un très grand centre hospitalier régional et universitaire, le CHRU de Lille. Le chapitre I présente les caractéristiques les plus saillantes de l'activité hospitalière et de la structure organisationnelle de l'hôpital public. Le chapitre II précise, à travers leur évolution, les modes de contrôle comptable et financier en usage. Le chapitre III propose une étude de l'émergence d'une gestion stratégique et d'un contrôle de gestion au sein du CHRU de Lille.

Tout au long de cette partie, nous chercherons à montrer qu'une organisation publique à l'activité non marchande (chapitre I) peut se prêter à la mise en place d'un véritable contrôle de gestion dès que son autonomie est suffisamment garantie. L'étude de l'histoire des modes comptables à l'hôpital (chapitre II) met en lumière un passage progressif d'un contrôle externe et administratif à un contrôle plus interne et de gestion. L'autonomie s'exprime par une démarche stratégique propre. Elle est particulièrement affirmée à Lille (chapitre III). C'est pourquoi nous assistons réellement à l'émergence d'un

contrôle de gestion. L'étude clinique nous permet de dégager les traits constitutifs et les fondements d'un modèle théorique qui sera développé au cours de la seconde partie.

CHAPITRE I :

L' ACTIVITÉ AU SEIN D'UNE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE HOSPITALIÈRE.

Notre objectif est ici de fixer le cadre, en quelque sorte de planter le décor, de la modélisation que nous développons en deuxième partie. Nous montrons d'abord que l'activité hospitalière est difficile à évaluer directement. Ensuite nous mettons en exergue le fait que cette activité est le fruit d'acteurs aux compétences et aux responsabilités diverses mais très affirmées. Les rapports complexes qu'entretiennent professionnels et responsables administratifs au sein de l'hôpital ne facilitent pas la compréhension du processus d'élaboration du produit hospitalier. Ce regard sur les spécificités de l'activité hospitalière est l'objet de ce premier chapitre, il est dirigé par plusieurs courants théoriques.

C'est en nous inspirant des apports de l'économie de la santé que nous spécifions la difficulté rencontrée pour mesurer le produit hospitalier global et la contribution de chaque acteur à ce produit (section 1). La gestion interne d'un hôpital est donc une opération délicate puisqu'on ne peut pas mesurer facilement ce qu'on

doit contrôler. De plus, cette gestion doit se faire dans un contexte particulier, celui d'une organisation duale (section 2). La description de la structure est conduite à travers une grille d'analyse qui emprunte aux travaux des théoriciens de l'organisation, notamment à ceux de Mintzberg (1979, 1983). Elle nous permet de décrire comment se déroule l'activité. Dans quel cadre, dans quel contexte cette activité est-elle mise en oeuvre ? Le modèle de Mintzberg nous semble particulièrement bien adapté à notre problème car il permet de bien positionner les différents acteurs que sont les responsables administratifs et les médecins (les professionnels). La dualité est ici très forte et se manifeste tant au niveau des objectifs, des intérêts de chacune des parties qu'au niveau des asymétries d'information qu'elle entraîne.

C'est donc d'abord sur l'activité et sur la structure que porte notre réflexion. Nous rejoignons ici Desreumaux (1992) qui suggère que "tout premier contact avec une organisation passe par la double interrogation sur ses activités et sur sa structure". Elle permettra de nous ouvrir à des modèles de décision où sont privilégiées les asymétries d'information et les attitudes vis-à-vis de l'incertitude. En quelque sorte, parce que l'hôpital n'est pas une bureaucratie simple et que l'activité n'y est pas mécanique, nous allons trouver un champ d'observation particulièrement riche de pratiques de gestion en information imparfaite. Nous réservons la présentation des concepts théoriques indispensables à la compréhension de la décision en incertitude au chapitre IV de la seconde partie. Mais, nous souhaitons d'emblée souligner que cet aspect des choses découle très largement des spécificités que nous allons mettre en évidence dès ce premier chapitre.

SECTION 1 : UNE ACTIVITÉ DIFFICILE À MESURER.

Les caractères fondamentaux propres à l'activité hospitalière sont abordés à deux niveaux, d'abord au niveau global, le produit hospitalier, ensuite au niveau des activités qui composent ce produit. Ce sont des activités liées où l'interdépendance entre les acteurs est forte. De plus, l'aspect humain y est prépondérant.

I - LE PRODUIT HOSPITALIER : UN CONCEPT DISCUTÉ.

La mise en oeuvre d'une analyse économique des choix opérés en matière de santé se heurte à une difficulté première : la mesure du produit de la santé (Labourdette, 1988). Il est en effet impossible d'apprécier le produit hospitalier de manière directe car on se heurte d'emblée à un problème de définition. Quel est ce produit? On peut penser comme Gervais (1983) que le produit obtenu est le malade guéri, mais qu'est-ce qu'un malade guéri? On peut aussi partager l'avis de Conci Claveranne (1993) : " Si pour tout un chacun, l'hôpital produit des soins, une telle réponse ne suffit pas pour celui qui désire connaître le produit hospitalier ". Il faut bien reconnaître que saisir la nature de l'output de l'hôpital en se référant aux missions qui sont les siennes revêt un caractère très peu opérationnel, du fait du flou qui entoure des notions telles que soin et guérison (Lévy, 1976).

Ces notions font référence à l'état de santé des personnes. Or, bien que d'utilisation courante, le terme "santé" a donné lieu à de nombreuses définitions (Labourdette, 1988). Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est un " état complet de bien-être physique, mental et social ". Comment opérationnaliser ce concept de bien-être complet? Faute de pouvoir appréhender la santé comme un idéal vers lequel elle doit tendre, les définitions actuelles sont plus modestes et font référence à l'absence d'état morbide. Le problème traité par l'économie de la santé est celui d'une répartition rationnelle des ressources afin de réduire ou de prévenir les différentes formes de morbidité. L'objet est donc de rechercher les solutions les plus efficaces au moindre coût. Nous touchons là au champ macro-économique et à l'ensemble des travaux concernant l'organisation du système de soins, la place accordée à la santé dans l'économie.

Au niveau micro-économique, c'est le changement d'état du patient lui-même qui devient objet d'étude. Alors, comme le note Lévy (1976), " si la solution théoriquement idéale pour saisir la nature du produit hospitalier est constituée par la saisie d'une différence d'état de santé du malade entre son entrée et sa sortie, les difficultés de cette saisie sont considérables ". Faute d'une lecture directe du produit rendue impossible par l'ambiguïté de notions telles que soin et guérison, faute de pouvoir porter sur les résultats, le contrôle va porter sur les moyens utilisés dans les services de soins.

Il ne peut y avoir de contrôle des coûts significatif dans une organisation si en parallèle il n'y a pas de mesure de l'activité. Or nous avons vu que l'hôpital pose en cette matière un redoutable problème. Dans la mesure où il ne s'agit pas d'une activité marchande, le gestionnaire ne dispose pas d'un indicateur agrégé d'activité comme le chiffre d'affaires. En théorie économique élémentaire, sur un marché concurrentiel, le prix relatif de deux biens est égal au taux marginal de substitution pour le consommateur.

L'utilisation des prix de marché et des quantités suffit pour renseigner sur l'importance de l'activité, mesurée à l'aune de l'utilité retirée par les consommateurs. Il en va autrement pour l'hôpital. Celui-ci fournit un service dont le coût et l'efficacité sont difficiles à apprécier. Faute de pouvoir mesurer l'output directement, on a recours à des instruments censés en mesurer l'importance quantitative. Ce recours à des substituts n'est pas sans poser de difficultés et a connu des évolutions.

1) Les évolutions en matière de mesure du produit hospitalier.

La mesure du produit de l'activité hospitalière ne peut être réalisée que de manière indirecte. Fenasse (1991) résume parfaitement la problématique, quand elle écrit : "mesurer le produit hospitalier et l'appréhender dans toute sa complexité est une étape indispensable lorsque l'on veut analyser le processus de formation des coûts, afin de poser les bases d'un système rationnel de gestion hospitalière". Or, faute d'être directe, la mesure sera approximative et d'une fiabilité contestable. L'auteur oppose les mesures traditionnelles, effectuées à partir d'indicateurs d'offre de soins, aux tentatives récentes de définition de mesure à partir d'indicateurs de demande de soins.

En termes d'offre, un établissement hospitalier se présente de deux façons. On peut l'appréhender d'abord comme un potentiel disponible, la mesure la plus rudimentaire est celle effectuée en nombre de lits. Notons au passage que le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille se présente toujours ainsi, ses 9 établissements proposent 3142 lits (une présentation détaillée du

CHRU de Lille est proposée au chapitre III) . On peut affiner l'analyse et raisonner en termes de services offerts; en fonction des équipements, on peut distinguer des classes plus ou moins homogènes de services offerts. Le même CHRU de Lille distingue dans sa note de présentation ses différents équipements : un appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire, sept gamma caméras, un débitmètre cérébral, etc....

Le problème méthodologique qui se pose est de savoir s'il y a une corrélation satisfaisante entre le produit hospitalier, variable non observable, et le potentiel disponible ainsi mesuré. Rien n'est moins évident. En effet, deux hôpitaux peuvent fort bien disposer d'un potentiel équivalent et leur utilisation peut être sensiblement différente, d'une part parce que la clientèle traitée est différente, d'autre part parce que les thérapies mises en oeuvre ne sont pas identiques.

Cette faiblesse dans l'analyse conduit à apprécier un établissement hospitalier en termes d'offre d'une seconde manière. Dans l'hôpital se réalisent tous les jours des actes effectifs : actes chirurgicaux , examens de laboratoire, radiologie, etc... L'idée est ici double : il s'agit d'abord de construire une statistique agrégeant différentes catégories d'actes, puis d'utiliser cet agrégat comme substitut à la mesure du produit hospitalier. Les premières mesures de ce type ont été développées par Saathoff et Kurtz (1962). La validité de cette approche dépend d'une hypothèse cruciale, à savoir que deux hôpitaux fournissant le même nombre d'actes dégagent le même service effectif. Ceci n'est guère évident, il y a là au moins deux simplifications. D'abord, cela supposerait que la production des actes s'effectue de manière identique dans tous les hôpitaux. Ensuite, cela supposerait que ces actes aient la même utilité quel que soit le type de malades. Or, les populations des hôpitaux peuvent être hétérogènes par catégorie de pathologies traitées.

Un autre indicateur d'activité communément utilisé est la journée d'hospitalisation. Implicitement, cela revient à utiliser un standard qui incorpore une consommation moyenne d'actes et de prestations hôtelières et diverses. En ce sens, il s'agit bien d'une mesure par rapport à l'offre de soins. Simplement, au lieu de décompter les différents actes et de les affecter à chaque patient, on privilégie une affectation moyenne plus rudimentaire, mais plus facile à calculer. Outre que cette mesure est entachée des mêmes vices que la précédente (la mesure de l'activité à travers les actes), elle porte ses propres limites supplémentaires. Une affectation standard des actes ne tient pas compte, par exemple, de l'intensité variable des soins que requiert un patient. Comme le remarque Labourdette (1988), les soins sont moins intensifs au début et en fin de période d'hospitalisation, la période initiale étant celle réservée plutôt aux examens, la période finale étant celle de la convalescence. En revanche, la période centrale est celle de l'intervention et des soins intensifs.

Cette constatation élémentaire selon laquelle il n'est pas possible à l'hôpital d'étudier les actes indépendamment des maladies traitées conduit à une autre mesure de l'activité. Plutôt que partir de l'offre, mieux vaudrait partir de la demande. Le patient arrive à l'hôpital avec un besoin de soins, le couple "malade - soins" est l'unité de départ de l'analyse. On se trouve alors vite confronté à l'extraordinaire variété des cas rencontrés. Afin de rendre opératoire cette approche, il convient de simplifier la démarche en dégageant un nombre limité de catégories homogènes regroupant les couples "malades - soins" relativement proches. Ce sont ce que les anglo-saxons appellent des "case-mix". Feldstein (1965) mit en oeuvre le premier cette approche dans une étude portant sur 177 hôpitaux britanniques.

Le problème principal lié à la mise en oeuvre de cette notion de "case-mix" est la définition d'un groupe homogène.

Feldstein, par exemple, se contente d'utiliser des spécialités médicales très larges. C'est à Fetter et à ses collaborateurs (1980,1986) que revient la conception du système le plus satisfaisant dans ce domaine. Élaboré à l'Université de Yale au Center for Health Studies, ce système propose une mesure du produit hospitalier en termes de "Diagnosis Related Groups". Cette approche a non seulement retenu l'attention de l'administration américaine, elle a aussi été à la base de nombreuses applications dans différents pays. Certains ont même développé des cas aigus de "Fetteromania", si l'on en juge par cet extrait de l'ouvrage "la Gestion Hospitalière Médicalisée" de Frutiger et Fessler (1991), tous deux consultants du Directeur des Hôpitaux au Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration :

"Au commencement, Fetter créa les Diagnosis Related Groups (DRG). La gestion des hôpitaux était informe et vide. Il y avait des ténèbres à la surface de l'abîme, et l'esprit du Directeur des Hôpitaux se mouvait au-dessus des eaux.

Que la lumière soit ! C'est la fin de l'illusion. Et la lumière fut séparée d'avec les ténèbres. On appela la lumière gestion et les ténèbres administration".

2) La diffusion des innovations récentes en matière de mesure du produit hospitalier.

Cette mesure du produit hospitalier par la demande de soins, à travers le filtre des DRG, a été mise en oeuvre aux États-Unis dès 1983 pour le programme Medicare. Elle est devenue progressivement une référence pour de nombreux organismes d'assurance maladie. Sa mise en oeuvre a eu des conséquences

profondes sur l'évolution du système hospitalier américain. Cette approche a été adoptée par d'autres pays, en particulier au Canada, en Australie, et en Europe à des degrés divers dans une quinzaine de pays. Avant de recenser brièvement l'ensemble de ces expériences, nous allons nous attacher à présenter la méthode élaborée par Fetter.

a) L'élaboration des DRG aux USA .

Il est peut-être bon de rappeler que les travaux de l'équipe de Fetter, qui ont débuté dans les années 70, n'ont pas été développés à l'origine dans un but de mise en oeuvre d'un système de tarification. Fetter cherchait beaucoup plus un système permettant de mieux surveiller la qualité des soins et l'utilisation des ressources. Pour Fetter, l'activité de l'hôpital ne s'arrête pas à la production primaire d'actes (analyses, interventions chirurgicales, etc...) consommatrice de moyens (personnel, équipement) mais comprend aussi la production secondaire d'association des actes avec les patients, c'est-à-dire le traitement lui-même. L'activité de production de l'hôpital peut aussi être mesurée à l'extrémité de cette chaîne symbolique, au niveau du malade. La surveillance de la production peut donc s'opérer à ce niveau. Pour rendre opératoire cette démarche, Fetter développe l'idée de construire au sein de la population des malades des groupes "qui consomment des quantités semblables de ressources et sont estimés par des experts cliniciens comme nécessitant des profils comparables de prestations et services médicaux et médico-techniques". Comme le notent Rodrigues, Verin et Czernichow (1991), "le produit de l'hôpital y est défini pour des groupes de malades présentant des critères cliniques peu différents et consommant un niveau global de ressources équivalent mais n'ayant pas nécessairement bénéficié du même processus de prise en charge".

Les regroupements élaborés par Fetter répondent donc à une double logique. Les patients doivent être homogènes du point de vue de la consommation des ressources (objectif économique); Fetter retient comme mesure la durée du séjour à l'hôpital (variable dépendante exprimant l'utilisation des ressources). Mais les ensembles constitués doivent être cohérents d'un point de vue médical. Pour ce faire, Fetter crée 23 catégories majeures de diagnostic, correspondant à 23 spécialités. Ces catégories sont elles-mêmes divisées en fonction de l'existence ou non d'intervention chirurgicale. Les regroupements, au delà, en groupes homogènes, sont effectués par analyse statistique et grâce à l'utilisation d'un programme informatique très élaboré (Automated Grouping dû à Riedel, Fetter et Pallet). Il faut souligner que cette phase de l'analyse est loin d'être automatique, elle est largement interactive entre les statisticiens et les médecins et laisse une place au jugement et aux connaissances humaines. Jusqu'en 1979, le système découpait la population globale en 383 DRG. Depuis l'introduction de la neuvième classification internationale des maladies, une nouvelle version en 467 groupes a été développée. Il a été mis en évidence qu'une classification devait, pour rester opérationnelle, ne pas proposer plus de 500 groupes.

La classification par DRG n'a pas été la seule utilisée aux États-Unis. Deux autres systèmes ont été testés : Le SDM (Single Diagnosis Method) reposant sur un seul diagnostic principal et le PAS (Professional Activity Study) qui avait été lancé par la "Commission on Professional and Hospital Activities". Le premier a été abandonné parce que jugé trop simple et le second aussi mais parce que trop complexe, il reposait sur une partition de plus de 7000 groupes ! C'est donc la classification par DRG qui a été retenue et elle fait l'objet d'un usage systématique. Chaque malade est affecté à un groupe à partir d'un ensemble de variables limité : âge, diagnostic principal, diagnostic associé, processus de soins (actes diagnostiques ou thérapeutiques). Ces variables sont habituellement notées sur des

résumés de sortie effectués pour chaque patient. Aux USA, le "Uniform Hospital Discharge Data Set" a été utilisé à cet effet.

Cette méthode de groupage n'est pas exempte de critiques (voir Escaffre, Gervais et Thenet, 1993 ; Halgand, 1993). La principale est le rôle primordial accordé au critère : durée de séjour. S'il y a 20 ans, lors de l'élaboration de cette méthode, la corrélation entre la durée de séjour et le coût des ressources mises en oeuvre était élevée, cela est moins vrai aujourd'hui. Par ailleurs, le diagnostic principal joue un grand rôle dans la mise en oeuvre de cette classification, il y a donc une tendance à auto-justifier les actes qui suivent ce choix initial. De plus, l'information traitée à partir des Uniform Hospital Discharge Data Set ne prend pas en compte la sévérité de l'affection, le stade d'avancement de la maladie et d'autres paramètres de ce genre. Les complications et co-morbidités sont définies à partir de liens automatiques et préétablis sans tenir compte du diagnostic médical. Or, une hospitalisation pour un problème anodin peut être suivie de complications importantes. Là encore, la richesse et la complexité de la connaissance médicale sont réduites. Il y a plus grave, les regroupements de pathologies fort différentes pour les professionnels peuvent apparaître éloignés de la réalité. Enfin, toutes ces analyses sont effectuées en prenant soin d'éliminer les cas aberrants (les "outliers"), ce qui a tendance à rendre artificiellement homogènes ces groupes de malades et rend difficile le suivi des cas les plus complexes.

Malgré toutes ces critiques, la méthode est apparue suffisamment robuste pour apprécier, du moins grossièrement, le produit d'un établissement hospitalier. Sa mise en oeuvre, non seulement aux États-Unis mais aussi dans d'autres pays, semble justifier les choix réalisés. Avant d'aborder l'expérience française, nous souhaitons mettre en évidence l'intérêt qu'a suscité au niveau international la méthode élaborée par Fetter (voir Frutiger et Fessler, 1991).

b) Les développements internationaux et l'expérience française.

Deux pays ont adopté aisément l'approche américaine, le Canada Anglais et l'Australie. Le Québec a cherché à relier deux systèmes d'information existants, l'un comportant pour l'essentiel des données financières, l'autre composé d'informations cliniques. L'objectif poursuivi est de développer des outils de gestion en vue d'améliorer l'utilisation des ressources. Les DRG sont utilisés comme variable d'ajustement du budget global.

En 1989, on comptait quinze pays en Europe qui utilisaient ou avaient mis en chantier des "Diagnosis Related Groups". Par exemple l'Espagne, la Suisse et la Belgique avaient lancé des programmes de recueil des données nécessaires au regroupement des séjours d'hospitalisation en DRG. D'autres pays, comme l'Allemagne, l'Angleterre, la Hollande, la Norvège, la Suède ou la Finlande, disposent d'une longue tradition de recueil et d'harmonisation de l'information médicale. En 1991, le nouveau programme "Health for Patient" incite en Grande Bretagne les hôpitaux à développer leur gestion interne à partir des DRG. En Irlande, les DRG pourraient être utilisés pour l'évaluation des coûts liés au traitement d'un éventail de cas donnés, parallèlement à d'autres données comme la localisation géographique. La Norvège prévoit un ajustement des budgets des hôpitaux basé sur les DRG. L'Italie travaille à la fois sur les DRG et sur d'autres modes de regroupement des séjours. L'Espagne s'intéresse, quant à elle, à un autre mode de regroupement : le système "Patient Management Categories" établi par des experts sur une base consensuelle et qui privilégie les stratégies cliniques. Enfin, le Portugal module en partie le financement accordé aux hôpitaux sur la base d'un poids moyen par DRG. Nous voyons donc qu'en Europe les DRG connaissent un certain succès. Certes, les programmes sont plus ou

moins développés et les finalités peuvent être différentes. Voyons maintenant comment la France s'inscrit dans cette démarche.

En France, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) a connu à partir de 1983 une phase d'expérimentation dans des sites pilotes. La cellule la plus expérimentée (selon Vincent, Directeur des hôpitaux au Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration) a commencé à travailler dès 1984 pour L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) à l'Hôtel-Dieu, en liaison avec l'hôpital Antoine Bécclère. Ce programme, dont le nom est PMSI-AP-HP, fera l'objet de développements au sein de la deuxième partie de notre thèse.

Les bases de la définition d'un système informatisé applicable à l'ensemble des établissements hospitaliers se trouvent sans conteste dans l'autorisation accordée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale d'informatiser les résumés de sortie standardisés (RSS), dans les établissements hospitaliers publics ou privés participant au service public hospitalier (arrêté du 3 octobre 1985 et circulaire n° 119 du 4 octobre 1985). Sans aucun doute, la forme des RSS adopte comme finalité une analyse des soins du point de vue de la gestion. Cinquante hôpitaux s'étaient portés volontaires pour cette expérimentation.

Depuis 1986, un logiciel groupeur a été proposé, il a été développé par le Centre National de L'Équipement Hospitalier (CNEH), en collaboration avec l'Université de Bordeaux et l'équipe Fetter de l'Université de Yale. Le 5 août 1986, ont été publiés les Groupes Homogènes de Malades (GHM) élaborés à partir de la seconde version des DRG américains et adaptables à la situation française (circulaire n° 160, Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, Bulletin Officiel 1986, n° 20 bis, fascicule spécial). Les différentes versions des DRG ont fortement évolué aux États-Unis

puisque en principe c'est la version 6 qui est en usage, voire la version 9 dans certains États. On pourrait penser que le travail d'adaptation française est devenu obsolète, dans la mesure où il est fondé sur la version 2. Cependant, les promoteurs du PMSI estiment que les équipes françaises ont accumulé une expérience intéressante sur la technique du groupeur. Dès lors, ils disposent d'un système leur permettant d'incorporer des groupeurs nouveaux, plus proches des préoccupations des acteurs du milieu hospitalier.

Casali et Glanddier (1991) décrivent parfaitement l'importance de ces innovations : "la globalisation des informations contenues dans les RSS et la hiérarchisation de celles-ci selon la logique GHM permet de faire une certaine photographie de l'activité de l'hôpital (case-mix) et sert ainsi de support au projet médical élaboré par la Commission Médicale de l'Établissement".

Afin de compléter notre présentation, il reste à prendre en considération les textes précisant les rôles de l'outil informatique. Les circulaires n° 16 (18 novembre 1982) et n° 275 (6 janvier 1989) définissent les orientations générales de la politique informatique des hôpitaux. On peut distinguer deux objectifs principaux : permettre à chacun d'accéder aux informations nécessaires à sa mission, médicaliser le système d'information hospitalier va permettre une meilleure organisation du travail.

Dans ce cadre général, la circulaire n° 303 du 24 juillet 1989 vient confier au Département d'Information Médicale (DIM) la gestion centralisée de tous les dossiers des patients. Elle introduit une rupture avec les pratiques antérieures de fragmentation du recueil et de la conservation de l'information, non seulement entre les médecins, mais aussi entre personnel médical et non médical. Le DIM, ainsi organisé, est au service de tous les acteurs de l'hôpital et va permettre d'établir des liens entre informations médicale et

économique. La circulaire n° 325 du 12 février 1990 vient préciser les modalités de mise en place des structures de gestion de l'information médicale dans les établissements hospitaliers publics et privés participant au service public. La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 rappelle l'obligation de mettre en place le PMSI.

Parallèlement à ces grandes étapes, il faut relever dans des domaines divers de nombreux efforts qui concourent au même objectif. Ainsi l'Université de Montpellier mettait en place des programmes de formation pour les activités hautement techniques de codage des RSS. L'École Nationale de la Santé Publique proposait des modules de formation sur le recueil des données et la constitution des GHM, ou encore l'utilisation des résultats du PMSI pour la gestion interne de l'hôpital.

En conclusion, nous voyons que la France participe dès le début des années 80, mais avec beaucoup plus d'intensité à partir de 1989-90, à cet énorme effort de médicalisation de l'information. Du point de vue de la connaissance du produit hospitalier, la voie choisie s'inspire largement du modèle américain, même si, à terme, elle pourra s'en différencier.

II - DES ACTIVITÉS LIÉES ET À FORT CONTENU HUMAIN.

L'évolution des indicateurs de mesure de l'activité hospitalière nous a montré que celle-ci est difficile à évaluer globalement. Le produit hospitalier est difficilement cernable. De plus,

les activités qui concourent à la réalisation de ce produit sont liées et fortement marquées par le jugement humain. D'une part, il s'agit d'un travail d'équipe où l'interdépendance entre les membres est très forte. La décomposition du produit hospitalier en contributions individuelles est donc quasiment impossible à faire au sein d'une équipe. Ensuite, il peut y avoir superposition des interventions, par exemple le passage dans deux services. D'autre part, il s'agit d'un travail qui relève du jugement humain. Le travail d'un professionnel comporte une part d'incertitude et, par exemple, pour une même intervention chirurgicale, on peut trouver des protocoles de soins différents d'un chirurgien à un autre.

1) L'interdépendance entre les acteurs dans un service.

Nous nous situons ici au niveau d'un service. L'interdépendance est interne au service. À un niveau plus global, les services fonctionnent relativement indépendamment les uns des autres. Ils partagent des ressources communes, comme les fonds propres, les équipements et le personnel de soutien logistique. J.D. Thompson (1967) parle alors d'interdépendance "mise en commun". Un cadre administratif du CHRU de Lille compare l'hôpital à un holding, à des PME, pour évoquer l'interdépendance entre les services. Chaque service est indépendant et différent des autres, chacun a sa spécialité.

Certes, l'interdépendance faible entre les services peut choquer tout un chacun, la santé est un tout. Notons toutefois que dans la pratique, une personne est généralement hospitalisée pour une

raison principale, elle se retrouve donc dans un service donné. Si l'avis d'une autre discipline est nécessaire, le patient est adressé en consultation dans un autre service, il revient avec un courrier et un traitement si besoin est. Cela se passe de la même façon que quand le médecin de famille envoie un patient consulter un spécialiste. On ne peut pas parler de vue globale, mais plutôt d'une vue partielle et directement liée à l'objet de l'hospitalisation. Prenons l'exemple d'un patient à qui on doit poser une prothèse de hanche. S'il a des problèmes cardiaques, l'anesthésiste demandera éventuellement l'avis d'un cardiologue. S'il est obèse, l'avis d'un diététicien sera peut-être sollicité, l'excès de poids ayant un effet néfaste sur les prothèses. Mais s'il a un problème de peau, rien de particulier ne sera fait en ce sens. Seules les affections directement liées à l'objectif principal de l'hospitalisation seront prises en compte. L'absence de vue globale peut conduire à des traitements séquentiels et mal coordonnés. Dans cet exemple, le diagnostic est posé et le type d'intervention est choisi.

Nous allons voir que l'indépendance forte des services peut avoir des effets sur le diagnostic lui-même et le type d'intervention. Ainsi, un patient ayant des problèmes de hanches peut se voir proposer une ostéotomie de bassin (technique très prisée par le chirurgien d'un premier service), ou un traitement (proposé par le rhumatologue d'un second service) permettant d'envisager une intervention chirurgicale le plus tard possible. L'un peut dire que c'est urgent et qu'il faut opérer très vite, l'autre peut conseiller d'attendre et se montrer très sceptique pour le type d'intervention choisi par le premier. Dans ce cas, le manque de coordination (au niveau du traitement proposé) entre les services entraîne beaucoup d'interrogations pour le patient. On peut encore ajouter que, bien souvent, il y a peu de coordination (au niveau du fonctionnement quotidien) entre les services. Toute personne qui a été hospitalisée se souvient des attentes parfois bien longues en radiologie, par exemple. Nous pouvons donc parler d'interdépendance faible entre les services

d'un hôpital.

Une légère évolution est cependant à noter et des exemples de prise en charge multidisciplinaire existent. Par exemple, le CHRU de Lille a mis en place en juin 1993 un centre de prise en charge des lésions du pied diabétique où collaborent plusieurs disciplines : l'endocrinologie, la chirurgie adultes, la rééducation fonctionnelle et le centre d'hyperbarie. La démarche stratégique (développée au troisième chapitre) a grandement facilité ce type de collaboration. Notons toutefois que les exemples de prise en charge multidisciplinaire restent isolés et relatifs à une affection précise. Certes, il y a un progrès, mais on ne peut pas encore parler de vue globale et, par exemple, le centre de prise en charge des lésions du pied diabétique est, lui aussi, indépendant des autres services. Comme le notent Cauvin et Coyaud (1990), "le centre opérationnel... est formé d'un nombre d'important d'unités élémentaires, très spécialisées, largement indépendantes et peu coordonnées entre-elles...". Crémadez et Grateau (1992) indiquent que "bien que le développement de technologies de diagnostic et de soins complexes utilisant des équipements sophistiqués ait eu pour effet de créer des interdépendances entre services de soins et services d'aide aux diagnostics par exemple, l'hôpital demeure une organisation où le degré de spécialisation est très élevé. Chaque service entretient des relations directes avec son propre environnement client. Il s'organise, s'équipe s'il le peut, pour faire face de manière indépendante aux missions qui lui sont imparties. La taille de l'organisation ne fait qu'accentuer cette caractéristique fondamentale, la croissance conduisant à une multiplication des domaines d'activité plutôt qu'à une concentration".

Si l'interdépendance entre les services est faible, elle est forte à l'intérieur d'un service. Notre objectif étant de montrer que l'activité hospitalière est difficile à cerner, nous nous attachons ici à souligner que l'interdépendance intra-service est forte. Le système

conceptuel proposé par J. D. Thompson (1967) fait apparaître que les interdépendances entre les membres d'une organisation revêtent trois formes principales. Il y a d'abord le couplage de communauté (schéma n° I-1) où les membres sont indépendants les uns des autres et n'ont en commun que des ressources. On peut citer l'exemple des enseignants qui travaillent seuls avec leurs élèves, bien qu'ils utilisent les mêmes locaux et partagent le même budget d'établissement. Ou celui des médecins de ville qui travaillent seuls avec leurs patients, et qui ont en commun avec des confrères un cabinet et une secrétaire. Ou encore celui des services hospitaliers que nous venons d'évoquer.

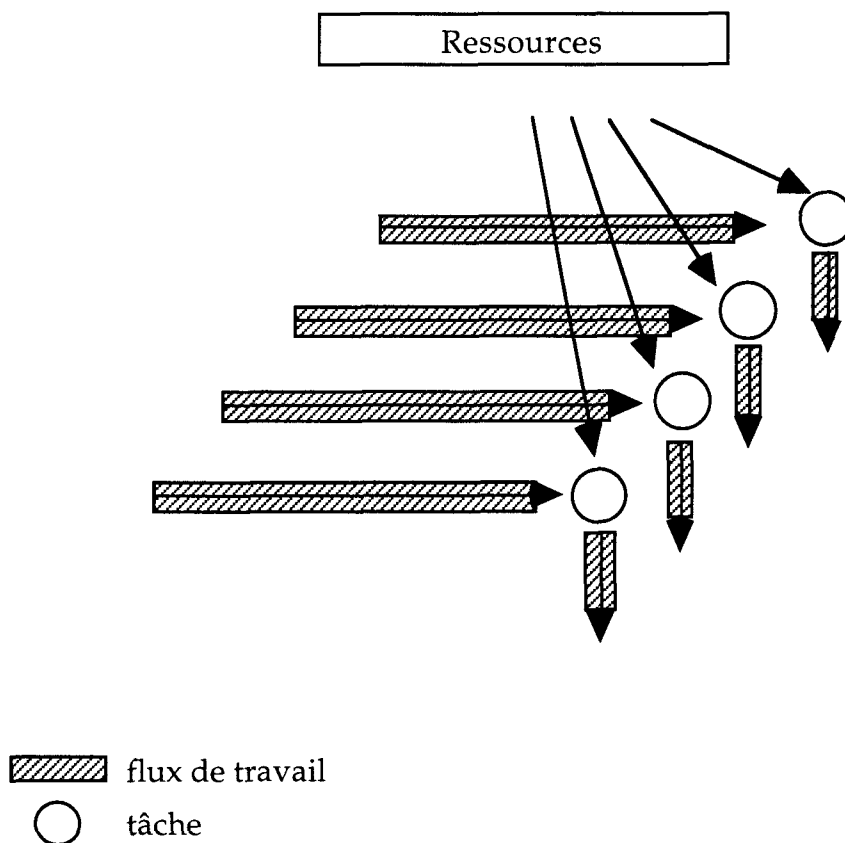


Schéma n° I-1: Couplage de Communauté.

(Source : Mintzberg , 1979).

Ensuite, on trouve le couplage séquentiel (schéma n° I-2) où les acteurs travaillent à la suite les uns des autres. On peut illustrer cette forme de couplage par le travail à la chaîne dans une usine de production, ou encore l'activité d'un laboratoire d'analyses médicales où la secrétaire remplit le dossier administratif, l'infirmière effectue le prélèvement, le laborantin réalise l'analyse et le médecin du laboratoire contrôle le résultat.

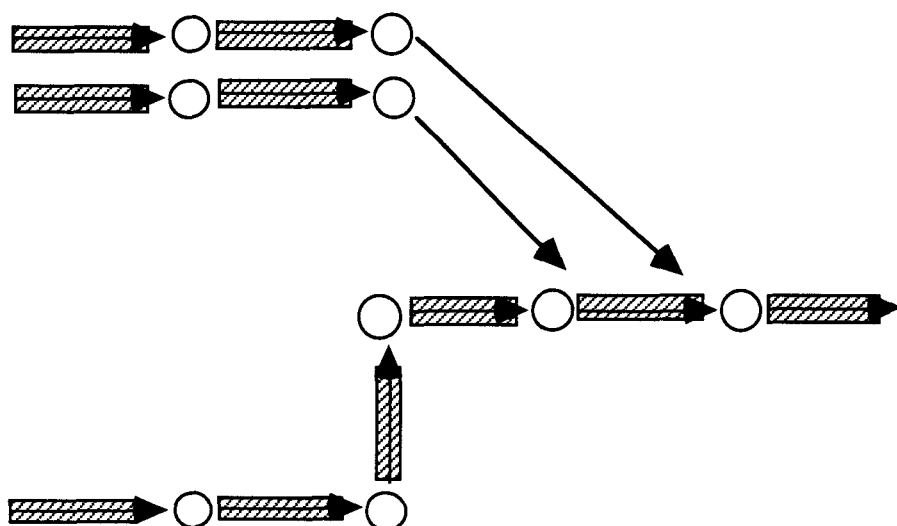


Schéma n° I-2 : Couplage séquentiel.

(Source : Mintzberg , 1979).

Enfin, il y a le couplage réciproque (schéma n° I-3) où les acteurs se donnent du travail les uns aux autres, et les autres aux uns. Le travail ne peut se concevoir qu'en équipe et une excellente illustration de cette forme de couplage est l'activité au sein d'un service hospitalier. Prenons l'exemple d'un patient qui doit être opéré. Des examens préliminaires sont réalisés, interviennent successivement et en coopération chirurgien, anesthésiste, infirmière, radiologue, cardiologue, biologiste. Le jour de l'intervention, l'infirmière "prépare" le patient, l'équipe chirurgicale intervient, l'anesthésiste contrôle le réveil. Puis infirmière, médecin, personnel

paramédical (dans certains cas) assurent l'ensemble des soins postopératoires.

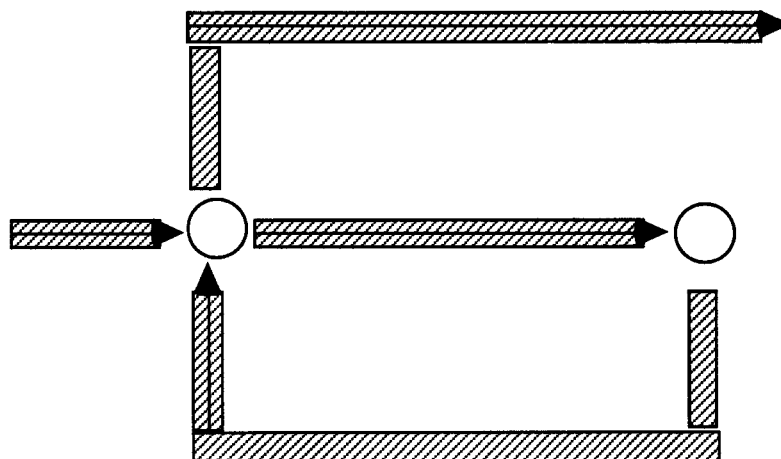


Schéma n° I-3 : Couplage réciproque.

(Source : Mintzberg , 1979).

L'interdépendance entre les membres croît avec les formes de couplage. Elle est la plus forte dans le cas qui nous intéresse, c'est-à-dire le couplage réciproque. En effet, le changement en un point affecte aussi bien l'aval que l'amont du processus de travail. C'est ainsi que, par exemple, le changement de chirurgien dans un service peut entraîner des différences notables pour l'infirmière, tant au niveau de la "préparation" du patient, qu'au niveau du suivi postopératoire. De même, le changement d'anesthésiste peut entraîner des protocoles différents, affectant ainsi le travail d'analyse préopératoire.

Cependant, tous les points du système de travail ne génèrent pas des implications de réciprocité aussi fortes les unes que les autres. Par exemple, le changement d'aide soignant n'aura pratiquement aucune conséquence sur le travail en aval et en amont du chirurgien. En revanche, un changement d'infirmière peut avoir

une conséquence indirecte sur l'exercice du travail du chirurgien. Par exemple, une infirmière expérimentée peut détecter rapidement une anomalie dans l'évolution de l'état de santé du patient et faire revenir plus vite le médecin à son chevet, afin d'éviter des complications ultérieures. Son remplacement par une infirmière moins expérimentée atténue cette opportunité de couplage. Dans un tel système, il y a des noeuds de couplage qui entraînent des degrés divers de réciprocité, les uns sont plus fortement actifs, les autres plus fortement passifs.

Le fait que les activités soient liées, c'est-à-dire que l'interdépendance entre les membres d'une équipe soit très forte, a des conséquences potentielles importantes en termes d'efficacité. En premier lieu, on peut craindre que le manque de conscience de l'un ne sera pas bien repéré et ne pourra pas être pénalisé. Par exemple, un manque d'hygiène dans l'exercice d'un soin peut entraîner une infection dont l'origine sera quasiment impossible à localiser. En second lieu, et corollaire du premier point, un excès de dévouement ou un effort particulièrement élevé d'un membre de l'équipe sera difficilement mis en exergue, même s'il facilite le travail des autres membres et améliore le résultat final. Ceci peut encourager certains à mettre en évidence leur travail là où il est observable par un autre et à obtenir une gratification démesurée par rapport à la réalité de leur comportement général.

En troisième lieu, il faut noter que cette activité se déroule dans un contexte où le droit à l'erreur est difficilement accepté. La multiplication d'actions en justice à l'encontre de médecins ou d'établissements hospitaliers en fournit une illustration. Les acteurs situés aux noeuds les plus actifs, craignant un manque d'efficacité au niveau des noeuds les plus passifs, peuvent être conduits à multiplier les examens, procédures et tâches préventives de difficultés. Par ailleurs, dans ce domaine, les professionnels peuvent tirer une

satisfaction de l'utilisation de techniques et de la mise en place de protocoles de plus en plus sophistiqués. Ces deux types d'éléments concourent à ce que la chaîne de soins s'auto-alimente en activités supplémentaires. On pourrait citer, par exemple, le cas d'un médecin anesthésiste qui multiplie les examens sanguins préalables ; il se situe alors comme noeud actif par rapport au laborantin. Un second exemple peut faire apparaître un noeud actif différent. Prenons le cas d'une infirmière ayant une forte ancienneté dans le service (par sa position, située en noeud actif) qui solliciterait fréquemment l'intervention d'un jeune interne (qui, du point de vue de cette relation, serait en position de noeud passif). Enfin, prenons le cas d'un chirurgien qui innoverait sans cesse dans l'élaboration de ses protocoles d'intervention afin d'expérimenter lui-même de nouvelles techniques.

Il est clair, en conclusion, qu'il faut se garder d'utiliser trop rapidement le terme d'inefficacité dans tous ces cas. Le chirurgien pourra faire valoir qu'il est en train d'acquérir une expertise nouvelle, l'infirmière qu'elle contribue à éviter des risques de complication ultérieure, l'anesthésiste qu'il cherche à éviter des accidents rares mais douloureux. L'efficacité, dans ce domaine, ne peut s'évaluer qu'à l'aune des moyens mis en oeuvre et de ce que l'on aurait pu en tirer s'ils avaient été utilisés différemment.

Dans un monde professionnel où l'efficacité est déjà intrinsèquement difficile à mesurer, l'organisation du travail en équipes avec un fort couplage réciproque ne permet pas de disposer facilement d'indicateurs qui permettraient d'évaluer la contribution de chacun au résultat final. Il faut noter que l'activité hospitalière ne se prête pas à un autre mode d'organisation du travail. Si des entreprises automobiles comme Volvo ont pu gagner en efficacité en abandonnant en partie ou en totalité l'organisation du travail à la chaîne pour adopter celle de groupe autonome, on voit mal quelle alternative se dessine dans le cas hospitalier. On imagine mal un hôpital où les

activités seraient fortement découplées. Bien au contraire, le développement de spécialités nouvelles, l'apparition d'équipements de plus en plus lourds sont des facteurs d'accroissement du couplage.

Enfin, il faut ajouter que le parcours du patient à l'hôpital peut être, dans certaines occasions, particulièrement long et complexe. Diverses affections peuvent conduire un même patient à être traité presque simultanément par plusieurs services. Les interventions des uns et des autres rétroagissent, un couplage supplémentaire est né.

2) L'importance du jugement humain.

Une autre caractéristique de l'activité hospitalière réside dans le fait que, pour ses acteurs les plus expérimentés, le degré de standardisation des tâches reste limité. Certes, comme le note Mintzberg (1979), l'activité des professionnels s'organise autour de deux phases. Dans un premier temps, il s'agit de simplifier l'information que peut prendre en compte le professionnel. C'est la phase de diagnostic qui consiste à rapprocher, autant que faire se peut, le cas particulier du patient à des cas standards. Comme l'avait écrit Perrow (1970), "les clients sont classés et rangés en catégories parce que traiter chaque cas comme un cas unique imposant une analyse complète exigerait d'énormes ressources". Dans un second temps, le professionnel choisit un programme d'exécution. Là encore, pour rendre sa tâche plus facile, il va choisir un programme correspondant au cas observé parmi les protocoles standards. Cette standardisation va permettre par la suite de gérer des opérations plus ou moins complexes au sein d'un environnement où interviennent de nombreux

professionnels dont les résultats, comme nous avons vu précédemment, sont fortement couplés.

Cette forme de standardisation est loin d'être stricte dans le cas de l'hôpital. D'une part, dans la phase de diagnostic, chaque professionnel prend en compte un ensemble plus ou moins limité de cas standards. De plus, les variations dans leurs observations font qu'un même patient peut être classé différemment par plusieurs professionnels. Deux médecins peuvent se mettre d'accord pour dire qu'un individu est atteint d'une maladie rhumatismale. Mais, lorsqu'ils ont à affiner leur diagnostic, ils sont conduits soit à utiliser des catégories particulières, soit à associer à une catégorie des attributs particuliers (ils peuvent privilégier tel ou tel élément clinique). Il ne faut pas oublier que pour être utile, dans la seconde phase, ce classement doit être relativement fin. Ainsi, deux patients atteints d'une même affection générale peuvent être classés différemment par un même praticien. Par exemple, deux cas de spondylarthrite ankylosante ne sont pas considérés de la même manière suivant la sévérité des atteintes articulaires.

A cette variété initiale de situations, correspond, d'autre part, une variété aussi grande de programmes d'action. Il est vrai que, du fait de leur formation longue hospitalo-universitaire, les professionnels disposent d'une connaissance commune, et non pas propre à leur établissement, des traitements adaptés à chaque pathologie. Il est aussi vrai que, par la suite, ils sont conduits à partager une information scientifique largement diffusée au sein de leur communauté. Dans certains cas, ils échangent eux-mêmes leurs propres résultats. Il n'en reste pas moins que cette activité proprement humaine laisse à chacun le soin de préférer certains programmes d'action à d'autres, voire de les modifier ou de les adapter. Ainsi, à un même diagnostic peuvent correspondre des protocoles de soins différents. A titre d'exemple, les prothèses de hanche peuvent être

effectuées de plusieurs manières. Une méthode consiste à ne pas conserver le trochanter, les patients peuvent retrouver leur mobilité au bout de quelques jours. Une autre méthode consiste à repositionner le trochanter, les patients ne retrouvent leur mobilité qu'après six semaines. Certains chirurgiens sont adeptes de la première technique, d'autres de la seconde.

Par ailleurs, même si chaque professionnel a sa panoplie propre de protocoles d'action, il ne faut pas oublier qu'il est souvent amené à s'adapter aux conditions particulières du terrain. Le jugement humain reste en permanence sollicité. En reprenant notre exemple de la prothèse de hanche, en cours d'intervention chirurgicale, l'os du cotyle au niveau du bassin peut s'avérer particulièrement friable et le chirurgien doit alors procéder à un "bricolage" supplémentaire, en l'occurrence une greffe d'os plus ou moins importante. Ce problème n'est pas spécifique à l'hôpital, nous pouvons le rapprocher du cas cité par Perrow (1970) concernant le travail des policiers : "il existe de nombreux plans : quand suspendre l'assistance ? Quand retirer le revolver de son étui ? Quand boucler un quartier ? Quand appeler le FBI et quand retirer un enfant à ses parents ? L'existence de ces plans ne fournit pas de critère pour choisir la meilleure action... la décision ne dépend pas du calcul mais du jugement humain".

En conclusion, on ne peut pas associer, de manière univoque, à un cas particulier un programme d'intervention précis. Des variations vont intervenir suivant la façon dont le diagnostic est posé, suivant les préférences des professionnels en matière technique et suivant les aléas rencontrés. Cette limite de la standardisation de l'activité et l'importance du jugement humain rendent délicate toute étude comparative sur l'efficacité des professionnels et difficile le suivi de leur activité. Quel que soit le degré de standardisation des activités, leur complexité garantit au professionnel une latitude considérable

dans leur application.

Par sa nature propre, l'activité hospitalière rend toute étude de son efficacité délicate. En effet, nous avons vu que la mesure du produit hospitalier, tant au niveau global qu'au niveau de la contribution de chaque acteur, est une opération particulièrement difficile. Aussi, si l'on souhaite se pencher sur l'efficacité ou l'efficience de la production hospitalière, il est indispensable d'apprécier comment les conduites de chacun sont suffisamment coordonnées, voire comment les buts différents peuvent être unifiés, soit de manière autoritaire, soit de manière plus souple. Pour atteindre cet objectif, nous allons, dans ce qui suit, mettre en évidence les caractères les plus saillants de l'organisation hospitalière, en insistant sur les rapports qu'entretiennent les professionnels et les responsables administratifs.

SECTION 2 : UNE GESTION DANS UNE ORGANISATION DUALE.

L'activité hospitalière est le fruit d'acteurs aux compétences et aux responsabilités diverses mais très affirmées. Comprendre le processus d'élaboration du produit hospitalier n'est pas chose facile. La description de la structure va nous permettre de décrire comment, et dans quels buts pour les acteurs, l'activité se déroule. Nous précisons ainsi le cadre, le contexte de sa mise en oeuvre. Bien entendu, la structure est ici synonyme d'organisation de l'hôpital.

La structure est pour nous un paramètre et non une variable. Nous ne cherchons pas, à l'instar des théoriciens de la contingence, à mettre en évidence la meilleure structure en fonction des environnements observés. Notre objectif est de mettre en exergue les "jeux" entre les acteurs au sein d'une bureaucratie professionnelle hospitalière, afin de disposer des matériaux nécessaires à la modélisation ultérieure. Notre modélisation ne concerne qu'un laps de temps limité. Tout changement dans l'environnement externe génère ses manifestations à l'intérieur d'une structure à un moment donné. Par exemple, l'apparition de nouvelles procédures thérapeutiques se traduit par un gonflement brutal de certaines lignes budgétaires dans les structures actuelles de l'administration hospitalière. La difficulté révélée par le système d'information en place va conduire à la recherche de solutions stratégiques. Les nouveaux modes d'activité hospitalière vont peut-être à leur tour exiger une adaptation, voire dans certains cas une réforme profonde des cadres de suivi budgétaire. C'est peut-être dans une phase ultérieure que l'utilisation de nouveaux outils et la mise en place de nouvelles activités conduisent à des changements de structure.

Dans notre modélisation, la structure est un paramètre, nous ne la manipulons pas mais nous nous appuyons sur elle. Nous partons de la structure telle que notre étude clinique la caractérise. C'est d'ailleurs de la même manière que procède le CHRU de Lille. Sa démarche stratégique (développée au chapitre III) part de la structure. Crémadez et Grateau (1992) parlent "d'un nouveau mode de management qui respecte la spécificité organisationnelle et culturelle des établissements de soins". Certes la démarche stratégique peut entraîner des changements structurels, mais ceci demande du temps et n'est pas un objectif en soi. Les mêmes auteurs mentionnent que "sans que le terme ne soit prononcé et sans que l'utilité du changement ne soit évoquée en préalable, il y a changement organisationnel. Il y a changement, car des individus qui ne se

rencontraient pas précédemment, tout au moins dans une instance officielle chargée de penser le devenir de l'organisation, se réunissent à cette fin". Ici, la structure n'est pas manipulée en tant que telle, elle évolue lentement et conséquemment à une démarche originale. Notre projet est d'une ambition modérée et nous n'avons pas la prétention d'endogénéiser l'évolution de la variable structure. Notre modélisation s'appuie sur la structure telle que l'étude de cas nous permet de la spécifier. Le paramètre de structure apparaît dans notre modélisation des jeux budgétaires. C'est ainsi qu'un niveau intermédiaire entre le service médical et la direction est intégré, celui de la commission médico-administrative. Ceci sera développé au chapitre V consacré à la modélisation.

Pour nous, la structure n'est pas seulement quelque chose de figé. Son architecture formelle des rôles de chacun ne suffit pas à en restituer l'impact car elle ne rend pas compte des jeux de pouvoir, des conflits, des intérêts et objectifs différents des acteurs. La structure n'est pas un objet que l'on façonne à son gré. Cette vue nous semble trop naïve. Elle est aussi le fruit d'interrelations entre des individus qui ne poursuivent pas nécessairement des buts communs. Nous partageons la conception qualifiée d'«interactionniste» par Dow (1988). Celle-ci est dynamique et dépasse la simple structure formelle. L'aspect social, voire politique, l'informel y occupent une place non négligeable. Les théories économiques des organisations partagent cette conception. Comme le notent Charreaux et Pitol-Belin (1992), "l'organisation apparaît être un ensemble social d'individus dont les objectifs, les motivations, les ensembles d'informations et les obligations contractuelles diffèrent".

Cette conception inspire en partie notre choix de la théorie de l'agence que nous présentons en deuxième partie. Elle est aussi à l'origine de l'intérêt que nous portons à la structure. Mettre en évidence les rapports caractéristiques entre les acteurs hospitaliers est

notre objectif principal et justifie notre choix du modèle de la bureaucratie professionnelle de Mintzberg (1979), complété par l'analyse politique publiée en 1983. Il nous propose une grille de lecture qui tient largement compte des comportements de chaque catégorie d'acteurs, les médecins et les responsables administratifs. Les uns ont besoin de ressources pour exercer leur métier, les autres ont à répartir ces dernières au mieux. Les uns et les autres manifestent des intérêts divergents. Ce modèle nous semble donc particulièrement bien adapté à notre problématique car il rend compte de la forte dualité, notamment en termes d'objectifs et de partage du pouvoir, entre médecins et responsables administratifs à l'hôpital.

La description de la structure est conduite en trois temps. D'abord, nous montrons, en nous référant aux travaux de théoriciens de l'organisation, que la structure est l'expression du style de l'organisation et des relations de pouvoir. Puis, nous présentons un modèle de structure pour l'hôpital public en nous appuyant sur les travaux de Mintzberg. Enfin, la dualité entre professionnels et responsables administratifs, au sein d'une bureaucratie professionnelle comme l'hôpital, nous permet d'examiner les principaux jeux politiques à l'oeuvre.

I - LA STRUCTURE : EXPRESSION DU STYLE DE L'ORGANISATION ET DES RELATIONS DE POUVOIR.

Nous empruntons largement notre exposé à la contribution récente de Desreumaux (1992) qui réalise une synthèse, un véritable "état des lieux" des connaissances en matière de structure.

Redonner une certaine légitimité à la structure est notre premier souci. La structure contient en elle-même beaucoup de significations, notamment pour spécifier les rapports entre les acteurs. Son évolution dans la littérature ne lui confère pas la place qu'elle mérite. Préciser notre démarche d'étude de la structure est notre second souci. Deux manières principales d'aborder la structure se dégagent des définitions et des préoccupations des auteurs. Certains auteurs ont une approche visant une compréhension globale des phénomènes organisationnels, ils empruntent les deux voies. La démarche de Mintzberg est de cette nature, c'est pourquoi nous l'avons retenue. D'une part, elle nous permet de restituer le style de l'organisation hospitalière, ses caractéristiques principales. D'autre part, elle autorise une analyse des rouages du pouvoir à l'hôpital.

1) La place du concept de structure.

Ce concept n'est pas l'apanage des sciences de gestion, d'autres disciplines l'utilisent. Le vieux débat, en sciences humaines, relatif à l'inné et l'acquis en matière de structuration de la personnalité est connu de tous. Les gestionnaires, en fonction de leur domaine privilégié, vont parler de structure financière, ou de structure des coûts, ou encore de structure organisationnelle. Comme nous l'avons dit précédemment, c'est au sens de structure organisationnelle que nous nous référons ici, notre objectif étant de décrire comment s'organise l'activité hospitalière et pourquoi elle s'organise ainsi.

En gestion, et à nouveau dans d'autres disciplines, les phénomènes de mode sont habituels. Ainsi, le thème de la culture

d'entreprise est actuellement privilégié par les praticiens et les chercheurs. Comme le notent Ouchi et Wilkins (1985), les chercheurs semblent privilégier le thème de la culture au détriment d'autres thèmes tels la structure, le rôle de l'environnement. Quel sera le destin de la variable culture ? Peut-être a-t-elle un avenir prometteur, ou bien n'en restera-t-il qu'un vague souvenir dans quelques années ?

Le thème de la structure est, quant à lui, particulièrement constant. Bien que des effets de mode affectent certaines formes structurelles (par exemple, le modèle japonais), le thème général reste toujours à l'esprit des chercheurs et des praticiens. Toutefois, comme l'indiquent Charreaux et Pitol-Belin (1992), "il n'existe pas de corps théorique suffisamment unifié pour qu'on puisse parler d'UNE théorie des organisations". De plus, il faut noter que la structure a un destin paradoxal. Si les premiers écrits traitant de gestion lui confèrent une place principale, elle a peu à peu perdu de son prestige pour ne plus occuper qu'une place secondaire.

L'organisation ne constitue pas un domaine unifié. L'abondance et la diversité de la littérature concourent à cet état de fait. Tout d'abord, les productions littéraires sont aussi variées que les points de vue de leurs auteurs. Certaines émanent de dirigeants d'entreprises qui racontent leur vécu. D'autres sont le fait de consultants qui vantent les avantages de tel ou tel modèle structurel. D'autres encore sont dues à des théoriciens qui exposent, soit des réflexions conceptuelles, soit des analyses empiriques. Ensuite, l'organisation est à la croisée des chemins de différentes disciplines telles l'économie, la psychologie, la sociologie, la gestion... Enfin, les méthodologies de recherche sont, elles aussi, variées et on peut trouver des études cliniques, des analyses comparatives, des monographies... Si la diversité est une source de richesse, il n'en reste pas moins qu'on ne peut pas parler de domaine unifié en matière d'organisation. Organiser les connaissances sur le thème des structures

organisationnelles n'est pas vain.

L'évolution des écrits fait apparaître un paradoxe. La structure est soit prépondérante, soit subalterne. Une position plus nuancée est peut-être un moyen de redonner à la structure sa légitimité. A l'origine, le thème de la structure est très important. Ainsi, Fayol s'intéresse aux tâches de la direction générale et il dit qu'administrer, c'est prévoir, organiser, commander, coordonner, contrôler. La gestion des structures est bien présente. D'autres auteurs, comme Gulick et Urwick aux États-Unis, Weber en Allemagne, participent au développement de la théorie classique de l'organisation. Les principes qu'ils proposent sont résumés par Thiétart (1982) de la manière suivante : "spécialisation des tâches, standardisation des opérations, uniformité des procédures, unité de commandement, limitation de l'éventail de supervision ou de contrôle, centralisation de la prise de décision, organisation par département". Ces auteurs se situent résolument dans une optique normative. L'organisation "idéale" est leur cheval de bataille. Comme le note Desreumaux (1981), "il ne s'agit pas tant de découvrir ce qui fait que les structures sont ce qu'elles sont, que de définir la «meilleure façon» de construire et de gérer une organisation".

Taylor, lui aussi, a une vision normative. Mais il ne s'intéresse pas à l'organisation globale de l'entreprise. Il a un point de vue plus microscopique et travaille sur l'organisation des ateliers, la gestion des postes de travail. Il cherche à augmenter le rendement pour améliorer la productivité. Pour ce faire, il met au point des méthodes basées sur une analyse scientifique des tâches réalisée par des spécialistes. Ainsi des services de méthodes se créent et l'organisation n'est plus le fait de la direction générale.

Avec la théorie classique des organisations, la structure a une place prépondérante. Mais, dans les écrits suivants, elle n'a qu'une

place annexe. Le courant des théoriciens de la contingence se préoccupe des questions de structure. Mais, pour eux, les structures s'imposent et ne sont pas intrinsèquement l'objet de décisions. Ils cherchent à établir des correspondances entre type d'environnement et forme de structure efficace. La structure est déterminée essentiellement par le contexte. La littérature relative à la politique générale et à la stratégie, évoque, elle aussi, la structure, mais toujours comme une variable dépendante. Ainsi, pour Chandler, l'organisation suit la stratégie.

L'évolution de la littérature va donc dans le sens d'une marginalisation de la structure. Il est vrai qu'il est très difficile, dans la pratique, de toucher aux structures. Toute action en profondeur n'est pas chose aisée et demande du temps. Face à cette difficulté, les praticiens ont tendance à adopter des positions excessives. Soit on ne parle jamais de questions structurelles et les transformations sont mal vécues et sont le fait de crises. Soit, à l'inverse, les structures sont fréquemment manipulées. Par exemple, certaines multinationales ont volontiers recours à cette pratique. Cet excès de changements entraîne, outre une confusion importante, un climat tout à fait désagréable où chacun défend fortement sa position.

Sans tomber dans les travers précédemment évoqués, il nous semble important de redonner à la structure sa place légitime. Elle n'est pas seulement une conséquence de la stratégie, elle en est aussi un déterminant. La motivation des personnes, leur ouverture au changement sont plus ou moins fortes et entraînent des possibilités diverses de management. Les capacités d'adaptation d'une entreprise sont, en bonne partie, dictées par son mode structurel. La structure est en quelque sorte un miroir qui reflète le style de l'entreprise, le niveau d'engagement des personnels et les principes de gestion des responsables.

La structure est donc bien un puissant support d'analyse. Un point de vue excessif serait de considérer la structure comme le

paramètre fondamental. Tel n'est pas notre propos. Toutefois, il nous semble légitime d'être conscient du poids des données structurelles. C'est pourquoi nous nous attachons, dans ce travail, à décrire le mode structurel hospitalier. L'hôpital a ses spécificités et le déroulement de l'activité est lié au mode particulier de structure à l'oeuvre. Les contraintes organisationnelles et humaines pèsent sur les choix opérés en matière de comptabilité de gestion. Il nous semble donc important de les situer si nous voulons que notre modélisation s'appuie sur des bases solides.

2) Les démarches d'étude de la structure.

Il existe de nombreuses définitions du concept de structure. Desreumaux (1992) en répertorie quinze dans son ouvrage et précise qu'il ne s'agit pas d'un inventaire exhaustif. On est loin d'un accord sur la définition de ce concept. Certains auteurs proposent des définitions simples. Citons, par exemple, Mintzberg (1979) ; "la structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches". Nous verrons par la suite que, pour Mintzberg, le mode de coordination est une dimension très importante, à l'origine des différentes configurations structurelles. On peut faire le reproche à une définition simple de ne pas rendre suffisamment compte de la complexité. Mais il faut aussi reconnaître que la simplicité a le mérite, à condition de ne pas tomber dans le "simplisme", de la clarté, donc de la compréhension et de l'utilisation. Ceci n'est pas le cas de certaines autres définitions qui, à force de complexité, deviennent hermétiques.

Classer les définitions de la structure au regard de leur niveau de simplicité ou de complexité n'a qu'un intérêt anecdotique. Un examen plus approfondi de ces définitions permet de dégager deux axes complémentaires, c'est-à-dire deux démarches d'étude de la structure adoptée par les auteurs. Ces démarches peuvent être symbolisées de la manière suivante : comment et pourquoi s'organise la vie de l'entreprise ? S'intéresser à la structure revient à essayer de répondre à ces deux questions.

Comment s'organise la vie de l'entreprise, c'est encore essayer de saisir son mode de fonctionnement. Cette démarche est éminemment complexe car il faut tenir compte à la fois du schéma formel d'organisation, des relations entre les individus, des systèmes d'information, de contrôle... Il n'est pas possible de fournir une description complète de tout ce qui participe à donner vie à l'entreprise. Il faut nécessairement être caricatural et réducteur si on souhaite rester intelligible et accessible aux capacités de compréhension de l'esprit humain. Cet effort de synthèse se fait de deux manières. Soit les auteurs s'attachent au formel et décrivent les principaux organes structurels qui donnent vie à l'entreprise. Soit, et de manière complémentaire, ils dépassent ce stade de l'instantané, de l'image et s'attachent à mettre en exergue les attributs structurels saillants. Les caractéristiques fondamentales retenues permettent de classer les entreprises dans des types, des profils différents en fonction du niveau d'intensité de ces caractéristiques. Cette approche vise une compréhension plus globale de l'organisation.

La métaphore de l'organisme permet ici le "décodage des organisations" (Morgan, 1989). Comme en biologie, les auteurs distinguent les organes vitaux de l'entreprise, ce qui permet son fonctionnement. Puis, ils souhaitent définir des types. Comme le note Morgan, "ils essaient de répertorier les différents styles d'organisation

et de faire apparaître leurs caractéristiques distinctives sur le plan organisationnel".

Décrire les principaux organes structurels qui conditionnent et donnent vie à l'entreprise, c'est encore passer en revue les parties qui la composent. La première partie, en quelque sorte la partie émergée de l'iceberg, est fournie par l'organigramme (celui du CHRU de Lille est présenté au chapitre III). Il permet à chacun de se faire une représentation synthétique des services existants, du mode de départementalisation, des liens de ces départements avec la direction générale... Il résume les conditions de vie de l'organisation et il est relativement facile d'accès. C'est une image qui permet d'avoir une vue rapide de la structure de base, des fondements de l'organisation. La seconde partie est plus difficile à saisir car elle est moins immédiate. Elle concerne les éléments qui donnent vie à l'organisation et permettent son fonctionnement quotidien. Ce sont, par exemple, les systèmes d'information, de planification, de contrôle... Les repérer et les spécifier nécessitent une connaissance plus intime de l'organisation.

Décrire les éléments qui concourent à la vie de l'organisation n'est pas suffisant si on souhaite dépasser le stade de la configuration et distinguer des styles d'organisation. Des traits caractéristiques symbolisent le style de l'organisation. Ainsi, les auteurs examinent la structure à la loupe d'indicateurs qu'ils considèrent pertinents. Ils retiennent par exemple la spécialisation, la formalisation, la centralisation et une organisation sera plus ou moins spécialisée, formalisée, centralisée... Dans la typologie de Mintzberg, le mode de coordination des activités est central et il induit des degrés de centralisation divers. La démarche adoptée par les théoriciens est donc de dégager, à partir d'un grand nombre d'observations, des profils organisationnels. Les typologies des organisations ainsi fournies sont souvent partielles. Toutefois, on peut trouver, comme le note

Desreumaux (1992), "des essais de synthèse développant une approche de type «gestaltiste». Dans cet esprit, trois auteurs doivent être mentionnés pour leur contribution à une compréhension globale des problèmes organisationnels : Likert, Mintzberg et Ouchi".

L'analyse de Mintzberg (1979) repose sur un énorme travail de recensement d'abord, de synthèse ensuite, des recherches portant sur les structures. Mintzberg propose cinq configurations organisationnelles et fournit une description très riche et nourrie de nombreuses illustrations, aussi bien de leurs caractéristiques que de leurs dysfonctions. Certes, ces configurations ne sont pas le fruit d'un travail empirique. Signalons toutefois qu'il s'agit d'une référence utile à propos de laquelle apparaissent des travaux de vérification, par exemple l'étude de Doty, Glick et Huber (1993). La typologie de Mintzberg est bien un cadre de description intéressant et les configurations proposées par l'auteur constituent des bases solides en matière de diagnostic et de design organisationnel. Le modèle de la bureaucratie professionnelle, notamment, nous semble tout à fait pertinent. En effet, il permet de saisir les spécificités structurelles qui concourent à la vie de l'hôpital. A la lecture de l'ouvrage de Mintzberg, nous avons été très sensible au réalisme de ses propositions. Nous retrouvons nombre de réflexions que notre expérience de douze ans en milieu hospitalier ne peut que partager et qui permettent de comprendre comment s'organise la vie à l'hôpital.

Le pourquoi de l'organisation de la vie de l'entreprise symbolise un second axe d'étude de la structure. Les auteurs dépassent le côté un peu mécanique et fonctionnel précédemment exposé. Ils s'intéressent ici aux rôles joués par la structure. Pour nombre d'entre eux, la structure est un outil de mise en oeuvre de la stratégie. Elle sert à atteindre les objectifs de l'entreprise. Nous avons déjà dit que ce point de vue nous semble trop réducteur. Certes, c'est une représentation très rationnelle, mais l'excès de rationalité peut conduire à un

appauvrissement. Il est bien connu désormais que les intérêts des acteurs, les jeux de pouvoir ne sont pas neutres vis-à-vis des questions structurelles. La structure peut avoir des finalités qui ne sont pas relatives à la mise en place d'une stratégie. Le maintien de la structure pour elle-même peut être l'objectif des individus. Des logiques de défense de son pouvoir, de sécurité ne sont pas à négliger. On peut penser comme Jaques (1972) que l'objet de la structure est de protéger les individus, de leur donner un certain nombre de repères et de règles qui les rassurent. La structure assume alors une fonction inconsciente de défense contre l'anxiété psychotique. Les phénomènes de résistance au changement participent sûrement en partie de cette dimension de la structure.

D'autres auteurs, comme Crozier (1963), vont dans le même sens. Dans son étude du phénomène bureaucratique, il montre que l'individu entretient la rigidité bureaucratique afin d'échapper à l'anxiété. Il écrit que "la fonction profonde de la rigidité bureaucratique peut s'analyser finalement, ..., comme une fonction de protection. Elle assure le minimum de sécurité indispensable à l'individu dans ses rapports avec ses semblables à l'occasion des activités coopératives coordonnées nécessaires à la réalisation de ses buts".

Se défendre contre l'anxiété en s'accrochant à sa position a comme corollaire évident la défense de son pouvoir. La structure ne peut pas être réduite à un moyen d'atteindre les buts de l'organisation. Elle reflète aussi des logiques de pouvoir que Mintzberg (1983) intègre dans son analyse. Il distingue six configurations de pouvoir. Nous nous intéressons à celle nommée par l'auteur "méritocratie". Elle correspond au modèle précédent de la bureaucratie professionnelle et le complète avantageusement, ce qui nous conforte dans notre choix du modèle, ou plutôt des modèles de Mintzberg.

II - UN MODÈLE DE STRUCTURE POUR L'HÔPITAL.

L'étude de la structure d'un hôpital public va nous conduire à adopter successivement les différentes approches que nous avons mentionnées ci-dessus. Nous partons, dans un premier temps, d'une représentation des sources de pouvoir, pour ensuite nous attarder sur des éléments plus caractéristiques du style de l'organisation, ou même des seules représentations formelles des liens entre acteurs. Ceci ne nous interdit pas de revenir plus tard à des aspects qui ont plus spécifiquement trait à des relations de pouvoir, tant les uns et les autres sont intimement liés.

Mintzberg (1983) concentre toute son attention sur l'origine du pouvoir au sein d'une organisation. Il en distingue deux sources, l'une externe et l'autre interne. C'est une vue large des frontières de l'organisation. Il regroupe sous le vocable de "coalition externe" tous ceux qui ne sont pas salariés de l'organisation mais qui peuvent jouer à l'occasion une influence sur les décisions. Suivant ce point de vue, une description complète de la structure de l'organisation hospitalière doit comprendre celle de sa coalition externe. Nous pouvons y trouver : - les collectivités locales, - la caisse d'assurance maladie, - les organisations professionnelles, - les malades, - les fournisseurs divers, - et bien entendu les autorités de tutelle centrale et locale. La "coalition interne" regroupe en son sein tous ceux qui travaillent à l'hôpital et qui sont détenteurs d'une influence. Nous pouvons distinguer quatre grandes composantes : - le sommet stratégique, soit la direction générale, - la technostructure avec notamment les services de comptabilité, gestion et finances, - les fonctions de soutien logistique comme la restauration, le nettoyage, la lingerie, - et le centre opérationnel regroupant tous les services médicaux.

Des formes que peuvent prendre la coalition externe et la coalition interne dépend la nature de la structure de l'organisation étudiée. Nous allons montrer, dans un premier temps, que le rôle de la coalition externe reste de fait limité et qu'elle peut être qualifiée, en suivant Mintzberg, de passive. Nous montrons, dans un second temps, que la place hypertrophiée que détient le centre opérationnel fait de l'hôpital une "méritocratie", c'est-à-dire une organisation où les experts détenteurs du savoir scientifique occupent une place privilégiée et difficilement contestable par les autres acteurs. Comme les principaux responsables des services médicaux peuvent exercer leur activité en relative indépendance, l'hôpital correspond plus particulièrement à l'une des deux formes identifiées de "méritocratie", à savoir la "méritocratie fédérée", ou encore la "bureaucratie professionnelle". Nous nous attachons alors à montrer que l'organisation hospitalière a un style caractéristique de celui de la "bureaucratie professionnelle".

1) La forme de coalition externe adaptée à l'hôpital.

Mintzberg propose trois types de coalition externe. Le premier est celui de la "coalition externe dominée". Un exemple est celui d'une filiale étrangère qui est dominée par son actionnaire principal, sa société mère qui contrôle de l'extérieur l'ensemble de ses décisions de gestion concernant la stratégie, les finances, le marketing, le personnel. La présence d'une coalition externe dominée n'est pas propre aux entreprises industrielles privées. On peut trouver des organisations pour lesquelles un détenteur d'influence externe joue un rôle dominant à l'intérieur du conseil et limite ainsi la liberté de

manoeuvre de ses dirigeants (exemple : une église ou un évêque sur une organisation de jeunesse ou une école). Par ailleurs, on peut aussi trouver des entreprises industrielles commerciales qui n'ont pas de coalition externe dominée lorsque l'actionnariat est très épars et peu intéressé par la gestion. Dans le cas de l'hôpital, il est clair qu'aucun membre de la coalition externe n'arrive à jouer un rôle dominant sur les modes de gestion de l'institution.

Le deuxième type de coalition externe est la "coalition externe divisée". Dans ce cas, la coalition externe est divisée entre plusieurs détenteurs d'influence qui agissent de manière indépendante. Citons, par exemple, le cas de sociétés allemandes où le conseil d'administration peut comprendre des représentations importantes de banques et de syndicats. Ici, les détenteurs d'influence peuvent avoir des intérêts contradictoires et chercher à les faire valoir chacun à leur tour. Le nombre de détenteurs d'influence reste, dans ce cas, limité et le plus souvent, chacun cherche à faire jouer son influence sur les problèmes qui l'intéressent. Les effets sont alors sporadiques et ne se neutralisent que rarement. Par le nombre de ses participants, la coalition externe de l'hôpital n'apparaît pas s'apparenter au cas de la coalition divisée.

Le troisième type est celui de la "coalition externe passive". Le grand nombre de détenteurs d'influence externes entraîne une certaine passivité. Quand les acteurs sont nombreux et ont des buts qui ne sont pas nécessairement identiques, alors leurs essais d'exercer une influence sur la conduite de l'organisation risquent de se neutraliser. Ceci se trouve amplifié dans deux cas. D'une part, un milieu très politisé va entraîner une diminution de l'efficacité de la coalition externe. Il suffit, à ce stade, de constater les différences d'intérêts qui peuvent apparaître entre un maire et le représentant d'un ministère central, entre des syndicats catégoriels et d'autres acteurs. D'autre part, l'influence de la coalition externe se trouve

fortement diminuée lorsqu'il existe des éléments forts, au sein de la coalition interne, capables d'organiser une résistance efficace. C'est sans aucun doute vrai dans le cas de l'hôpital où, sans minorer l'importance que peut avoir un directeur fort, il convient de mettre en évidence le rôle dominant joué par les médicaux.

Afin d'illustrer notre propos, nous souhaitons rappeler ici les résultats de l'étude de Engel, Moisson et Tonneau (1992). L'étude porte sur un échantillon de douze établissements hospitaliers publics français analysés en profondeur. Les auteurs notent que, malgré une volonté clairement affichée par la tutelle de contenir la croissance des dépenses hospitalières, la régulation du système hospitalier est restée molle. Les dispositifs divers, comme le taux directeur des dépenses, le budget global (nous reviendrons sur ces dispositifs dans le chapitre suivant) vont dans le sens d'un accroissement de la contrainte externe. Or, le fonctionnement des établissements hospitaliers ne semble pas s'être transformé de manière significative. Une analyse quantitative, portant sur une période allant de 1980 à 1986, donne les résultats suivants. Les dépenses des hôpitaux croissent davantage que prévu par le taux directeur, l'augmentation des dépenses médicales de fonctionnement est forte, etc... Ainsi, par exemple, les dépenses de personnel ont doublé en sept ans, alors qu'elles auraient dû progresser de 60 % selon le taux directeur.

Ces résultats peuvent être expliqués par un certain nombre de dérogations diverses, par exemple des opérations importantes d'humanisation (de modernisation des locaux) ou des mesures nationales concernant les rémunérations. Un autre facteur explicatif réside dans la marge de manoeuvre laissée à la tutelle locale, par exemple la possibilité de négocier avec cette dernière la prise en compte d'activités nouvelles. Le dernier facteur explicatif provient des jeux possibles autour des règles comptables et budgétaires. Ainsi, par

exemple, il existe une certaine souplesse en ce qui concerne la définition des limites de la base budgétaire.

Toutefois, les auteurs considèrent que "ces explications restent factuelles dans la mesure où elles se contentent de mettre en avant les micro-mécanismes de base qui ont permis d'échapper quelque peu aux rigueurs de la contrainte budgétaire". De manière plus fondamentale, les résultats quantifiés sont à relier à l'analyse du comportement des acteurs en présence, de ceux qui ont un certain pouvoir sur le développement des hôpitaux (les médecins, les responsables administratifs hospitaliers, la DDASS [Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale] chargée de la tutelle et l'environnement social local). Les auteurs notent que les médecins et les directions hospitalières privilégient le développement des activités médicales et la poursuite de l'amélioration technique. C'est donc vers un certain consensus, par rapport à la contrainte financière, que ces deux catégories d'acteurs évoluent. Il y a même, dans certains hôpitaux, une réflexion stratégique commune qui est menée. C'est le cas au CHRU de Lille.

La tutelle a beaucoup de mal à s'opposer à une telle tactique. D'une part, la DDASS ne dispose pas d'outils de gestion, d'indicateurs susceptibles de vraiment rendre compte de l'efficacité d'un hôpital. Ceci est à relier à la difficile mesure du produit hospitalier, point que nous avons développé précédemment. De plus, les inspecteurs de la DDASS n'ont pas de formation médicale. Ils doivent donc s'en remettre aux médecins qui restent les seuls à pouvoir juger des méthodes pour soigner les patients, donc des ressources nécessaires. D'autre part, la DDASS est prise dans un réseau d'influences, constitué par les groupes sociaux et politiques locaux (maire, syndicats, députés, profession...). Tous sont favorables au développement de leur hôpital. Nous avons déjà vu que c'est l'objectif de la profession médicale. Les élus locaux, eux aussi, défendent leur

hôpital. Soit ils souhaitent plaire aux électeurs qui aiment avoir un hôpital proche de chez eux. Soit ils veulent préserver l'emploi, il en est de même pour les syndicats. Signalons que le maire est le président du conseil d'administration de l'hôpital public de sa ville. A titre d'exemple, le CHRU de Lille emploie environ 11 000 personnes, c'est le plus gros employeur de notre région.

En conclusion, nous voyons, comme le notent les auteurs, que "tous ces notables locaux... entrent ensemble dans une situation de coopération consistant fréquemment à essayer de contrer les tendances rationalisatrices et planificatrices de la tutelle administrative". Certes, la croissance globale des dépenses hospitalières s'est ralentie. Toutefois, bien que la tutelle appelle à un contrôle strict, l'augmentation des dépenses hospitalières est supérieure à ce qu'elle devrait être. Tout converge vers la poursuite de la croissance de l'hôpital. La DDASS, chargée de veiller à une stricte application de la contrainte, n'assume pas véritablement cette fonction. Le nombre d'acteurs en présence et les différents jeux d'influence rendent la coalition externe passive.

2) La forme de coalition interne adaptée à l'hôpital.

Nous poursuivons ici la typologie de Mintzberg et nous rappelons qu'en matière de coalition interne, c'est-à-dire de forme de répartition du pouvoir à l'intérieur de l'organisation, cinq formes peuvent être distinguées. Avant de les présenter, il convient d'exposer quelques principes de base du modèle de Mintzberg.

a) Les principes d'organisation.

D'abord, une organisation se compose de cinq éléments principaux (le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostructure, les fonctions de support logistique et le centre opérationnel) que le schéma n° I-4, page suivante, présente.

Le centre opérationnel est la partie vitale de l'organisation. Le travail de ses membres est en liaison directe avec la production des biens et des services. Pour fonctionner, les organisations ont besoin d'être administrées, c'est le rôle dévolu au sommet stratégique, à la ligne hiérarchique et à la technostructure. Comme le note Mintzberg, "la fonction du sommet stratégique est de faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficace, et qu'elle serve les besoins de ceux qui contrôlent l'organisation ou qui ont sur elle du pouvoir". Cela signifie trois rôles principaux : superviser le fonctionnement de l'ensemble des activités, assurer les contacts avec l'environnement, définir la stratégie de l'organisation. La ligne hiérarchique est constituée par les responsables qui assurent la liaison entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Ces responsables ont, de manière générale, les mêmes rôles que les dirigeants du sommet stratégique, mais cette fois, au niveau de leurs propres services. La technostructure est composée d'analystes, c'est-à-dire ceux qui agissent sur le travail des opérateurs. "Ce sont eux qui sont les moteurs de la standardisation dans l'organisation". Ils standardisent, soit les procédés de travail (service des méthodes), soit les résultats (planification, comptabilité, contrôle), soit les qualifications requises pour effectuer le travail (recrutement, formation). Les fonctionnels de support logistique ont, comme leur nom l'indique, un rôle de support indirect du centre opérationnel. Ils rendent des services variés qui vont du restaurant d'entreprise au

conseil juridique, en passant par la réception, la recherche et le développement, etc...

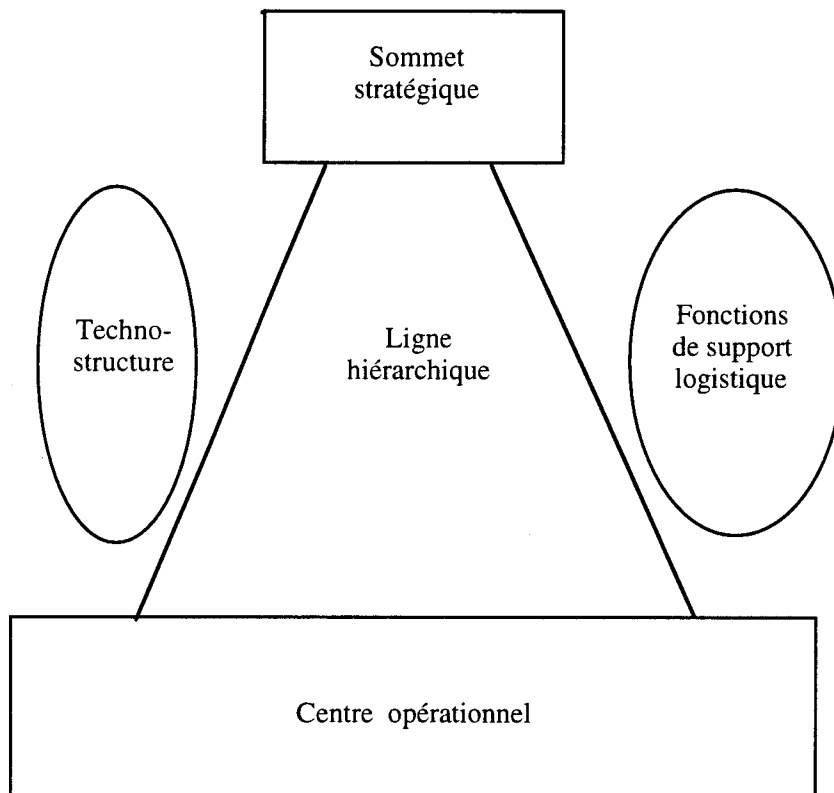


Schéma n° I-4 : Les cinq parties de base des organisations.

(Source : Mintzberg, 1979).

Par ailleurs, le point d'ancrage de l'analyse de Mintzberg est le mécanisme de coordination des activités. Rappelons que pour Mintzberg, "la structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches". La coordination des tâches est fondamentale. Elle s'entend au sens large et recouvre aussi bien la

communication et le contrôle que la coordination. L'auteur distingue cinq mécanismes de coordination des tâches. Le schéma n° I-5 nous permet une représentation de ces mécanismes.

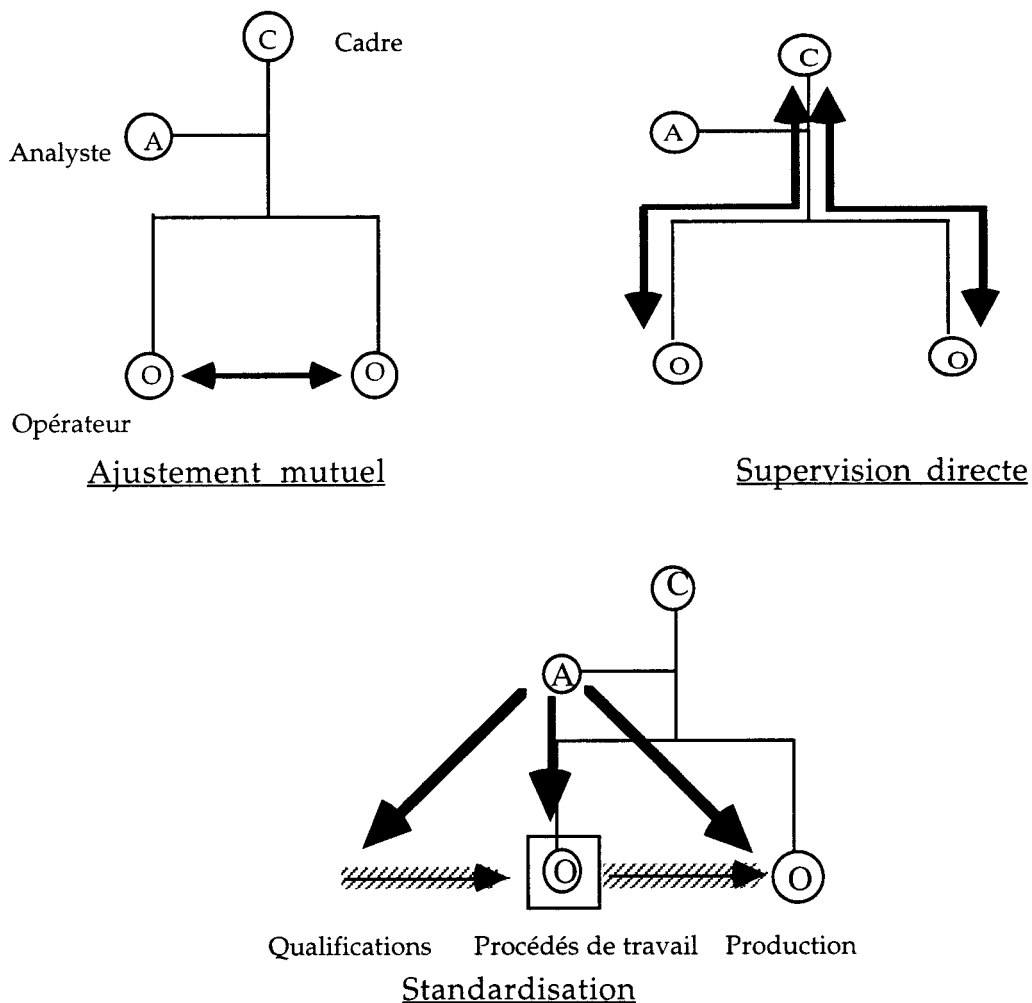


Schéma n° I-5 : Les cinq mécanismes de coordination.

(Source : Mintzberg, 1979).

Le premier mécanisme est "l'ajustement mutuel". Les opérateurs gardent le contrôle de leur travail, ils s'adaptent les uns aux

autres en communiquant de manière informelle. Le second mécanisme est la "supervision directe". Le travail est contrôlé et coordonné par un responsable qui supervise les opérateurs. Les trois derniers mécanismes relèvent de la standardisation, c'est-à-dire de normes préétablies que les opérateurs doivent respecter. On peut standardiser les procédés de travail. Le contenu du travail est détaillé et le standard sert de guide pour l'accomplissement de la tâche. On peut aussi standardiser les résultats. Des normes de production, voire de performance, sont données aux opérateurs. On peut encore standardiser les qualifications. En quelque sorte, on va standardiser l'opérateur lui-même en s'assurant, par le biais de la formation et de la socialisation, qu'il a les compétences requises pour effectuer le travail

Maintenant que nous avons présenté les principes de base adoptés par Mintzberg, nous pouvons poursuivre et voir les différentes formes de coalition interne.

b) Les formes de coalition interne.

Mintzberg en propose cinq. Nous allons voir que, pour chacune d'elles, une partie de l'organisation et un mécanisme de coordination des tâches sont prépondérants.

La première forme de coalition interne est qualifiée de "personnalisée". A l'évidence, elle ne convient pas au cas de l'hôpital public français. En effet, dans une telle situation, le contrôle s'exerce de manière exclusive à partir du sommet. Le directeur général est souverain absolu. Il décide de toutes les orientations stratégiques. Le système d'information est orienté exclusivement vers le sommet du

pouvoir. Le mode de coordination des tâches est celui de la supervision directe. C'est le cas de la petite entreprise personnelle qui évolue dans un environnement stable.

La seconde forme de coalition interne est qualifiée de "bureaucratique". Dans ce cas, le sommet ne peut plus tout contrôler, mais la technostructure intervient de manière décisive. En effet, le contrôle des activités s'effectue à travers des normes que cette technostructure élabore. Plus particulièrement, la technostructure est en charge de la standardisation des procédés de travail. Ceci n'est possible que si les tâches sont suffisamment simples. On aboutit alors à une bureaucratie de type "mécaniste" selon la première typologie de Mintzberg (1979), où le travail reste routinier et non qualifié. Si certaines parties de l'hôpital peuvent adopter ce mode d'organisation, il ne peut pas être considéré comme un modèle général. Il faut en exclure l'essentiel, à savoir l'activité médicale. On ne peut retenir que l'annexe comme les services hôteliers (la restauration, la lingerie, le nettoyage). Ne négligeons cependant pas totalement cet aspect car nous verrons, par la suite, que c'est justement dans ces domaines que s'est exercée avec le plus d'efficacité l'autorité de la technostructure hospitalière. Les économies réalisées dans ces domaines ont permis à certains hôpitaux de dégager les ressources nécessaires pour entreprendre de nouvelles activités stratégiques. Dans l'étude précédemment citée de Engel, Moisdon, Tonneau (1992), nous voyons que les gestionnaires hospitaliers s'attachent à diminuer les dépenses hôtelières, au profit des dépenses médicales.

La troisième forme de coalition interne est dite "idéologique". Cette forme d'organisation trouve son ciment dans une adhésion pleine et entière de tous à une idéologie unique. Elle peut s'adapter à des mouvements variés qui peuvent aller du monastère de Chartreux ou de Bénédictins à une organisation comme celle des

Alcooliques Anonymes. L'hôpital peut soigner les uns ou les autres mais ne se réduira jamais à l'une de ces composantes.

La quatrième forme est celle de la coalition interne "politisée". C'est une coalition interne qui n'a plus de centre de pouvoir, les conflits font rage. Le pouvoir est gagné par l'acteur le plus habile ou par celui qui dépense le plus d'efforts dans des querelles politiques internes. Comme nous allons le voir par la suite, l'hôpital ne peut correspondre que très rarement à cette forme de coalition car les professionnels y constituent une base de pouvoir forte. Ce n'est que dans des situations de guerre de chefs de services que cette configuration pourrait apparaître. Elle serait alors transitoire, avant qu'une autre forme de coalition interne se rétablisse.

La dernière forme de coalition interne est celle qualifiée de "professionnelle". Etant donné la compétence des professionnels du centre opérationnel, aucun pouvoir fort ne peut se développer au sommet. Seuls, les professionnels ont qualité pour contrôler leur travail. On comprend d'autant mieux, que face à ce besoin d'autonomie dans l'exercice de l'activité médicale, la coalition interne professionnelle s'accorde avec une coalition externe passive. Cette combinaison particulière des deux types de coalitions externe et interne forme la "méritocratie" (Mintzberg, 1983). Pourquoi cette appellation, car le pouvoir va vers les professionnels qui ont les compétences pour faire fonctionner l'organisation, en quelque sorte vers ceux qui le méritent. Mintzberg dit que c'est le cas, notamment des hôpitaux et des universités. Etant lui-même professeur d'université, donc un professionnel, il semblerait qu'il estime qu'il mérite le pouvoir. Nous partageons ce point de vue puisque nous adoptons son modèle, même si nous n'avons pas pu retenir cette boutade. Signalons que la typologie de Rhenman (1973) relie, elle aussi, les coalitions internes et externes. Son "institution" semble se rapprocher de la "méritocratie" de Mintzberg.

La coalition interne professionnelle correspond à deux formes d'organisation : la "bureaucratie professionnelle" et l'"adhocratie" (Mintzberg, 1979). La bureaucratie professionnelle se caractérise par le fait que les professionnels travaillent de manière indépendante et qu'y règne une standardisation des qualifications. C'est bien le cas de l'hôpital, comme nous allons le voir plus en détail. Nous nous situons ici au niveau global de l'organisation, c'est-à-dire à un niveau inter services. Nous avons vu précédemment que si l'interdépendance entre les acteurs est forte au sein d'un service, il n'en va pas de même à un niveau plus global. L'interdépendance inter services est faible et ne concerne que la "mise en commun" des ressources (Thompson, 1967). En matière d'allocation des ressources et de contrôle de leurs emplois, coeur de notre thèse, c'est bien entendu au niveau inter services que tout se joue.

3) Le style dominant de l'organisation hospitalière.

Le modèle de la bureaucratie professionnelle va nous permettre de dégager ce style. C'est dans le mot "professionnelle" que se trouve une bonne partie des spécificités de cette configuration structurelle. En effet, il renvoie à la standardisation des compétences qui est le mécanisme de coordination des tâches à l'oeuvre. Nous avons vu précédemment que le résultat de l'activité hospitalière est difficilement mesurable, donc difficile à standardiser. La tâche médicale est complexe, donc on ne peut pas, elle non plus, la standardiser. Alors on a recours à la standardisation des qualifications. Le mot "professionnelle" symbolise bien, à notre avis, la spécificité hospitalière et surtout la dualité qui existe entre les opérateurs (les

médicaux), ceux qui ont la connaissance médicale, et les responsables administratifs, ceux qui n'ont pas cette connaissance.

Avant d'aller plus loin, il nous semble judicieux de préciser la notion de bureaucratie. Il s'agit d'un concept important en théorie des organisations. Il faut noter qu'actuellement il est souvent connoté de manière péjorative car il évoque la rigidité, le caractère impersonnel du travail. "Pourtant, toute organisation d'une certaine taille est bureaucratisée à un certain point" (Perrow, 1970). Du point de vue théorique, c'est sous l'angle technique qu'il convient de considérer la bureaucratie. C'est au sociologue Weber que revient l'origine du modèle bureaucratique. Il s'est intéressé aux "bureaux" et au travail des employés chargés de fonctions administratives. Il a étudié le mode d'organisation "idéal" (au sens de pur) de ces bureaux, d'où son modèle bureaucratique. Les dimensions structurelles retenues sont la spécialisation des tâches, la standardisation des rôles, une hiérarchie stricte avec centralisation des décisions, la définition de règles et procédures formelles.

Ces dimensions ont nourri nombre de travaux sur la structure. Citons, à titre d'exemple, ceux du groupe de l'université d'Aston en Grande-Bretagne dans les années 60. Pugh et ses collègues (1969) regroupent les trois dimensions que sont la spécialisation, la standardisation et la formalisation en une seule qu'ils intitulent la structuration des activités. Les corrélations positives entre ces trois dimensions sont retrouvées par Child (1972). Mintzberg regroupe ces trois dimensions sous le vocable de formalisation du comportement. Pour lui, "une structure est bureaucratique si son comportement est prédéterminé et prévisible, c'est-à-dire standardisé". La structure bureaucratique est proche de la structure qualifiée de "mécanique" par Burns et Stalker (1961). L'accent est mis sur la standardisation et la stabilité de l'environnement.

A l'hôpital, le travail des opérateurs est complexe mais aussi relativement stable. Les médecins et le personnel paramédical disposent de protocoles d'action définis. Leurs comportements sont standardisés, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas à inventer et à innover sans cesse. A chaque cas, on peut associer un programme standard et, en ce sens, la structure est bureaucratique. Ceci ne veut pas dire que les professionnels n'ont aucune latitude dans l'application des procédures. Nous avons vu que deux chirurgiens, par exemple, n'utilisent pas de manière parfaitement identique leurs compétences. Le jugement humain a une place non négligeable. De plus, le fait de disposer d'un répertoire de protocoles de soins, de standards, ne veut pas dire non plus qu'il n'y a pas d'incertitude, c'est ce que nous verrons au chapitre IV. Toutefois, on ne peut pas dire que les soignants ne disposent d'aucun repère pour coordonner leurs activités. Ainsi, en reprenant notre exemple de la prothèse de hanche, nous avons vu qu'il existe plusieurs programmes d'action possibles. Mais une fois le choix effectué, chacun sait ce qu'il doit faire. La coordination du travail est donc principalement effectuée par la standardisation des qualifications.

L'activité médicale est le fait de spécialistes, les professionnels. Les études médicales sont longues et assorties de stages pratiques, elles sont contrôlées par le milieu médical. La formation et la socialisation ont pour but l'apprentissage du métier et des normes du milieu, le professionnel s'identifie d'abord à sa profession. Le fonctionnement de l'hôpital repose sur les compétences des médicaux. L'accent est mis sur le pouvoir de la compétence (qui est de nature professionnelle) et la bureaucratie est qualifiée de professionnelle. La complexité de l'activité interdit toute autre standardisation que celle des qualifications. On imagine mal un analyste essayant de définir des procédures relatives au travail d'un chirurgien. De ce fait, les médecins disposent d'une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail. Les professionnels ont un pouvoir lié à leur

savoir, ils sont les seuls à connaître et à décider de ce qu'il faut faire en matière de soins. Ils disposent d'une grande autonomie et la structure est donc très décentralisée aussi bien verticalement qu'horizontalement.

La partie clé de l'organisation hospitalière (un exemple de bureaucratie professionnelle), compte tenu des considérations précédentes, est le centre opérationnel, comme le montre le schéma n° I-6.

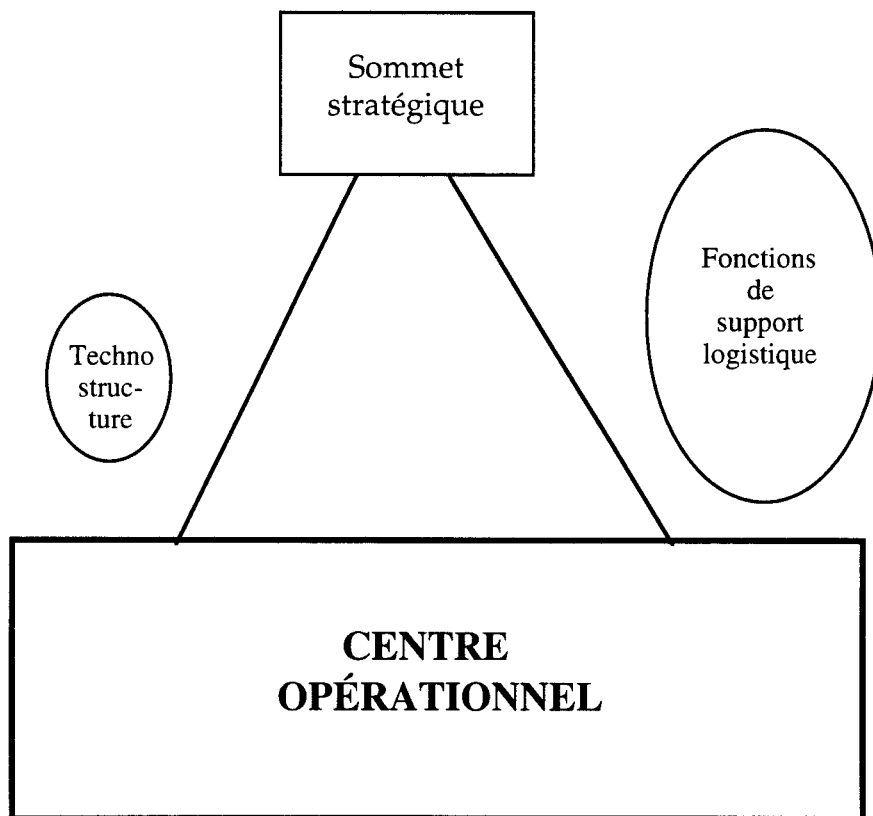


Schéma n° I-6 : La bureaucratie professionnelle.

(source : Mintzberg).

L'encadrement et la technostructure ne sont pas très développés. Dans la technostructure, on retrouve notamment la direction des approvisionnements, les services financiers, le contrôle de gestion, le service du budget, le service du personnel (recrutement, budget, effectifs). Les responsables de ces services participent, au côté du directeur général, à l'allocation des ressources (et à leur contrôle) aux services médicaux. Au CHRU de Lille, ces services comptent environ 150 personnes. Les fonctions de support logistique sont relativement développées, elles ont pour objectif d'assister le centre opérationnel. On retrouve au CHRU de Lille un personnel technique comptant 1539 personnes qui s'occupent de la restauration, la lingerie, le nettoyage, etc...

Le centre opérationnel, quant à lui, compte 2359 médecins, 249 cadres infirmiers, 2004 infirmières et sages-femmes, 3063 autres personnels soignants et 654 personnels médico-techniques. La bureaucratie professionnelle hospitalière est donc bien caractérisée par un centre opérationnel prépondérant. Ce centre se décompose en services établis sur la base des besoins des patients et des spécialités médicales. Ainsi le CHRU de Lille répartit sa capacité d'accueil de court séjour en trois disciplines : la médecine, la chirurgie, la gynécologie-obstétrique. Chaque grande discipline est elle-même subdivisée en spécialités. Par exemple, la chirurgie se compose de chirurgie osseuse, chirurgie abdominale, chirurgie cardiaque, etc...

Le style dominant de l'organisation hospitalière est bien celui d'une bureaucratie professionnelle. Le pouvoir n'est pas fondé sur la position hiérarchique mais sur la compétence professionnelle. Ainsi, le directeur général d'un hôpital n'a pas d'autorité hiérarchique sur les médecins. Ceci ne veut pas dire qu'il n'a aucun pouvoir, nous allons le voir dans la suite. La dualité entre professionnels et responsables administratifs est, dans le contexte de la bureaucratie professionnelle, tout à fait particulière.

III - LA DUALITÉ ENTRE PROFESSIONNELS ET RESPONSABLES ADMINISTRATIFS.

La description précédente de la bureaucratie professionnelle hospitalière a permis de mettre en évidence l'importance des professionnels par rapport à celle du sommet administratif. Aborder le contrôle de gestion à l'hôpital exige de discuter préalablement des pouvoirs qu'ont effectivement les uns et les autres. Nous allons d'abord évoquer le problème de la distribution du pouvoir, et plus particulièrement entre responsables de services médicaux et direction administrative de l'hôpital. Nous rappelons ensuite les objectifs et les intérêts divergents des uns et des autres. Enfin, en suivant la typologie proposée par Mintzberg (1983), nous proposons une description des principaux jeux de pouvoir auxquels se livrent les acteurs dans une "méritocratie". L'objectif est de mettre en exergue la place du jeu budgétaire, coeur de notre recherche, et qui implique tout particulièrement professionnels et responsables administratifs.

1) La distribution du pouvoir au sein de l'organisation hospitalière.

Le trait le plus saillant est l'importance que revêt le pouvoir des médecins - experts - face à celui du directeur général qui ne peut cependant pas être totalement ignoré. La source du pouvoir des professionnels réside dans un savoir-faire et des connaissances

techniques qui ne peuvent pas être contestées par les non professionnels. Ils peuvent toujours s'opposer à une décision administrative en faisant valoir une argumentation technique difficile à vérifier et pratiquement impossible à contester. Ce pouvoir n'est toutefois pas distribué de manière égalitaire parmi tous les professionnels. Il convient à ce sujet de distinguer les relations inter-services et les relations intra-service au sein du centre opérationnel. Mintzberg ne fait pas cette distinction, elle est pourtant riche d'informations.

A l'intérieur d'un même service, la distribution du pouvoir est fortement inégale. Une forte hiérarchisation est de mise. Il convient de distinguer médecins, infirmiers et autres paramédicaux, aides soignants et filles de salle. Il est clair que des relations, au plan professionnel, de stricte supériorité régissent les rapports entre ces catégories. Ce n'est pas la seule hiérarchie. Le monde d'un service médical est celui d'un ordre affirmé de manière très poussée. Parmi les médecins, un ordonnancement s'agence en fonction des titres. Le professeur, chef de service, exerce le plus souvent une autorité complète vis-à-vis de ses collègues plus jeunes, chefs de clinique par exemple. Ces derniers ne manquent pas de faire valoir la supériorité de leur position vis-à-vis des internes. Le pouvoir professionnel, à ce stade, peut parfois être concentré à l'extrême et au niveau du service, on peut alors parler d'une autocratie professionnelle. Les autres catégories professionnelles n'échappent pas à ce souci de hiérarchisation. Par exemple, la surveillante chef exerce son autorité sur le personnel infirmier. Le pouvoir qu'elle en retire peut être très agréable dans certains cas et avoir des conséquences directes sur la gestion totale du service, comme nous le verrons plus tard.

Au niveau des rapports entre services, la distribution du pouvoir est beaucoup moins inégalitaire. Le fait que chaque équipe médicale soit en rapport direct avec ses patients leur permet

d'organiser de manière indépendante leur travail. Mintzberg parle dans ce cas d'une forme fédérative de méritocratie. Il n'en demeure pas moins que des formes subtiles de hiérarchie persistent au sein des établissements hospitaliers. Ainsi, certaines spécialités, comme la chirurgie, sont-elles réputées plus nobles que d'autres.

Face aux chefs de services fortement armés de leur savoir professionnel, jaloux de leur indépendance dans l'exercice de leur métier, le directeur de l'hôpital peut apparaître relativement faible et désarmé. Cette remarque vaut aussi pour l'ensemble des responsables administratifs de l'hôpital. Ceci peut paraître particulièrement vrai en France où la volonté a été affirmée de former un corps d'administrateurs non médecins, en provenance tout particulièrement de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Il n'est pas évident, qu'en la matière, le souci de faire valoir une compétence spécifique de technicien de la gestion hospitalière soit suffisant pour établir une situation équilibrée. Les deux services techniques ne sont pas mis sur un pied d'égalité dans la mesure où l'accès au patient, c'est-à-dire la pleine réalisation de la mission de l'hôpital, reste l'apanage des seuls médecins et paramédicaux.

Les sources du pouvoir des administrateurs sont à rechercher ailleurs. Comme le souligne Mintzberg, les professionnels peuvent entrer en conflit entre eux. Une source de pouvoir pour la direction de l'hôpital est la possibilité laissée ouverte de jouer un rôle de négociateur. La caricature du directeur qui réussit en la matière est certainement celle avancée judicieusement par Mintzberg du "politicien plein de charme". La seconde source de pouvoir des administrateurs est dans le rôle qu'ils jouent dans les rapports avec la coalition externe. De leur capacité à bien traiter avec la tutelle, dépend directement l'accroissement en moyens de l'hôpital. Dans ce domaine, la direction de l'hôpital a un double avantage par rapport aux professionnels. D'une part, elle dispose du temps nécessaire pour la

réalisation de ces activités de gestion. Elle est indispensable pour des professionnels qui préfèrent consacrer le maximum de leur temps à leur activité clinique. D'autre part, du fait de leur formation d'origine et de leur expérience accumulée, les membres de la direction développent une connaissance très fine de leurs partenaires externes. Connaissant les rouages de l'administration centrale, rompue à la discussion avec les partenaires locaux, la direction administrative possède des avantages certains pour faire avancer plus efficacement les dossiers, freiner les mesures les plus désagréables et protéger ainsi en partie les professionnels d'interventions externes qui seraient mal ressenties. Un directeur a donc d'autant plus de pouvoir que son expertise administrative est grande et que son caractère politique à l'interne est affirmé. Notons enfin que son pouvoir dépend aussi de l'adhésion des professionnels qu'il aura su susciter. Que cette dernière vienne à faiblir et son pouvoir en sera durement affecté.

2) Des pouvoirs orientés vers des buts différents.

Dans une organisation où les sources de pouvoir sont aussi multiples, il convient d'observer la convergence ou l'absence de convergence des buts propres à chacun des acteurs principaux. Les professionnels sont ceux qui sont en contact direct avec les patients et font valoir l'urgence de la réalisation de leur mission. Leur but premier est donc d'exercer leur savoir-faire technique, leur métier. A un niveau personnel, l'exercice de cette mission est envisagé afin qu'il soit le plus agréable pour le professionnel lui-même. A ce titre, on peut faire valoir que le professionnel préfère exercer son métier en toute indépendance. Le plaisir d'être son maître est sans aucun doute

fort. Un des buts du professionnel est de renforcer son indépendance et de respecter l'autonomie des autres. Par ailleurs, le professionnel tire un plaisir de l'usage d'un savoir évolué et cherche constamment à le renforcer. Un autre but apparaît, celui de la "perfection" professionnelle. Au sein de mêmes spécialités et dans des établissements différents, les professionnels entrent en compétition pour obtenir la reconnaissance scientifique la plus élevée. Le prestige parmi les pairs (et parfois au-delà) est assurément un des buts de nombre de professionnels opérant au sein d'un hôpital important comme un CHRU. Corollaire à ces différents buts affichés, les responsables de services sont conduits à chercher à obtenir le maximum de ressources. A l'extrême, la quête toujours plus poussée de ressources peut en elle-même devenir un but lorsqu'il s'agit d'assurer toujours plus le caractère dominant "de son empire".

Enfin, dans certains cas extrêmes, la poursuite exclusive d'objectifs personnels de prestige, d'amélioration de sa technique, peut conduire à des résultats pervers. Si l'insensibilité au patient grandit, alors l'action va perdre de sa légitimité. Il y a un risque alors de voir se réveiller la coalition externe et la mise en cause du service sera l'objet d'enjeux politiques violents. Citons par exemple le cas du procès de Toulouse où deux professeurs en urologie ont été accusés de procéder, par intérêt personnel, à des opérations inutiles pour les patients. Notons au passage que les clients au sein de la coalition externe ne sont pas toujours sans pouvoir, soit en étant en justice, soit en menaçant de le faire.

S'il est clair que la direction a tout avantage à ce que la mission de soin soit correctement assurée au sein de son établissement, elle n'a pas de but direct en la matière. Les responsables administratifs sont en charge, quant à eux, principalement de buts économiques. Afin de maintenir la coalition externe passive, ils doivent traduire, dans la réalité de la vie de l'hôpital, les contraintes

imposées par les enveloppes budgétaires. Leur position en ce domaine n'est guère toujours facile à la charnière. Ils doivent avoir le souci aussi de maintenir la coalition interne, en répartissant les effets des contraintes de manière acceptable pour tous les chefs de services. Certes, nous avons vu que la contrainte reste molle et qu'un relatif consensus s'établit à l'interne. Il n'en reste pas moins que l'optimisation des ressources est un but de la direction, un autre objectif étant le maintien ou le développement de la cohésion interne. Nous verrons au chapitre III que le CHRU de Lille fait preuve de beaucoup de dynamisme en la matière.

En conclusion, il apparaît que les buts poursuivis par les différents professionnels et par la direction sont loin d'être nécessairement convergents. Rappelons que nous nous situons ici à l'intérieur de l'hôpital. Si les différents acteurs ont des logiques différentes dans cette situation duale, ils peuvent avoir des buts convergents par rapport à l'extérieur. Les administratifs et les médecins sont alors côte à côte face à un environnement commun représenté essentiellement par la tutelle. Le jeu initial à deux se transforme en un jeu à trois où il est plus facile de se persuader de faire alliance. Toutefois, à l'interne, une méritocratie disposant d'autant de sources de pouvoir et animée vers des buts variés ne peut qu'être le théâtre de nombreux jeux politiques.

3) Jeux politiques et jeu budgétaire à l'hôpital.

Nous évoquons dans un premier temps les jeux de pouvoir qui peuvent apparaître à l'intérieur d'un service. Cette

description est brève et a pour objectif de mettre en évidence les éléments les plus importants pour la compréhension des systèmes de contrôle de gestion envisagés dans la suite. Nous évoquons dans un deuxième temps les jeux beaucoup plus importants pour notre étude qui apparaissent entre services et entre services et administration générale. L'objet de ce développement n'est que de fournir un matériel théorique utile à la compréhension du fonctionnement de l'organisation hospitalière, réservant l'étude du terrain au troisième chapitre.

Nous avons vu précédemment que le fonctionnement d'un service est très hiérarchisé, il est aussi dual avec deux personnages clefs, le médecin chef de service et l'infirmière surveillante chef. Si nous reprenons la typologie des jeux fournie par Mintzberg, bien que ce dernier ne s'intéresse pas au fonctionnement interne d'une composante du centre opérationnel, quatre jeux peuvent être ici évoqués. Au sein de l'équipe des médecins, le jeu du parrainage, par exemple, tient une place considérable et permet de maintenir unie l'équipe médicale. Le poids d'un patron influent peut être jugé indispensable par un jeune médecin dans la réalisation de sa carrière professionnelle. Il attache en conséquence beaucoup d'importance à ce lien de parrainage dont le patron sait tirer lui aussi avantage.

L'équipe infirmière peut se considérer dans un rôle subalterne et insuffisamment respectée par les médecins. Dans une telle situation, elle peut fort bien ne pas se révéler purement passive. Elle est incitée à jouer le jeu de l'insoumission. Il faut certainement évoquer cette éventualité avec beaucoup de nuances. Il est des spécialités où ce dernier jeu peut être efficace. C'est le cas, en particulier, en psychiatrie où l'adhésion du personnel infirmier est indispensable à la réussite d'une action médicale. Des niveaux divers d'insoumission peuvent voir le jour. Citons, par exemple, une

situation où les infirmiers développent une attitude négative pour contrecarrer la décision d'un médecin de faire sortir un patient. Cela peut aussi concerner la prescription de médicaments aux effets particulièrement violents. Dans d'autres secteurs hospitaliers, ces jeux d'insoumission sont moins probables, ou du moins sont joués de manière plus cachée. Par exemple, les infirmiers mécontents d'un interne peuvent multiplier de manière incessante les appels à son intervention. A ces jeux de l'insoumission, les niveaux supérieurs répondent par des jeux pour combattre l'insoumission. Ils peuvent emprunter principalement deux voies. D'un côté, il s'agit d'améliorer les méthodes de surveillance et de contrôle. En intervenant a priori, c'est le cas lorsque des protocoles de soins très détaillés, très stricts sont mis en place. En intervenant a posteriori, c'est le cas lorsque le responsable de service multiplie les visites et inspections. D'un autre côté, il s'agit de sanctionner. La surveillante chef dispose de moyens de rétorsion. Par exemple, elle peut bloquer les notes administratives et, encore plus efficacement, peut défavoriser tel ou tel membre par une affectation défavorable dans le cadre des tableaux de roulement.

En conclusion, à ce niveau interne du service, émergent, à nos yeux, deux personnages clés dans le déroulement de ces jeux politiques. Il s'agit d'un côté, du médecin chef de service, et de l'autre de la surveillante chef. Nous conserverons à l'avenir une représentation unique de ce couple lorsqu'il faudra représenter un service au sein de l'organisation hospitalière. Certes, celui qui représente le service, au niveau officiel (par rapport à la direction), est le médecin chef. Mais dans la pratique, ce dernier collabore étroitement avec la surveillante chef. Lorsqu'il s'agit d'étudier les affectations et le contrôle de moyens, les autres participants ne nous paraissent pas jouer un rôle direct, même si de leur comportement dépend l'efficacité avec laquelle les nouveaux moyens sont utilisés. Toutefois ceux qui sont en position de négocier les moyens de fonctionnement avec l'équipe de direction sont le médecin chef et la

surveillante chef du service, même si cette dernière reste "dans l'ombre" du médecin. Pour nous, les autres acteurs vont, à travers les jeux auxquels ils se prêtent, fixer les paramètres "de la fonction de production" de leur service.

La gestion des moyens se joue au sein de l'hôpital à l'intersection des différents services et de l'administration générale. Il est donc particulièrement important d'envisager maintenant les différents jeux politiques auxquels se livrent les responsables susmentionnés des services et les principaux responsables administratifs.

Nous reprenons ici la proposition de Mintzberg. "Les jeux qui importent réellement dans la méritocratie sont ceux qui permettent de bâtir des bases de pouvoir et ceux qui dressent des collègues de même rang les uns contre les autres, comme par exemple, le jeu des alliances, de la construction d'empires, les manoeuvres à propos du budget, les camps rivaux et les candidats à placer". L'enjeu principal est ici l'attribution de ressources financières et humaines. Plus rarement, cette compétition peut intéresser l'attribution de postes clefs (comme par exemple la présidence de la commission médicale) au sein de divers comités ou commissions.

Ce qui caractérise les luttes pour obtenir des postes clefs, à l'exception des postes administratifs, est le fait qu'ils sont du domaine pratiquement exclusif des médecins. A l'occasion, peuvent se nouer des alliances. A défaut, peuvent apparaître des rivalités fortes entre plusieurs camps. Ainsi, l'élection du président de la commission médicale d'établissement fait l'objet d'alliances préalables.

Très jaloux de l'autonomie de leurs services, les patrons peuvent être conduits à vouloir étendre leur aire d'influence. La volonté de développer de nouvelles activités connexes peut provenir autant d'une curiosité prononcée pour des techniques nouvelles que

d'un goût, peut-être caché, à vouloir construire son empire. Il s'agit d'un jeu dont l'initiative est personnelle et revient au médecin chef. Parfois, il peut satisfaire ceux qui collaborent à l'intérieur du service en leur donnant l'opportunité de développer leurs compétences ou leur propre pouvoir. Dans ce cas, cette stratégie renforce la cohésion interne du service et le pouvoir de son chef. Dans d'autres occasions, la création de nouvelles activités peut être perçue de manière négative par les collaborateurs car elle est la source de surcharge d'activité. Certes, l'empire croît, mais se lézarde aussi.

L'un des jeux les plus importants, qui intéresse à la fois chefs de services et administration générale, reste celui de la budgétisation. Il n'est d'ailleurs pas indépendant du jeu précédent de construction d'empires qui a des implications évidentes en matière de budgets. Mais le jeu de la budgétisation est beaucoup plus fréquent parce qu'il intéresse toutes les unités et qu'il réapparaît chaque année. Ce jeu porte aussi bien sur l'attribution des moyens courants, sur la création (rare) de nouveaux postes en personnel, et enfin sur l'autorisation d'activités nouvelles. Les techniques de jeu utilisées sont particulièrement éprouvées dans ce domaine. Il s'agit principalement de mettre en avant tous les facteurs qui justifient rationnellement soit un accroissement d'une activité existante, soit l'émergence d'une nouvelle catégorie de soins. Par ailleurs, avec la même application, il s'agit de cacher ou de minorer tous les signes d'une diminution d'activité. Ainsi, par exemple, ceux qui craignent une baisse d'activité ont avantage à majorer leurs frais fixes (Blanchard, Chow et Noreen, 1986). De même, en cours d'année, on préfère utiliser l'intégralité des moyens alloués afin de se constituer une base solide pour la négociation budgétaire suivante.

Parallèlement, les responsables administratifs ont la charge de faire passer dans la réalité du budget des contraintes imposées par la tutelle. Ils ont donc avantage à dramatiser la situation

en début de négociation budgétaire. Ce pessimisme affiché a deux fonctions. Il permet d'abord d'avoir un rôle dissuasif devant l'afflux de nouvelles demandes. Il permet ensuite de mettre en évidence le rôle positif des administratifs. Ils peuvent faire valoir les gains relatifs obtenus, par rapport à la situation initiale, dans leur négociation avec la tutelle. Ils évitent ainsi de supporter une trop grande part des récriminations et peuvent espérer une plus grande adhésion aux arbitrages budgétaires qu'ils proposent. Ce jeu de la budgétisation n'est pas exclusif d'autres formes de jeux. Il n'est pas exclu que se forment des alliances entre certains partenaires ou que s'exacerbent des rivalités entre camps.

A ce stade de notre étude, il nous semble important de bien mettre en exergue la place que tient la budgétisation parmi les jeux politiques auxquels se livrent professionnels et responsables administratifs. L'élaboration des budgets n'est donc pas qu'un seul acte technique de gestion. Elle ne peut être étudiée qu'en ayant bien compris la structure de l'organisation, et en particulier ici, la forme duale de sa coalition interne. Les informations qui s'y échangent sont aussi des éléments de ce jeu subtil auquel se livrent médecins et responsables administratifs, chacun avec ses buts.

En conclusion, l'information budgétaire n'est pas neutre. L'information échangée dans cette phase de gestion ne peut être évaluée que dans la perspective des actions prises par les uns et les autres, et dont les conséquences vont plus ou moins bien satisfaire leurs buts respectifs. Le problème est rendu d'autant plus délicat qu'une partie de l'information est souvent très largement technique

(médicale). Seul son détenteur initial en connaît la véracité et il est difficile aux autres de la vérifier. Il y a donc un besoin de développer un cadre formalisé d'échanges qui nous permette de relier une information imparfaite à son usage, c'est-à-dire la prise d'actions pour satisfaire des buts particuliers. Ce sera l'objet de la seconde partie. Nous faisons face à une organisation dont la production est difficile à cerner et, en tout état de cause, ne fait pas l'objet dans le secteur public d'un échange marchand. Elle est le théâtre où s'exercent des expertises poussées et où sont mis en oeuvre des matériels de plus en plus sophistiqués. Le contrôle de l'évolution de l'activité hospitalière ne peut plus être l'affaire de quelques-uns. Au même moment, les sommes en jeu sont devenues considérables.

Dans un tel cadre, le contrôle de la gestion devient problématique. Il est difficile de compter sur une discipline de l'utilisateur bénéficiaire qui n'est généralement pas le payeur final. La dualité des acteurs, leur rivalité, mais aussi la complexité des liens qui les unissent rendent difficile la discipline interne. La direction des établissements n'est pas toute puissante. Elle doit composer avec un centre opérationnel hypertrophié. Nous sommes au sein d'une bureaucratie professionnelle typique. Les partenaires externes sont multiples et passifs. Confrontés à une boîte noire d'une complexité humaine et technologique de plus en plus élevée, ils ne sont pas nécessairement dans la position la plus favorable pour exercer un contrôle externe efficace. Nous allons nous intéresser au cours du chapitre suivant à l'étude de leurs efforts pour asseoir une maîtrise des dépenses. Désespérant de pouvoir intervenir directement, la tutelle va s'orienter vers un bridage global des ressources, en laissant aux établissements le soin d'organiser leurs solutions dans le cadre d'une gestion plus autonome.

CHAPITRE II :

L'ÉVOLUTION DE LA NATURE DU CONTRÔLE.

Quelle que soit l'acceptation du mot "contrôle" que l'on souhaite retenir (il est classique d'opposer le sens premier du mot dans la langue française, à savoir "vérification", au sens second d'origine anglo-saxonne, à savoir "maîtrise"), le contrôle d'une gestion passe par la manipulation d'un ensemble d'informations. Dans les entreprises, l'information privilégiée pour cet usage reste, à l'évidence, l'information comptable. En France, et c'est là, il faut bien en convenir, une particularité, la comptabilité se sépare en deux branches : la comptabilité générale et la comptabilité analytique.

Très rapidement, les autorités ont souhaité séparer l'information comptable à usage externe dont la production est fortement réglementée (le plan comptable général) et l'information comptable à usage interne (faiblement réglementée). Dans d'autres pays, l'unité du cadre comptable a été préservée, mais la distinction entre usage interne et usage externe n'en est pas pour autant totalement absente. Ainsi, si on se réfère au cas américain, on peut distinguer la "Financial Accounting" et la "Management Accounting". A l'évidence, quand on s'intéresse au contrôle de gestion, les aspects

les plus pertinents de la comptabilité sont ceux réservés à l'usage interne.

Il nous apparaît intéressant de dresser ici une comparaison succincte entre l'évolution des systèmes comptables dans l'entreprise et l'évolution de ces systèmes à l'hôpital public. A travers les progrès que l'on a enregistrés, tantôt dans les domaines de la comptabilité à usage externe, tantôt dans les domaines de la comptabilité à usage interne, on retrouve une trame dans l'évolution des méthodes et des systèmes de contrôle de gestion. Nous tentons ainsi de mettre en évidence l'émergence progressive du contrôle de gestion à l'hôpital.

Auparavant, nous nous inspirons à la fois du cas français et du cas nord-américain (voir Johnson et Kaplan, 1987) pour mettre en exergue les traits les plus saillants de l'évolution des pratiques comptables. Ceci permet de mieux comprendre pourquoi les évolutions font alterner périodes de changement plus intensif pour l'information comptable à usage externe et périodes de transformation des comptabilités à usage interne. Par exemple, on peut dire que le code de commerce napoléonien fixe les premières obligations comptables aux commerçants. L'obligation de tenir un livre de comptes découlait du souci de disposer d'une preuve en cas de conflit entre commerçants. La comptabilité, en empruntant d'ailleurs le chemin du droit, répondait bien à des besoins externes.

Selon Johnson et Kaplan (1987), la révolution industrielle qui s'opère au XIX^e siècle transforme les modes de production, en intégrant à l'intérieur d'entreprises de nombreuses opérations qui étaient auparavant données pour exécution à différents façonniers externes. Comme le remarque Bouquin (1993) : "les transactions internes remplacèrent progressivement les transactions externes dont le coût était facile à connaître... Il fallut donc calculer les coûts internes". C'est une véritable comptabilité du coût de revient qui

s'élabore. De 1800 à 1925, l'usage interne prime, même si ce mouvement s'était manifesté de manière très isolée quelque peu antérieurement (c'est le cas, par exemple, des forges d'Oberbrück en 1735 mentionné par Nikitin (1992) cité par Bouquin). Les développements de la production de masse, la dispersion géographique des entreprises, puis le taylorisme vont donner une impulsion à l'ensemble de ces outils comptables. Ces progrès furent très rapides et tout particulièrement en Angleterre. Selon Bouquin (1993), "la filature anglaise de coton Charlton Mills comportait, au moins dès 1810, des dispositifs affinés, comprenant cessions internes, coûts standards, centres de profit". En France, la comptabilité industrielle est apparue aussi très tôt et a connu sur cette période des évolutions constantes qui aboutirent dans la version la plus élaborée à la "méthode uniforme de calcul des prix de revient" éditée en 1937 par la CEGOS.

A partir de 1930, c'est la comptabilité financière qui connaît aux États-Unis les plus grands développements. Le krach boursier de 1929, les nouvelles réglementations du début des années 30 (Securities Exchange Act) et l'activité de la "Securities Exchange Commission" font naître de nouvelles exigences de publications comptables par les entreprises à destination de leurs partenaires financiers (banques, investisseurs boursiers). C'est l'usage externe qui se trouve privilégié. Cette évolution, un peu plus tardive, n'est pas absente en France. Les moteurs du changement sont cependant, au départ, différents. La séparation entre comptabilité générale et comptabilité analytique est instaurée par le plan comptable de 1947. Le souci de fortement réglementer la tenue de la comptabilité générale, d'abord pour les entreprises publiques, est indissociable de l'effort de planification qui accompagne l'effort de reconstruction industrielle du pays. L'état se soucie à nouveau de son information et de celle des tiers de l'entreprise. Notons au passage qu'un cadre aussi strict ne pouvait guère convenir aux exigences de la mesure d'un coût de revient dans

les univers aussi variés offerts par les entreprises industrielles et commerciales.

La comptabilité répond aussi à une autre exigence externe à l'entreprise, celle du fisc. Aussi, le système comptable se teinte de droit fiscal et se perfectionne pour répondre à ses exigences. Plus tardivement en France, la comptabilité générale se fera plus financière. Ainsi, le plan comptable de 1982 propose de nombreuses évolutions qui répondent aux attentes des spécialistes de l'analyse financière (par exemple, la présentation des bas de bilan permet une meilleure mesure du besoin en fonds de roulement). Enfin, on ne peut pas oublier le rôle de la Commission des Opérations de Bourse (COB) dans l'amélioration de l'information comptable publiée par les sociétés cotées en bourse.¹

Les développements récents de la comptabilité de gestion, et en particulier le débat polémique autour de la comptabilité par activités, semblent sonner l'heure, à nouveau, d'un retour des innovations vers les usages internes. L'intensification de la concurrence au niveau mondial, le développement des technologies, la croissance des activités de service posent aux décideurs de nouveaux problèmes. Les outils traditionnels apparaissent, aux yeux de certains, insuffisants pour contrôler les coûts et pour s'assurer de l'efficacité de la gestion.

L'hôpital public, par l'importance des moyens matériels, humains et financiers qu'il mobilise, échappe de moins en moins aux exigences de l'efficacité. Jusqu'à la fin des années 70, les modalités de son financement et sa faible autonomie de gestion ne lui laissaient

¹ Les innovations en matière de financement ont été à la source de nouvelles obligations en matière d'information : "Le développement des marchés financiers, leur démocratisation ont multiplié le nombre des personnes appelées à prendre des décisions d'investissement. C'est alors à une nouvelle forme d'information qu'il convient de songer... Une nouvelle génération de documents est née, qui donnent des «instantanés» permettant à l'actionnaire de prendre des décisions" (Couret, Hirigoyen, 1989).

guère l'opportunité ou le besoin de développer des outils de gestion interne. La production d'informations comptables répondait aux obligations de la tutelle. L'orientation de la comptabilité était tournée vers l'externe. L'impossibilité que connaît l'État de pouvoir assurer sans limite le financement d'une consommation médicale galopante a introduit, dès le début des années 80, un rationnement des ressources qui s'avère de plus en plus effectif. Simultanément, le besoin, ou plutôt la nécessité, de laisser une autonomie de gestion plus grande s'est affirmé. Les outils de gestion interne deviennent alors indispensables. La comptabilité peut prendre une orientation interne, même si, au début, les impulsions viennent de la tutelle. De ce point de vue, l'histoire du développement de la comptabilité de gestion à l'hôpital traduit une alternance similaire à celle que nous avons notée auprès des entreprises, même si elle est plus tardive et obéit à des raisons différentes. Ce mouvement risque de s'accélérer dans les années à venir et il est même déjà bien amorcé dans les établissements "de pointe". A travers cette évolution des outils de comptabilité, c'est toute l'émergence d'un véritable contrôle de gestion qui se manifeste.

Il est possible de poursuivre l'analogie entre l'entreprise privée et l'hôpital public, tout en conservant à l'esprit que ni le temps, ni les déterminants ne sont nécessairement les mêmes. Pour Chandler et Daems (1979), l'entreprise a d'abord internalisé la coordination des activités. Par exemple, les entreprises de chemins de fer aux États-Unis ont, dès le XIX^e siècle, intégré les unités possédant les voies et celles possédant le matériel. Tout au long du XIX^e siècle, l'hôpital public a progressivement intégré toute une panoplie de services producteurs de soins. Alors que dès le XIX^e siècle, selon Chandler et Daems, les entreprises ont progressivement internalisé les deux autres fonctions de base que sont l'évaluation des performances et l'allocation des ressources, il faut attendre une période très récente pour que ces deux fonctions commencent à se déplacer des autorités externes vers les établissements hospitaliers eux-mêmes. L'analogie doit sans aucun

doute être utilisée avec prudence. Si d'un côté la concurrence a pu pousser à la recherche de l'efficacité, d'un autre côté les besoins d'économies ont plutôt trouvé leur origine dans les contraintes budgétaires de l'État. Il demeure que l'hôpital public est conduit à résoudre les problèmes posés par une prise en charge interne de l'évaluation des performances et de l'allocation des ressources.

Dans une première section, nous voyons comment, à l'intérieur d'un établissement à qui n'était confiée que l'administration de moyens délégués par sa tutelle, le contrôle était principalement externe. Dans une seconde section, nous mettons en évidence l'évolution profonde de l'environnement financier et ses répercussions quant aux missions accordées à l'administration de l'hôpital. Apparaît alors une première série d'outils comptables mieux orientés vers la mesure de l'efficacité interne.

SECTION 1 : DU CONTRÔLE EXTERNE D'UN ÉTABLISSEMENT ADMINISTRÉ.

La France, comme la plupart des pays développés, a connu, de 1950 à 1975, une croissance très vive des dépenses de santé, et notamment des dépenses hospitalières. L'État a accepté, sans rechigner, de faire face aux besoins financiers nés d'un changement de comportement et de l'évolution des techniques. A son niveau, l'hôpital public mettait en oeuvre des moyens toujours plus importants et ses responsables administratifs avaient pour mission

d'en obtenir le financement auprès de la tutelle et de veiller à l'exécution régulière des engagements. Le système comptable répondait à ces seules exigences.

I - UNE ÉCONOMIE NON RATIONNÉE.

L'augmentation des dépenses hospitalières totales tient tout à la fois à des facteurs généraux comme l'inflation ou la demande de nouveaux services de soins et à des facteurs spécifiques à cette activité, comme l'accroissement des matériels mis en oeuvre, et surtout comme l'importance toujours plus marquée des charges salariales.

1) La hausse des dépenses hospitalières.

Demeestère et Viens (1977) notent que, de 1962 à 1974, les dépenses hospitalières ont augmenté en moyenne de 15,2 % par an. Ce chiffre peut être rapporté à celui produit par Feldstein (1971) pour les États-Unis : une hausse de 165,5 % des coûts d'hospitalisation par journée de 1955 à 1968. De son côté, Labourdette (1988) propose un indicateur qui élimine les incidences des changements de capacité des établissements, à savoir le montant de la dépense par lit. Reprenant une étude réalisée en 1984 par le Centre d'Études des Revenus et des

Coûts, il note que cette dépense moyenne est passée pour les hôpitaux publics non spécialisés de 12900 F en 1965 à 97100 F en 1978. Le taux de croissance annuel moyen était donc de 16,8 %. Ce chiffre excédait très largement le taux d'inflation qui s'établissait sur la même période en moyenne à environ 8,5 %. Cette statistique moyenne cachait des disparités fortes puisque le taux de progression était estimé à 19,1 % par an pour les centres hospitaliers universitaires de province, contre 15,5 % par an pour les petits hôpitaux.

Si on substitue à cet indicateur par lit une statistique de dépenses par malade, le phénomène de croissance reste toujours aussi vif, traduisant ici l'intensification des soins. Entre 1965 et 1979, le taux de croissance annuel était de 10,9 % à l'Assistance Publique de Paris et de 14,2 % dans les centres hospitaliers de province. Ces derniers avaient à rattraper leur retard. Le tableau ci-dessous illustre d'une autre manière le phénomène observé à cette époque d'intensification des soins.

- | | | | |
|---|---|---|---------------|
| - | Nombre d'examens radiologiques par jour | : | + 11% par an. |
| - | Nombre d'interventions chirurgicales par jour | : | + 8% par an. |
| - | Nombre d'analyses de laboratoire par jour | : | + 16% par an. |
| - | Les services de masseur | : | + 15% par an. |

Les hôpitaux publics de 1962 à 1972.

Source : Crédoc.

2) La hausse des dépenses salariales.

Comme le notent Demeestère et Viens (1977), l'accroissement du nombre de journées hospitalières de 3,3 % par an de 1962 à 1974 n'explique que très faiblement le taux de 15,2 % de hausse des dépenses totales sur la même période. L'essentiel vient donc d'une hausse des prix de journées. Or, le facteur le plus important dans le coût hospitalier moyen reste les frais de personnel. En 1979, il représentait, selon Labourdette (1988), citant une étude du Centre d'Études des Revenus et des Coûts, 65,4 % des charges totales dans les hôpitaux publics. Ce chiffre peut être rapproché de l'estimation donnée par Feldstein (1971) pour les États-Unis en 1968, soit 59,7%.

Zubkoff (1976) montre que, sur la période allant de 1950 à 1973, le pourcentage de l'augmentation totale des coûts hospitaliers aux États-Unis dû à la hausse des salaires et des prix est sensiblement supérieur à 50 %. Cette constatation est à rapprocher de l'observation de Labourdette (1988) pour le cas français : "...l'essentiel de l'augmentation des dépenses d'exploitation tient à l'évolution des frais de personnel. Si dans cette dernière, les salaires (relèvement catégoriel, ancienneté) ne jouent qu'un rôle annexe, la croissance de l'effectif est, en revanche, fondamentale". Ainsi, si on élimine les effets de l'inflation et de quelques mesures catégorielles, l'essentiel de la croissance des coûts hospitaliers provient de modifications de la qualité des services qui se sont traduites par l'accroissement du taux de personnel soignant par patient. De 1964 à 1978, le nombre d'agents par lit est passé de 0,5 à 1. Le nombre de médecins est passé de 5 pour 100 lits en 1965 à 15 pour 100 lits en 1977. Aux États-Unis, les effectifs par patient sont passés de 2,03 à 2,72 de 1955 à 1968.

Ainsi, de 1964 à 1978, le personnel non médecin du secteur public (administratif exclu) a augmenté de 6,9 % par an. Toujours selon Labourdette (1988), les effectifs des techniciens ont crû eux aussi, mais à un taux sensiblement moindre de 2,5 %. Ce ne fut pas le cas des personnels administratifs pour qui la progression fut de 7,86 % par an. Les effectifs totaux employés par les hôpitaux français sont, dès cette époque, particulièrement importants. Ainsi, selon Lévy (1976), les hôpitaux français comptaient, en 1973, 350 000 personnes dont 10 % de médecins, 63 % pour les autres effectifs dans les services médicaux, 8 % pour le personnel administratif, 15 % pour les services généraux et 4 % pour les services techniques. Ainsi, au total, cette période est marquée par une forte progression générale des effectifs qui accompagne une demande en soins hospitaliers toujours plus forte de la part du public.

II - UN CONTRÔLE ADMINISTRATIF.

Le poids de l'évolution des technologies, et surtout de la pratique médicale hospitalière, les préoccupations dominantes dans la société et l'émergence d'un système d'assurance maladie, sont étroitement liés avec les changements dans les discours sur l'évaluation et le contrôle des coûts à l'hôpital. Nous essayons d'abord de nous interroger sur les raisons pour lesquelles le discours gestionnaire est resté pendant longtemps faible à l'hôpital public. Nous envisageons ensuite les conséquences de cette faiblesse dans la vie des établissements et le poids considérable qu'a pris l'administration centrale.

1) La faiblesse du discours gestionnaire.

Preston (1992) propose une analyse de l'évolution de la pensée et de la pratique comptable à l'hôpital aux États-Unis en s'inspirant, au niveau du cadre analytique, des écrits de Foucault (1975). L'idée est de se départir de l'approche historique traditionnelle qui interprète le développement des pratiques comptables comme une élaboration continue de techniques nouvelles et d'améliorations en réponse aux changements de l'environnement et aux besoins de la société. L'auteur s'attache, en contraste, à fournir une généalogie des conditions qui ont permis à certains concepts et certaines pratiques comptables d'émerger. Comme le notent Miller et O'Leary (1987), l'histoire, en ce sens, permet de rendre intelligible la façon dont nous pensons aujourd'hui en nous rappelant les conditions de sa formation.

La pratique médicale a connu durant le XIX^e siècle une révolution. L'approche anatomo-clinique a supplanté la pratique ancienne, vivante jusqu'au XVIII^e siècle, qui liait, au sein de catégories strictes, symptômes et "humeurs" cachées. La médecine ancienne se pratiquait, pour l'essentiel, à la maison. L'hôpital était fondamentalement une institution charitable, peu développée, et dont le rôle essentiel était de fournir une protection, un lit, un peu de chaleur et de la nourriture. Avec la pratique anatomo-clinique, le rôle de l'hôpital va changer au cours du XIX^e siècle pour devenir un atelier où exercent, souvent d'ailleurs de manière privée, des médecins qui recourent à des savoirs et à des techniques de plus en plus élaborés. Alors que la mort ne correspondait pas seulement à la fin de la vie dans le modèle ancien, mais aussi à la fin de la maladie, la mort devient un point crucial dans la pratique nouvelle. Elle est l'aboutissement d'un processus à l'intérieur d'un corps, mais aussi la possibilité de son étude à travers l'autopsie.

Pour Foucault (1975), c'est cette reconceptualisation de la mort qui a rendu possible cette grande cassure dans l'histoire de la médecine occidentale. L'hôpital d'aujourd'hui a pu ainsi acquérir son rôle d'enseignement et de recherche. Il a connu une transformation radicale dans son organisation pour s'intéresser à des catégories toujours plus nouvelles de patients. L'hôpital connaît alors une médicalisation croissante. Sa capacité à faire reculer la maladie, voire la mort, entraîne une acceptation de plus en plus large de ce processus de médicalisation, de la part de la société.

Cependant, son développement conduit à engager des coûts de plus en plus élevés pour la maîtrise et l'usage de nouveaux moyens techniques (par exemple, l'asepsie, la radiographie, les salles opératoires...). Trois discours vont émerger. Le premier tient au contrôle des coûts, le deuxième se réfère à la justification des soins, le troisième se concentre sur la nécessité de rembourser les coûts engagés. Les institutions charitables n'offrent plus le cadre d'un financement stable et suffisant pour faire face à ces nouveaux besoins. L'activité hospitalière est de mieux en mieux perçue comme générant un produit particulier qui a une valeur d'usage élevé et qui mérite d'être financé. Les systèmes d'assurance privée ou publique, à l'initiative souvent des entreprises, et beaucoup plus tardivement de l'État, vont fournir dans les pays occidentaux le cadre de financement recherché.

Le discours sur le remboursement des coûts va devenir dominant, d'autant que le discours sur la justification des soins est accaparé par les professionnels. En effet, étant les seuls à disposer du savoir scientifique, ils peuvent prétendre être les seuls juges du bien-fondé de leurs interventions. Le discours sur le contrôle des coûts n'est pas totalement absent aux États-Unis où l'exercice privé donne une dimension commerciale. La comparaison avec l'entreprise industrielle est très vite proposée au début de ce siècle. Mais l'utilisation de la comptabilité industrielle, déjà bien développée comme nous l'avons

vu précédemment, reste limitée. Le discours sur le contrôle des coûts ne joue donc qu'un rôle secondaire.

Dans un tel contexte qui va durer aux États-Unis jusqu'à la fin des années 60, et en France jusqu'au milieu des années 70, la nécessité d'une gestion interne efficace se fait moins sentir. Le problème essentiel est de financer les moyens nouveaux nécessaires pour faire face à l'évolution des techniques et à une demande croissante de soins, souvent d'ailleurs stimulée par l'offre (Labourdette, 1988). Ce financement va être suffisamment assuré tout au long de cette période, à travers un système de remboursement des frais engagés. Au plan comptable, la détermination du prix de journée est la préoccupation essentielle. Il est d'ailleurs amusant de constater que le concept de prix de journée relevait déjà d'une conception tout à fait dépassée de l'hôpital. A l'origine, avant même la révolution médicale, le rôle de l'hôpital était, comme nous l'avons vu, essentiellement hôtelier, aussi les coûts engagés par malade étaient très homogènes, quelles que soient les pathologies. Une statistique unique suffisait, sa persistance au-delà était bien une rémanence du passé.

2) Le poids de l'administration.

Au début des années 50, les hôpitaux disposaient en France d'une autonomie certaine. L'hôpital public était administré, mais surtout au niveau municipal. Il disposait ainsi d'une flexibilité, tant au niveau des statuts de son personnel que des règles d'organisation technique. Cette autonomie a été perdue entre 1950 et 1970. Comme le note Maigne (1992) : "depuis le début des années 50, le

pouvoir est passé du niveau municipal à l'échelon ministériel, par le biais de ses services extérieurs". Cet auteur attribue la raison de ce "coup d'état" à la croissance rapide des dépenses hospitalières et à la socialisation de leur financement.

Jusqu'à la seconde guerre mondiale, les moyens financiers des hôpitaux restaient limités. Comme l'écrit Maillard (1988), "l'hôpital public vivait en fonction de ses moyens, et non pas en fonction des besoins de la population qu'il accueillait". S'il est vrai qu'il existait un prix de journée, ce dernier n'était qu'un tarif fixé par arrêté du préfet sans aucun lien avec les coûts réels. En 1953, sont intervenus deux changements considérables. D'une part, un plan comptable pour l'hôpital public est mis en vigueur, à l'image du plan comptable général. D'autre part, le prix de journée est élaboré sur la base des crédits budgétaires nécessaires pour faire face à l'activité. L'hôpital est dès lors doté de ressources financières régulières et abondantes.

Ce système de financement des hôpitaux, à travers le prix de journée, a eu des conséquences perverses, par ailleurs bien connues. En effet, plus les séjours sont longs et fréquents, plus l'établissement obtient un financement abondant. Afin de pouvoir financer leurs nouveaux moyens techniques et humains, les hôpitaux étaient incités à ne pas faire de gain de productivité. Depuis le développement de l'assurance maladie, la charge financière se trouve reportée sur la sécurité sociale. "Les recettes des hôpitaux sont les dépenses de la sécurité sociale". L'expansion économique des "trente glorieuses" a permis de faire face à ces engagements. Cependant, cette socialisation du financement a incité l'État à s'intéresser de plus en plus près à ce secteur. Comme le note Maigne (1992), "le pouvoir réglementaire d'abord, le législateur ensuite, ont fixé les bases d'un service public hospitalier, conçu à l'origine comme un cadre souple d'activités et d'équipements, respectueux des réalités et particularismes locaux, et

qui s'est, au fil des ans, mué en entreprise de planification et de construction d'un réseau hiérarchisé d'équipements complémentaires".

Dans un cadre institutionnel sensiblement différent, les États-Unis ont connu des difficultés similaires, en particulier pour les hôpitaux engagés dans le programme de l'État fédéral, Medicare. Certains établissements ont vite compris les possibilités que leur offraient les formules de calcul de remboursement de coûts et ont utilisé les techniques comptables pour alourdir les montants. De plus, les médecins et les hôpitaux n'avaient aucune incitation à réduire leurs coûts, car l'état des frais passés déterminait les niveaux de remboursement futur (Starr, 1982).

Il apparaît ainsi clairement que, durant toute cette période, l'outil comptable va devoir servir pour fournir principalement les bases d'un remboursement des coûts, et non d'un contrôle. Les effets pervers de ce système vont aboutir à un financement de plus en plus lourd à assumer au niveau du budget social de l'État. En réponse, ce dernier va devenir de plus en plus exigeant dans son contrôle. L'orientation externe de la comptabilité s'en trouve renforcée, le poids de l'administration est très fort. Il est intéressant de noter par ailleurs que les seuls systèmes d'information qui se développent à l'interne sont les systèmes d'information médicale. Ils traduisent le pouvoir des professionnels, ils reflètent la présence du second discours sur l'efficacité des soins. Les statistiques de patients traités, de morbidité réduite, etc..., sont là pour justifier du bien-fondé de leurs interventions et de la nécessité des moyens financiers et humains mobilisés.

III - DES OUTILS COMPTABLES ORIENTÉS VERS LA TUTELLE.

A travers sa dimension administrative, l'hôpital public a l'obligation de se soumettre aux exigences financières de la comptabilité publique. Nous rappelons, en conséquence, les principales étapes du processus budgétaire des hôpitaux, en délaissant à ce stade les innovations apparues à partir de 1979. Nous étudions ensuite les implications au plan comptable du calcul de la variable financière, essentielle à cette époque, qu'était le prix de journée.

1) Le processus budgétaire.

Le cadre général a été fixé en France dès le Premier Empire. En imposant l'institution préfectorale, il a défini aussi les règles fondamentales de tutelle : approbation des budgets, des marchés et des investissements. Les républiques qui ont suivi ont confirmé, pour l'essentiel, ce dispositif. L'hôpital a donc l'obligation, toujours en vigueur aujourd'hui, d'élaborer pour l'année à venir un budget primitif et des budgets annexes. Jusqu'en 1979, l'hôpital pouvait recourir, avec une assez grande facilité, à l'élaboration d'un budget supplémentaire. Enfin, les deux derniers instruments comptables sont le compte administratif établi par l'hôpital et le compte de gestion tenu par le receveur trésorier.

Le budget primitif de l'année n est élaboré au cours du second semestre de l'année n-1. Il est soumis au conseil d'administration, puis à l'approbation des organismes de tutelle. Il doit être autorisé par le préfet, en principe avant le 1er janvier, en pratique souvent plusieurs mois après. Il donne lieu à l'ouverture de crédits budgétaires, ces crédits sont limitatifs. Le directeur d'hôpital n'a pas le droit d'engager, et l'agent comptable de payer, des dépenses au-delà des autorisations. A ce stade, les recettes ne peuvent être qu'évaluées puisqu'elles dépendent de l'activité effective de l'établissement et des modalités de prise en charge des patients. Le budget primitif comporte une section d'investissement et une section d'exploitation. La section d'investissement se présente de manière schématique comme suit :

Remboursement d'emprunts	Amortissements
Constructions	Subventions
Équipements	Emprunts nouveaux

La section d'exploitation est présentée de manière schématique page suivante. De plus, elle comporte des budgets annexes concernant des activités spécifiques comme les écoles paramédicales, les maisons de retraite, ou un service nettement individualisé (par exemple, un centre de transfusion sanguine).

Rémunération du Personnel	Régimes obligatoires d'assurance maladie
Hôtellerie	Autres payeurs
Médicaments et Petit matériel	Autres recettes
Entretien, frais finan- ciers et amortissements	

Dans la seconde partie de l'année, lorsque les réalisations budgétaires s'écartaient des prévisions inscrites au budget primitif, un budget supplémentaire pouvait être élaboré. Il permettait d'obtenir l'ouverture de crédits supplémentaires justifiés par une augmentation du prix de journée provenant de la hausse des prix. Son intérêt ne se limitait pas au seul exercice en cours, il permettait de majorer la base de calcul du budget primitif de l'exercice suivant. Ce budget supplémentaire était soumis à la même obligation d'équilibre. Le financement des dépenses devait être assuré, soit par l'assurance maladie, soit par d'autres recettes. Enfin, il permettait certains transferts de crédits d'une année sur l'autre, puisque le budget primitif était établi avant la fin de l'année précédente.

Les critères d'octroi de ce budget supplémentaire avec majoration du prix de journée ont été rendus progressivement plus stricts. D'abord, les décrets du 11 décembre 1958 et du 29 décembre 1959 ont précisé le cadre de la gestion budgétaire et comptable de l'hôpital et ont introduit la règle du seuil d'une modification de 10% du prix de

revient de la journée. A partir de 1979, l'accord de l'administration centrale est requis préalablement à la décision prise par le préfet. Ces budgets sont établis principalement par les responsables administratifs de l'hôpital et les professionnels médecins sont peu sollicités.

Les deux autres documents permettent de veiller à la bonne réalisation des recettes et des dépenses. Le compte administratif a une structure identique à celle du budget, il permet de connaître les dépenses effectivement engagées et les recettes perçues. Il autorise un suivi effectif à travers une comparaison des réalisations et des prévisions. En fin d'exercice, il enregistre la clôture des crédits budgétaires et des comptes correspondants. Le compte de gestion est tenu par le trésorier receveur. Il enregistre les titres de recettes et les mandats émis. Le compte du Trésor doit être en permanence maintenu positif, il enregistre tous les mouvements décrits précédemment. Le compte de gestion permet également l'élaboration du bilan final.

L'ensemble de ces documents, obéissant aux principes de la comptabilité publique, assurent la sécurité, du point de vue de l'État, des mouvements de fonds. Le contrôle est bien assuré a priori à travers l'approbation des budgets. La surveillance est assurée a posteriori à travers la séparation traditionnelle entre l'ordonnancement et le paiement.

2) Le prix de journée.

Pendant trente ans, le financement a été fondé sur le remboursement des charges ; l'évaluation du prix de journée était

alors d'une grande importance. Le régime financier de l'hôpital a été fixé par les décrets du 28 mars 1953 et du 29 décembre 1959. La logique générale des calculs était de partir d'une estimation des dépenses d'exploitation telle qu'elle figurait à la section d'exploitation du budget primitif pour atteindre un prix de journée prévisionnel. Les modalités d'élaboration de cette donnée comptable avaient été très largement précisées par la tutelle. Les principes de la comptabilité analytique étaient respectés pour le calcul de ce qui pouvait apparaître comme un coût complet. Les dépenses étaient réparties par nature, puis ventilées entre les différentes sections définitives (services de soins) et sections auxiliaires (cuisine, lingerie,...). Ces dernières étaient imputées par la suite aux premières. On obtenait ainsi un prix de revient global par service de soins.

L'activité prévisionnelle était estimée de manière rudimentaire à partir de la moyenne des journées enregistrées au cours des trois années précédentes. Cette statistique pouvait être modifiée en cas de changement notoire. Le prix de revient global par service était alors divisé par le nombre de journées attendues et on obtenait un prix de journée prévisionnel. Ce chiffre n'était pas automatiquement accepté par la tutelle. En cas de forte augmentation par rapport à l'exercice précédent, cette dernière se réservait le droit de procéder à des contrôles et d'autoriser ou non un dépassement.

Par ailleurs, comme il s'agissait de couvrir les charges et rien de plus, si un excédent était réalisé au cours d'un exercice, il venait automatiquement en diminution du prix de journée payé par les organismes sociaux l'année suivante. Un déficit venait symétriquement en majoration. Après coup, à partir du compte administratif, l'établissement devait calculer un prix de revient réel. L'objectif théorique était d'obtenir un prix de revient prévisionnel le plus proche du prix de revient réel.

A l'intérieur d'un établissement, on procédait généralement au calcul de plusieurs prix de journée selon la nature des services : un prix pour la chirurgie, un prix pour la médecine, un prix pour la maternité, etc... Le ministère publiait une liste des services spécialisés pouvant faire l'objet de calculs de prix de journée différents. Par ailleurs, au prix de journée, s'ajoutaient, pour les malades, des honoraires médicaux dont le montant était fixé réglementairement.

Suivant ce dispositif, les établissements avaient l'initiative de la proposition d'un prix. Mais le préfet conservait la décision d'approbation. Aussi nombre d'établissements ne manquaient pas d'élaborer leurs propositions en fonction des réponses qu'ils anticipaient de la tutelle. Ainsi, le jeu budgétaire revenait à prévoir l'accroissement maximum tolérable, puis, en reprenant le schéma en sens inverse, à en déduire les recettes prévisibles, les dépenses possibles et à élaborer ainsi, en fin de course, un budget primitif. Nous voyons ainsi comment l'instrument comptable était utilisé, non pas à des fins de gestion interne, mais pour optimiser, du point de vue de l'établissement, les recettes attendues.

Parce que ce jeu était fort technique et parce que le rationnement s'avérait, en réalité, encore peu contraignant, ces informations comptables étaient élaborées, à l'écart des professionnels médecins, par les seuls administratifs. On voit, dès lors, que le souci de cerner au mieux la réalité des coûts et d'améliorer l'efficacité économique de l'activité hospitalière était très largement absent. Comme le remarque Labourdette (1988), le coût par journée est loin d'être homogène (voir schéma n° II-1). Il diffère selon la gravité de l'état du patient. Il varie pour un même patient durant son séjour à l'hôpital : faible à l'admission, élevé lors de l'intervention et peu après et à nouveau bas en période de convalescence.

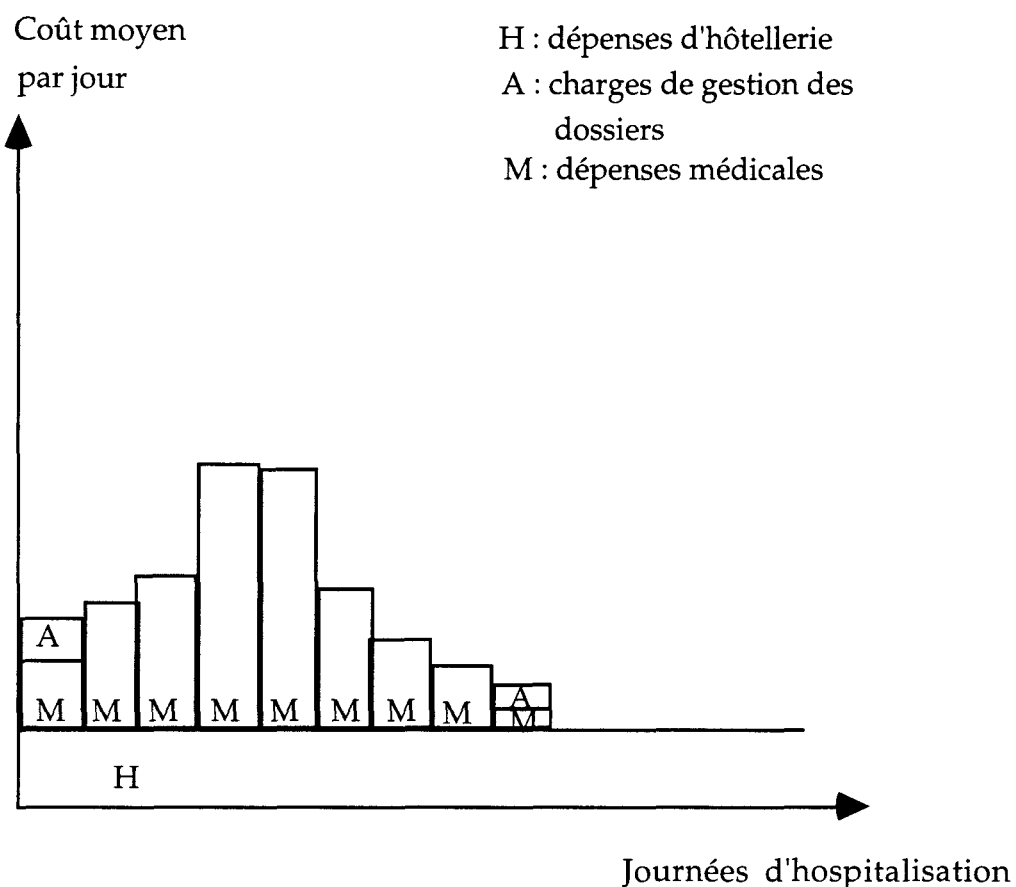


Schéma n° II-1 : Profil d'un coût par journée

Source : Labourdette (1988).

Ce jeu budgétaire pouvait être enrichi par une connivence étroite entre administratifs et professionnels. En rallongeant la période d'admission et celle de convalescence, on pouvait soit augmenter les recettes totales, soit faire apparaître un prix de journée plus acceptable par la tutelle sans créer de dépenses marginales supplémentaires élevées pour l'hôpital. L'outil comptable était source alors d'inefficacité interne et permettait de flouer les partenaires externes.

Dans un pays où l'expansion économique a permis de financer des besoins croissants en soins, l'hôpital public a pu développer son activité tant au plan quantitatif (augmentation des effectifs) que qualitatif (développement des techniques et des procédures de soins). Le système de financement s'est appuyé de plus en plus sur la contribution de l'assurance maladie à la couverture des charges induites. L'objectif principal du système comptable était de rassurer la tutelle sur la pertinence des demandes exprimées par l'hôpital. L'orientation externe de l'information comptable primait. Par ailleurs, les effets pervers des modes de calcul en usage détournaient même l'hôpital de la recherche de son efficacité interne. L'accroissement du budget social devint tel que l'État dut mettre un terme à cette dérive. Du contrôle externe d'un établissement administré, il fallut répondre à l'exigence d'efficacité dans un cadre plus autonome.

SECTION 2 : À L'EXIGENCE D'EFFICACITÉ DANS UN CADRE PLUS AUTONOME.

Dès 1979, l'État décide de freiner la croissance des dépenses hospitalières. C'est surtout entre 1979 et 1983 qu'une série de dispositions vont modifier sensiblement l'attribution des recettes à l'hôpital. Ces dispositions ont été complétées par la suite. Nous montrons d'abord que le cadre financier est devenu ainsi sensiblement plus restrictif que le précédent, sans être encore extrêmement

contraignant. Ce changement dans l'environnement financier va être à la source d'une évolution sensible du management à l'hôpital. Nous allons montrer que l'administration est alors devenue plus responsable de son action. Des gains de productivité ont été réalisés dans divers domaines, à l'exception du médical. Enfin, nous envisageons la traduction de cette évolution au plan du système d'information comptable. Nous voyons ainsi que les innovations en la matière répondent beaucoup plus à des besoins de gestion interne.

I - UN CADRE FINANCIER PLUS STRICT.

Dans un premier temps, nous récapitulons brièvement les principales mesures administratives qui ont modifié le mode de financement de l'hôpital. Le tableau II-1, proposé par Cauvin et Coyaud (1990) et complété par nos soins, retrace les réformes principales du financement des hôpitaux publics de 1975 à nos jours. Ce tableau résume 20 ans d'instructions budgétaires. Dans un deuxième temps, nous présentons les modalités de financement des hôpitaux publics par l'assurance maladie, à travers le mécanisme de la dotation globale qui est venu en 1983 remplacer le système ancien du prix de journée. Enfin, dans un troisième temps, nous montrons à travers des statistiques de dépenses hospitalières que cet arsenal de mesures a certes freiné l'évolution mais n'a eu que des effets limités.

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Base budgétaire	Base imprécise "prix de revient"			Compte Administratif Anticipé N-1		Budget approuvé N-1 6 et 8 brutes		Budget approuvé N - 1 6 brutes + 8 nettes				
Valeur du taux directeur P : personnel D : autres dépenses Taxe : taxe sur salaires	P 15,6 D 8	P 12 D 8	10,7 8	10,5 7,6	10,2 8,6	10,8 9,8 + marge 1,5	11,3 10,5 + marge 1,5	12,5 11,5 + marge 1	+ taxe 0,23 8,6 7,2 + marge 0,5	+ taxe 0,2 6,18 5,1 + marge 0,5	5,2 5,2 + marge 0,5	3,25 3,4 + marge 0,1
Portée du taux directeur	le taux est un indice de prix, l'augmentation de l'activité (journées, entrées) est à inscrire en sus ; certaines dépenses y échappent (frais financiers, amortissements).					Respect absolu du taux départemental, donner + ou - aux établissements, répartir inégalement la marge de manoeuvre.					Taux impératif, redéploiement entre établissements.	
Créations d'emplois non médicaux	+ 2 % effectifs	+ 2,5 % dépenses	+ 1,5 % effectifs	+ 1 % effectifs	Maintien des effectifs, les redistribuer entre hôpitaux.		Enveloppe nationale répartie par le ministère.					
Dérogations aux taux directeurs pour les CHR.	La dérogation budgétaire est traitée à Paris.						CHR dé- concentré ou Préfet	Le Préfet peut donner au CHR moins que le taux mais pas plus.				
Existence de budgets supplémentaires	Pas d'instructions particulières				Pas de budget supplémentaire		B.S. 2,7 %	pas de BS, dérogations administration centrale		BS 1 %	Pas de BS, décisions administration centrale en cas de problème	
Principales modifica- tions du cadre réglementaire.	Prix de journée									Dotation globale de fonctionnement		
	Ancien plan comptable											

Tableau n° II-1 : 20 ans d'instructions budgétaires.
Source : Cauvin et Coyaud (1990) - Complété par nos soins.

1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
	(La classe 8 disparaît). Budget approuvé n - 1 6 nettes					Budget n - 1 modifié par l'incorporation des budgets annexes supprimés et la déduction des activités subsidiaries	
2,2 + marge 0,2	1,9 + marge 0,8	3,55 dont marge 0,84 dont nationale 0,24	4,2 dont marge 1,4 dont nationale 0,5	3,7 dont marge 1,6 dont nationale 0,6	5,00 dont marge 1,48 (0,48 nat.) dont mesu- res statu- taires 1,02	5,15 dont marge 1,79 (0,65 nat.) dont mesu- res statu- taires et d'emplois 1,16	3,35
Redéploiement régional	Redéploiement national, régional, départemental						
Pas de création, redéployer entre établissements. (Exception pour des mesures ministérielles. Exemple : réduction du temps de travail de nuit des infirmiers)							
Suppression de principe des dérogations (en fait instruction et décision administrative centrale)							
BS 0,5 % financé déficit.	Pas de budget supplémentaire.						
Dotation globale de fonctionnement							
Nouveau plan comptable							

Tableau n° II-1 : Suite.

1) La réforme du financement à partir de 1979.

Dès 1975, l'État avait cherché à encadrer l'évolution des dépenses budgétaires par un taux d'augmentation limite. Mais la dérive budgétaire n'avait pas pu être évitée du fait de la multiplication des journées réalisées et des dérogations accordées. A partir de 1978, le budget de l'année à venir est estimé en prenant comme base budgétaire le compte administratif anticipé, c'est-à-dire l'ensemble des dépenses et pas seulement le prix de revient d'une journée. A partir de 1980, la base budgétaire est le budget primitif approuvé.

Depuis 1979, le budget des dépenses d'exploitation autorisées est fixé en fonction de la base budgétaire majorée suivant le taux directeur de l'année. A l'origine, le taux directeur était un indice de prix qui s'appliquait au prix de journée. A partir de 1980, il devient un taux couperet qui limite à la fois l'évolution en volume et en valeur des dépenses. Afin de conserver un pouvoir au préfet et de lui laisser la faculté de définir une politique au niveau du département, le taux directeur est assorti d'une marge. Au départ, en 1980, le taux directeur était fixé en fonction de l'évolution de la Production Intérieure Brute en volume. Les marges venaient s'ajouter. A partir de 1988, les marges, qui avaient eu tendance à disparaître, sont réapparues, mais elles ont été prises "en dedans" du taux de progression souhaité des dépenses hospitalières. Par ailleurs, c'est la progression de la P.I.B. en valeur qui est alors devenue la référence.

Cette application brutale du taux directeur a cependant toujours connu quelques éléments d'assouplissement. Dès le début, certaines dépenses comme l'informatique avaient été considérées comme hors taux directeur. Il en fut de même par la suite lorsque l'État

a décidé la mise en place de réformes particulièrement coûteuses, comme la réforme de l'internat et des statuts médicaux en 1985 et 1986, ou celle plus récente concernant les conditions du personnel infirmier.

Ce dispositif a été complété pour l'essentiel par trois types de mesures complémentaires. La première concerne l'interdiction de budgets supplémentaires pour la première fois en 1979. Si la réforme de 1983 a laissé la possibilité d'autorisation de budgets supplémentaires en cas de "modification importante et imprévisible de l'activité médicale de nature à accroître substantiellement les charges d'exploitation", ils ne furent que très exceptionnellement mis en oeuvre pour des montants bien moins importants qu'auparavant et essentiellement pour corriger des erreurs de prévision macro-économique en matière de prix.

Le deuxième élément restrictif complémentaire concerne l'arrêt des créations d'emplois non médicaux. A partir de 1980, les préfets ont perdu le droit d'autoriser la création de tels emplois. De 1981 à 1985, c'est l'administration centrale qui a fixé des enveloppes nationales de plus en plus faibles (12000 créations en 1981, 1500 en 1983) et en a fixé la distribution. A partir de 1985, les créations ont presque cessé et la consigne a été celle du redéploiement entre établissements. Les seules exceptions concernent des mesures ministérielles comme, par exemple, la réduction du temps de travail de nuit des infirmiers.

Le dernier élément de ce dispositif a été la mise en place d'un contrôle des investissements très strict. Celui-ci a été obtenu de deux façons : d'un côté, l'interdiction des surcoûts liés à l'investissement ; d'un autre côté, un rationnement des moyens de financement des investissements. Toute décision d'investissement doit faire apparaître les augmentations de dépenses d'exploitation qu'elle va entraîner lors de la mise en service de l'équipement. Ainsi, une circulaire de 1980 imposait que le surcoût éventuel ne devait pas excéder 5% du coût de fonctionnement, interdisait la création

d'emplois supplémentaires et imposait même une réduction de 10 % du nombre de lits. Beaucoup trop stricte pour être applicable à la lettre, elle était cependant suivie par l'obligation d'une autorisation préalable de l'administration centrale en cas de surcoût élevé. L'objectif est ici de veiller à ce que la politique d'investissement mise en place n'empêche pas dans la réalité le respect des taux directeurs au cours des années suivantes. Le financement des investissements a été rationné de quatre manières. D'abord, l'application du principe du taux directeur aux dépenses d'exploitation limite l'autofinancement qui provient des amortissements qui y sont inscrits. Deuxièmement, une circulaire de 1979 a interdit le financement d'un investissement à plus de 60 % par emprunt. Troisièmement, en mars 1983, les prêts sans intérêt des caisses régionales d'assurance maladie qui finançaient environ 30 % des investissements ont été interdits. Les hôpitaux ont dû alors se tourner vers la CAECL (dénomination antérieure du Crédit Local de France) pour emprunter au taux du marché. Enfin, la circulaire du 17 juillet 1984 a fait obligation d'obtention d'une subvention de l'État pour les projets d'investissement "restructurant". Comme les subventions de l'État étaient elles-mêmes réduites, cette mesure a été fort peu appréciée, une circulaire du 26 février 1985 l'a quelque peu assouplie.

Au total, l'État s'est bien engagé dans une politique de plus grande rigueur financière vis-à-vis des hôpitaux publics. Toutes les limites que nous avons énoncées ne constituaient pas, aux yeux des autorités, des droits à dépenser accordés aux établissements, mais bien des maxima qu'il ne convenait en aucune manière de dépasser. Nous empruntons à Coca (1988) quelques extraits de la circulaire du 16 novembre 1987 significatifs de cette volonté.

"...l'approbation des budgets devra être conduite avec la plus grande rigueur..."

"Aucun emploi supplémentaire ne sera financé en sus des enveloppes départementales. Tous les moyens nécessaires devront être dégagés par redéploiement."

"Plus encore que par le passé, vous veillerez à fixer les budgets des établissements en considérant que ni la marge ni le taux ne constituent un droit pour chacun d'entre eux..."

"Aucune dépense ne saurait être autorisée en sus de l'enveloppe départementale de crédits sans autorisation préalable de l'administration centrale..."

"Aucune pratique de surestimation de la dotation globale ne saurait être admise... Les surcoûts étudiés dans le passé ne valent pas autorisation systématique de dérogation budgétaire..."

2) Le budget primitif et la dotation globale de fonctionnement.

L'objet de ce développement est de préciser l'aboutissement actuel du dispositif de financement de l'hôpital public. Dans un premier temps, nous rappelons le calendrier d'élaboration et d'approbation du budget primitif. Dans un deuxième temps, nous montrons comment est déterminée la ressource essentielle à la vie de l'hôpital qu'est la dotation globale de fonctionnement. Nous nous limitons ici à une description du dispositif. Nous envisageons plus

loin, au chapitre III, dans le cadre de l'étude clinique du CHRU de Lille, la répartition des moyens entre les services.

C'est la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 qui précise, dans ses articles L 714-6, 714-7, 714-8 et 714-9, la procédure d'élaboration du budget de l'établissement (voir schéma n° II-2). Avant la fin du mois de juin de chaque année, le directeur présente au conseil d'administration pour délibération un rapport préalablement soumis pour avis à la Commission Médicale d'Établissement composée de représentants des médecins, des dentistes et des pharmaciens) et au Comité Technique d'Établissement (composé de représentants du personnel). Ce rapport porte "sur les objectifs et prévisions d'activité de l'établissement pour l'année à venir et sur l'adaptation des moyens qui paraissent nécessaires pour remplir les missions imparties par le projet d'établissement". Ce rapport est transmis au préfet et aux organismes de Sécurité Sociale dans un délai de huit jours. Avant le 30 septembre, les ministres chargés respectivement de l'économie, du budget, de la santé et de la sécurité sociale fixent un taux d'évolution des dépenses hospitalières "à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'État".

Avant le 15 octobre de chaque année, le directeur présente au conseil d'administration le projet de budget ainsi que les décisions modificatives, y compris les propositions de dotation globale et de tarifs des prestations. Ces textes sont votés par groupes fonctionnels de dépenses. A titre d'illustration, la structure du budget (section d'exploitation) du CHRU de Lille est présentée au tableau n° II-2. Les délibérations sont transmises sans délai au préfet pour approbation. Si dans un délai de 45 jours, ce dernier n'a pas fait connaître son opposition, les délibérations sont réputées approuvées. Si dans ce délai, le préfet estime "les prévisions injustifiées ou excessives, compte tenu des orientations du schéma d'organisation sanitaire, de l'activité de l'établissement et enfin du taux d'évolution des dépenses

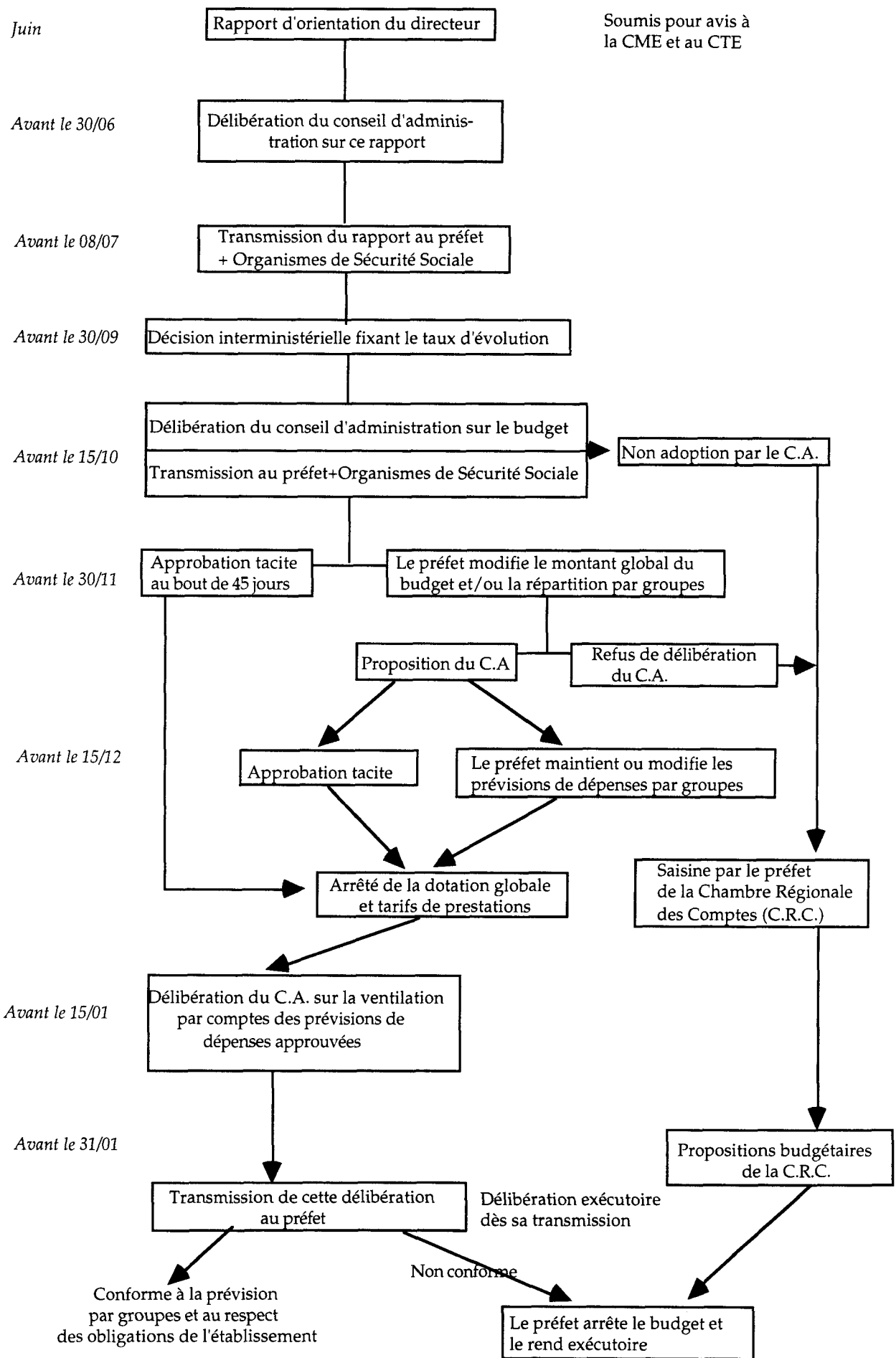


Schéma n° II-2 : La nouvelle procédure budgétaire.

Source : CHRU de Lille

hospitalières", il peut modifier le montant global des dépenses prévues et leur répartition entre les groupes fonctionnels. Dans ce dernier cas, le conseil d'administration peut dans un délai de 15 jours effectuer de nouvelles propositions. A nouveau, si au terme d'un nouveau délai de 15 jours, le préfet n'a pas fait connaître son opposition, ces nouvelles propositions sont réputées approuvées. Sinon, dans ce délai de 15 jours, le préfet peut maintenir ou apporter des modifications aux prévisions de dépenses.

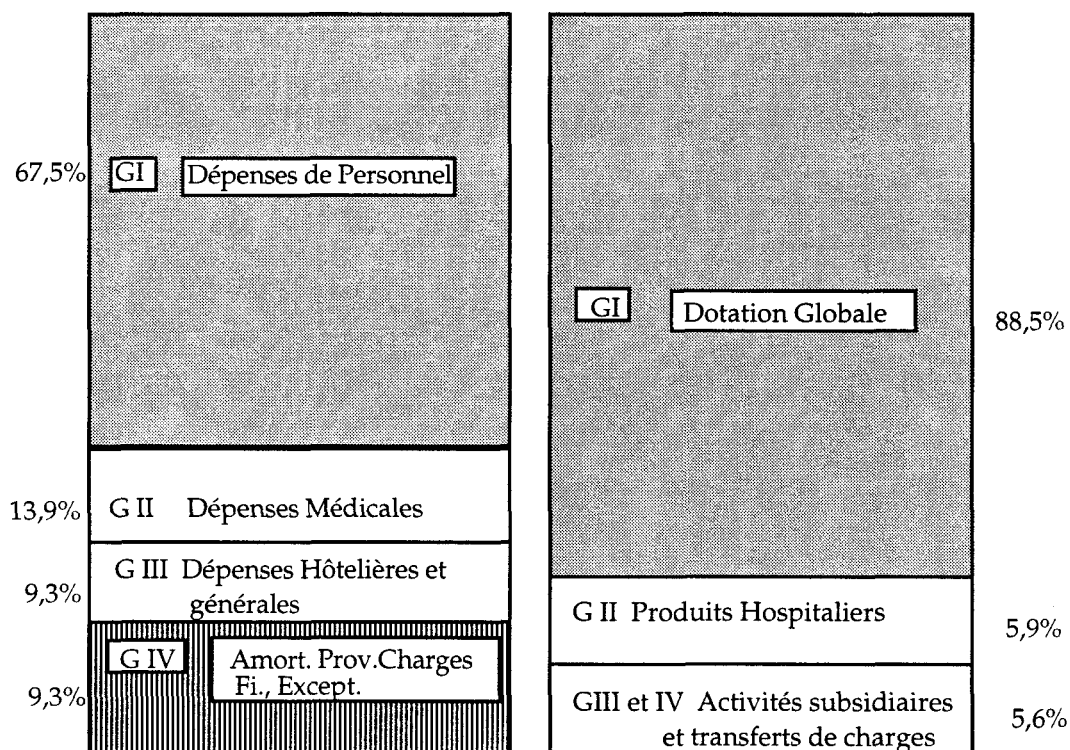


Tableau n° II-2 :
CHRU de Lille : Structure du budget primitif 1994.

Au terme de cette procédure, le préfet arrête en conséquence le montant de la dotation globale et des tarifs de

prestations. Au vu de cette décision, le directeur soumet dans un délai de 15 jours à la délibération du conseil d'administration la ventilation des dépenses approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel. Cette délibération est transmise au préfet. Si ce dernier constate que "cette délibération n'ouvre pas les crédits nécessaires au respect des obligations et des engagements de l'établissement ou modifie la répartition des dépenses par groupes fonctionnels qu'il avait précédemment arrêtée, il règle le budget et le rend exécutoire en assortissant sa décision d'une motivation explicite".

Si le budget n'est pas adopté par le conseil d'administration avant le 1er janvier de l'exercice, le préfet saisit immédiatement la Chambre Régionale des Comptes qui, dans un délai de 30 jours, formule des propositions budgétaires. Le président du conseil d'administration, assisté du directeur, peut présenter oralement, à la Chambre Régionale des Comptes, ses observations. Le préfet arrête le budget et le rend exécutoire.

Il nous reste à préciser les modalités de calcul de la ligne de recettes la plus importante dans la section d'exploitation du budget, à savoir la dotation globale de fonctionnement. La dotation globale est la part des recettes d'exploitation de l'hôpital à la charge des organismes d'assurance maladie. Les textes de 1983 (loi du 19 janvier et décret du 11 août) ont fixé son principe. Cette dotation s'obtient en retranchant des dépenses d'exploitation autorisées les produits hospitaliers et les recettes subsidiaires. Les produits hospitaliers sont directement liés aux prestations médicales; on trouve le ticket modérateur (par exemple, pour les consultations externes, le patient ne paie que 20 %), le forfait journalier,... Les recettes subsidiaires concernent les tickets de cantine du personnel, la participation des parents à la crèche, la vente de déchets, etc... Notons que pour la facturation de certaines recettes comme le ticket modérateur, l'hôpital doit calculer un tarif de prestations qui s'apparente dans certains cas à l'ancien prix de journée. Notons encore que depuis deux ans, la contrainte du taux directeur ne

s'exerce plus sur le total des dépenses d'exploitation, la base du financement tient compte des produits annexes réalisés l'année précédente. Ainsi, les établissements qui laissent périlcliter leurs recettes subsidiaires sont pénalisés. Ils doivent réduire d'autant leurs dépenses.

La contribution des organismes d'assurance maladie est ainsi définie globalement pour l'année. Elle n'est donc plus fonction du nombre de journées réalisées. De ce fait, l'incitation à augmenter cet indicateur pour se procurer plus de ressources a été largement atténuée. Le jeu budgétaire s'est totalement déplacé vers la négociation avec la tutelle du volume de dépenses d'exploitation autorisé. Il est clair, à ce stade, que les établissements ont intérêt à surveiller le taux d'occupation de leurs lits pour ne pas affaiblir leur position au moment de la négociation. Mais l'effet mécanique qui liait nombre de journées et recettes a disparu.

Le versement à un hôpital public de la dotation globale allouée est effectué pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie de sa circonscription. Cette somme est ensuite répartie après accord entre tous les régimes. Ce dispositif a simplifié sensiblement l'encaissement par l'hôpital de ses recettes. Il n'a en face de lui qu'un seul interlocuteur. La dotation globale est payée par cette caisse "pivot" à l'hôpital par douzième en trois versements chaque mois (25 % le 5, 60 % le 15 et 15 % le 25 du mois). L'hôpital n'a plus à subir ainsi les irrégularités de règlements d'interlocuteurs multiples. Ceci a permis une plus grande efficacité dans la gestion administrative à l'intérieur de l'hôpital et rend plus aisée la prévision de trésorerie et facilite son optimisation comme cela sera abordé ultérieurement.

Nous allons envisager dans le point qui suit l'efficacité de l'ensemble de ces mesures pour freiner l'accroissement des dépenses hospitalières.

3) Le rationnement : des effets progressifs.

Cet arsenal de mesures a sans conteste changé le cours de l'évolution galopante des dépenses hospitalières sans pour autant atteindre l'efficacité espérée. Les différentes statistiques dont on dispose montrent que la période allant de 1970 à 1980 fut euphorique. A partir des données publiées par les comptes de la santé, on peut chiffrer le taux moyen d'augmentation annuelle en francs constants à 9,3 % pour les années 70-75 et 8,60 % pour les années 75-80. Une étude réalisée par Fabre-Payan à la Direction des hôpitaux, citée par Coca (1988), illustre à la fois la croissance vive des dépenses réelles et surtout le dépassement systématique, en 1978 et en 1979, du taux de base. Les résultats de cette étude sont les suivants :

	75	76	77	78	79
Taux de base	/	/	/	9,6	9,8
Évolution réelle	23,6	25,5	16,8	16,4	17,2
Dépassement	/	/	/	6,8	7,4

Les premières mesures de 1979 (notamment le taux directeur), puis celles de 1983 (la dotation globale) vont produire leurs effets. Le taux moyen d'augmentation annuelle en francs constants passe à 5 % pour les années 80-85 et n'est que de 3,3 % pour la seule année 85. Cette tendance est confirmée par une étude réalisée à partir de données différentes. La direction de la prévision, citée dans le rapport Etienne, Chantereau et Cordier (1986), a mesuré l'évolution des dépenses hospitalières à partir des remboursements du régime général aux hôpitaux et sur la base de données techniques corrigées. Les résultats sont résumés dans le tableau suivant.

1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
7,0	3,4	3,7	4,2	2,7	2,2	0,2

L'évolution a encore été plus spectaculaire au niveau des investissements hospitaliers. Stéphan-Coyaud (1987) a estimé que les investissements avaient augmenté en moyenne de 32 % par an en francs courants, ou encore de 15 % par an en francs constants sur la période 1975-1977. En revanche, elle enregistre une baisse totale de 35 % en volume pour les années 77-85. Cette réduction a été due surtout au ralentissement des constructions. Elle y voit les effets conjoints de la réduction des montants de subventions, des limites au recours à l'emprunt et du contrôle des surcoûts. Cette diminution des investissements a pu avoir un effet favorable sur le ralentissement des dépenses d'exploitation les années suivantes.

Cependant, les résultats obtenus au niveau des dépenses d'exploitation n'ont pas atteint les niveaux escomptés à l'origine par les autorités. Leur évolution réelle reste supérieure au taux de base sur la période 80-85, même si les dépassements ont tendance à être moins élevés, comme en témoigne le tableau suivant.

	80	81	82	83	84	85
Taux de base	11,8	12,3	13,4	9,0	6,6	5,7
Évolution réelle	17,5	17,5	14,6	12,0	8,0	8,8
Dépassement	5,7	5,2	1,2	3,0	1,4	3,1

Source : Fabre-Payan, Direction des hôpitaux, citée par Coca (1988).

Ces indications sont confirmées par l'étude réalisée par Engel, Moisdon et Tonneau (1992) sur un échantillon de douze

hôpitaux sur la période allant de 1980 à 1986. La base budgétaire, mais surtout les dépenses de personnel, augmentent beaucoup plus vite que le taux directeur (voir schéma n° II-3).

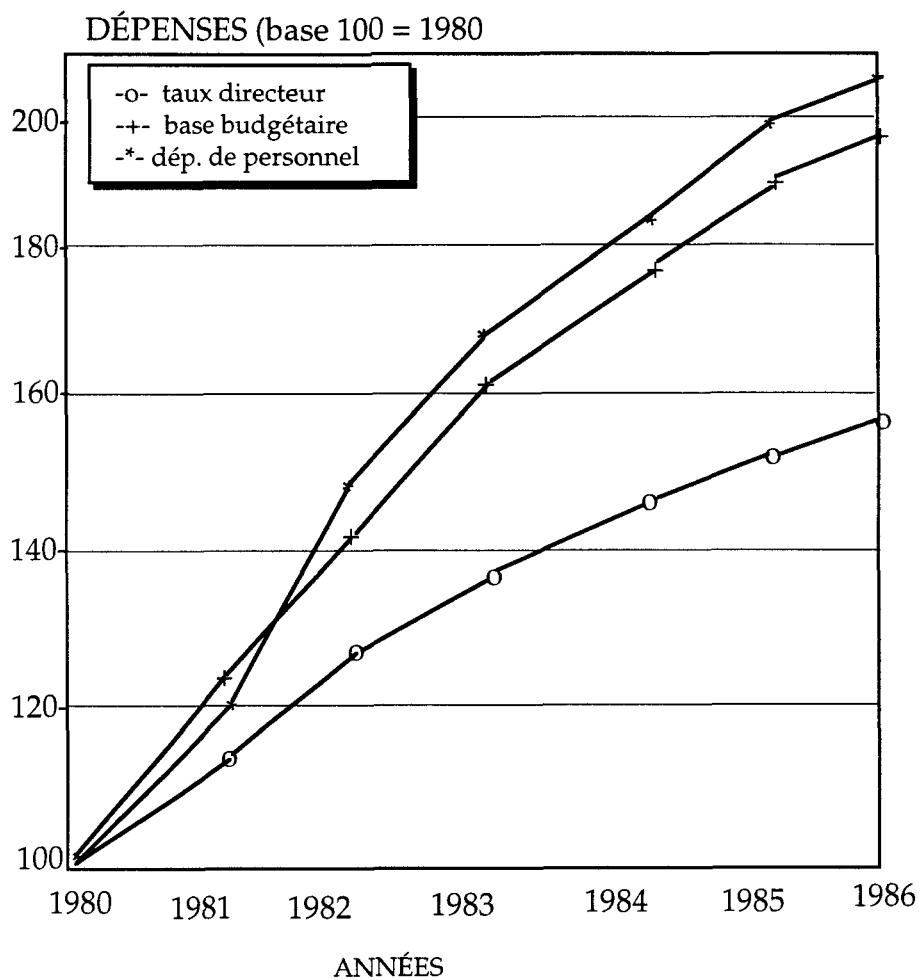


Schéma n° II-3 : Évolution comparée du taux directeur, des dépenses globales et des dépenses de personnel.

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le commenter au chapitre I, ce résultat obtenu par les hôpitaux tient beaucoup aux jeux politiques et aux connivences entretenues par les responsables

administratifs et les professionnels. Si, en définitive, sur cette période, le rationnement des ressources s'avère mou, il n'a pas été sans effet sur le fonctionnement interne des hôpitaux.

La tendance s'est prolongée au cours des années suivantes. L'encadrement des dépenses a été quelque peu plus strict comme l'illustre le tableau suivant proposé par Deramon et Navellon (1992).

	75-79	80-84	85-91
Valeur	20,5	14,0	5,5
Volume	8,9	3,4	1,9

Évolution de la consommation de soins hospitaliers publics.

Les hôpitaux ont pu faire face à cette évolution défavorable du financement en réaménageant leur structure d'accueil. Le nombre de journées a continué à baisser et les charges fixes d'hébergement ont pu être réduites. Enfin, les capacités ont été redéployées et les formules de soins hospitaliers sans hébergement ont été développées.

L'hôpital public a pu éviter ainsi une trop grande rigidité. Il a bénéficié également de nombreuses mesures "hors taux directeur" pour l'amélioration des carrières des personnels ou pour répondre à des problèmes sanitaires nouveaux. En conclusion, ces contraintes financières n'ont pas asphyxié complètement l'hôpital public mais elles l'ont incité de plus en plus à améliorer l'efficacité de sa gestion.

II - DES RESPONSABILITÉS NOUVELLES POUR LA DIRECTION.

L'évolution de l'activité hospitalière a été accompagnée de changements importants dans les rôles de la direction des établissements. Durant les "trente glorieuses", les directeurs ont pu organiser avec une grande autonomie la croissance de leurs établissements. L'arrivée d'un cadre budgétaire plus strict, la présence d'un personnel de plus en plus nombreux et de plus en plus divers et le renforcement du contrôle de l'État ont ensuite sensiblement modifié les jeux de pouvoir et les responsabilités de l'administration hospitalière. Afin de faire face à ses obligations, l'hôpital a été l'objet d'initiatives de plus en plus nombreuses de rationalisation des activités. Elles ont concerné en priorité tout ce qui n'était pas strictement médical. Elles ont permis de maintenir la qualité des services et le développement de nouveaux projets médicaux.

1) L'évolution du pouvoir de la direction.

Avant d'envisager l'évolution récente du rôle de l'administration hospitalière, nous allons rappeler l'émergence de la fonction de directeur à l'hôpital. La tradition en France a laissé l'hôpital entre les mains des autorités locales. La Commission Administrative, ancêtre de l'actuel conseil d'administration, était dominée par les notables de la ville. Maillard (1988) cite cette circulaire de 1913 : "les Commissions Administratives des établissements publics

d'assistance doivent être des terrains neutres où les bons citoyens coopèrent à une œuvre élevée de solidarité nationale et doivent s'affranchir de toute autre préoccupation". Cette noble assemblée appointait un secrétaire dont le rôle primitif était d'établir les procès verbaux de séances.

Durant la III^{ème} République, le rôle de ce secrétaire s'est élargi du fait de la complexité croissante de la gestion des hôpitaux, corrélative au développement des techniques médicales. Ce secrétaire devint particulièrement expert pour gérer les dossiers et gagna la confiance des membres de la Commission Administrative. C'est la loi du 21 décembre 1941 qui fit de ce technicien un directeur nommé par le préfet après recrutement sur concours. A la Libération, ce poste de fonctionnaire fut conservé et un décret du 11 décembre 1958 élargit même son pouvoir en matière financière en lui confiant l'ordonnancement des dépenses et la passation des marchés. Son recrutement se fit alors sur concours national ouvert aux titulaires d'une licence. Une formation spécialisée complémentaire fut alors organisée (c'est la création de l'École Nationale de la Santé Publique de Rennes).

Durant la phase d'expansion des hôpitaux, les directeurs, assistés d'une équipe, ont à conduire les changements. Au départ, ils subissent peu la pression de l'État. Nommés sur avis du maire président, ils gèrent en connivence avec ce dernier, oeuvrant ainsi au développement de la commune. Au milieu des années 50, une grande partie des tâches sont encore assurées à l'hôpital par les congrégations. Le personnel laïque est, de son côté, peu syndicalisé. Les directeurs n'ont encore que peu à craindre de ce côté là.

La réforme Debré introduit en 1958 les médecins à plein temps à l'hôpital. Ces derniers conservent la faculté d'un exercice libéral à l'intérieur de l'établissement. A leur côté, continuent d'exercer

des médecins à temps partiel qui ont leur cabinet en ville ou collaborent avec des cliniques privées. Ainsi se constituent de véritables équipes médicales hiérarchisées qui vont avoir leur mot à dire dans la gestion de l'établissement. La Commission Médicale donne son avis sur les nominations des médecins, sur les plans de développement, sur le budget. La réforme Debré crée également les CHU (Centres Hospitaliers Universitaires). Elle souligne ainsi l'importance de la mission traditionnelle d'enseignement et de recherche de l'hôpital. Recrutés par leurs pairs de l'université et de l'hôpital, les professeurs hospitalo-universitaires vont rapidement apparaître comme une "aristocratie". L'hôpital français a su ainsi retenir bon nombre de ses meilleurs éléments.

L'arrivée de ce nouveau pouvoir médical, la syndicalisation croissante du personnel durant les années 60 et l'apparition de techniciens (laboratoire, pharmacie, informatique) ne vont pas fondamentalement modifier la répartition des pouvoirs. Tous ont un objectif commun : le développement de l'hôpital. A côté d'un maire satisfait de cette expansion, une véritable "troïka" émerge, par exemple, au sein des CHU. C'est le directeur général, le président de la Commission Médicale, le doyen de la Faculté de médecine qui règlent entre eux les affaires et négocient de concert avec leurs partenaires.

Ce cadre général va connaître une profonde évolution, d'une part du fait de la fragilisation des coalitions au sein des conseils d'administration et du rôle déclinant des autorités locales. Dès 1968, les personnels hospitaliers ont su se faire représenter par les grandes centrales syndicales au cours des négociations sociales. Durant les années 70, la syndicalisation des personnels progresse rapidement. Aucun syndicat "maison" ou autonome n'apparaît. Comme les centrales syndicales se méfient des discussions locales et des accords ponctuels, elles vont privilégier la négociation nationale. C'est une source de perte d'influence des conseils d'administration au profit de

l'État. Ce point est d'autant plus important que le poids des charges salariales est considérable dans les budgets. La seconde source d'évolution vient des transformations que connaît la composition du conseil d'administration. Pour certains (Raynaud, 1976), "il faut être lucide, la loi du 31 décembre 1970 a voulu et a réussi à limiter l'influence des conseils d'administration dans les hôpitaux". Cet affaiblissement résulte à la fois de la multiplication du nombre des administrateurs et du renforcement en leur sein des collèges spécifiques (collège sécurité sociale, collège des médecins, collège des syndicats...).

Pour illustrer cette croissance du nombre des administrateurs, nous empruntons un exemple à Maillard (1988). "Ainsi dans un centre hospitalier général, il [le conseil d'administration] passe de 8 membres en 1945 et 9 membres en 1958 à 14 membres [en 1972]. D'autre part, cet accroissement se fait au détriment relatif de la représentation des collectivités locales qui reste stable (4 membres). De 1958 à 1972, la représentation de la sécurité sociale double (de 2 à 4 membres) ; celles des personnes qualifiées nommées par le préfet également (de 1 à 2) ; celle du personnel médical passe de 2 à 3 ; et celle du personnel hospitalier réapparaît avec 1 membre". Les belles unanimités de notables ont vécu. Les votes traduisent les intérêts particuliers, les majorités se construisent plus difficilement. Le conseil d'administration ne peut guère dès lors s'opposer aux décisions générales prises par l'État.

Le directeur d'hôpital est un fonctionnaire d'État un peu particulier, "un être hybride, émanation du pouvoir central, doté d'un pouvoir local et responsable devant les autorités locales comme devant le ministre représentant le Gouvernement et l'État" (Raynaud, 1976). Durant les années 80, avec les restrictions budgétaires, il a tout particulièrement la charge de mettre en exécution les choix politiques de l'État. Son rôle va devenir essentiel pour l'amélioration de

l'efficacité de l'activité hospitalière. L'État accroît aussi son pouvoir financier, par exemple en l'autorisant à procéder de sa propre initiative à certains virements de crédits de comptes à comptes à l'intérieur du budget voté (loi du 3 janvier 1984). L'encadrement des dépenses ne signifie pas la perte de toute latitude dans la gestion de l'établissement. L'administration hospitalière n'est pas réduite au simple rôle d'exécutant des desiderata de l'État. Bien au contraire, lorsque l'enveloppe financière est plus limitée, se pose alors avec plus d'acuité le problème de sa répartition interne. De plus, il ne faut pas oublier que l'activité de l'hôpital n'est pas uniquement médicale. Elle contient aussi une composante importante d'hôtellerie et de restauration. Des gains de productivité dans ces derniers domaines peuvent aider à atténuer la sévérité des contraintes. Le directeur, s'il s'avère gestionnaire efficace, est alors un gestionnaire apprécié. Enfin, tous les dispositifs de contrôle financier que nous avons évoqués laissent une place à la négociation avec la tutelle. Un directeur habile et fin négociateur est, là aussi, un directeur apprécié.

Au total, si les responsabilités des directeurs d'hôpitaux ont fortement évolué au cours de ces dix dernières années, elles font apparaître les exigences d'un management interne efficace. Comme l'écrivent Cauvin et Coyaud (1990), "l'instauration d'une contrainte financière, conséquence du plafonnement des prélèvements obligatoires, est la chance des dirigeants d'aujourd'hui puisqu'elle leur impose de hiérarchiser leurs priorités et de déterminer une authentique politique au niveau de l'établissement". Nous allons exposer ci-après deux exemples de politique d'amélioration de l'efficacité de la gestion très couramment mis en oeuvre dans les hôpitaux.

2) La rationalisation d'activités annexes.

Sans vouloir comparer de manière trop stricte un hôpital avec une usine sidérurgique ou une raffinerie pétrochimique, ce qui pourrait apparaître choquant pour beaucoup, force est de constater comme Guillaume (1993) que "la logistique entre en force dans les hôpitaux". La gestion des flux de matières et des stocks est particulièrement étudiée. Brayda, ingénieur, chef de projet en organisation logistique à la direction des équipements de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, déclare de manière significative : "l'hôpital ne peut plus vivre aussi richement qu'il y a quelques années. Or, comme il n'est pas question de diminuer la qualité des soins, il convient de trouver des économies ailleurs. Les services généraux représentent 13 % en dépenses médicales et 7 % en dépenses hôtelières, soit 20 % du budget de l'Assistance Publique. Je pense que l'on peut gagner facilement 10 à 20 % de cette somme en diminuant le niveau des stocks, en harmonisant le choix des produits, en améliorant les liaisons informatiques entre l'hôpital et ses fournisseurs, en optimisant les flux"(citée par Guillaume, 1993).

Ainsi, par exemple, le CHU de Montpellier a mis en oeuvre la méthode de gestion industrielle du "juste à temps", bien connue des constructeurs automobiles. Le stock moyen représentait 13,6 millions de francs au 31 décembre 1992, soit 18 jours de consommation auxquels il convient d'ajouter un nombre égal de stocks "fantômes" plus ou moins officieux. Un système de réassortiment automatique de 450 points de livraison a été mis en place pour tous les matériels et produits qui quittent chaque jour les magasins et la stérilisation. Cette réduction de stock élimine une immobilisation coûteuse de flux financiers, limite les risques de péremption et permet des économies de personnel. Au CHU de

Montpellier, on estime que pour le seul nouvel hôpital Arnaud de Villeneuve (455 lits) il aurait fallu entre 12 et 14 agents (équivalents temps pleins) supplémentaires pour gérer ces consommables.

Un autre exemple est celui que nous avons relevé à l'hôpital cardiologique du CHRU de Lille. Auparavant, les services stockaient les valves destinées à être posées sur certains patients. Chaque matériel est relativement coûteux, environ 25 000 F. La mise en oeuvre d'un approvisionnement en flux tendus a permis d'économiser un stock de 4,5 millions de francs. Par ailleurs, comme la technologie évolue très rapidement, cette technique permet de poser en chaque occasion le matériel le plus performant. C'est un avantage au niveau de la qualité des soins.

Cette politique d'amélioration de la gestion des stocks a été complétée par une amélioration systématique des méthodes d'achat. Ainsi, le directeur général du CHRU de Lille, Grateau, déclare : "On a appris à acheter. Par exemple, dans le domaine des médicaments, le pharmacien général apporte son concours, mais ce sont des gestionnaires qui achètent afin de négocier les meilleurs tarifs. Nous sommes un des rares hôpitaux en France à fonctionner ainsi" (cité par Buyse, 1994).

Les dépenses dans le domaine hôtelier sont loin d'être négligeables. Comme le montre le schéma n° II-4, elles représentent au CHRU de Lille 15 % des coûts directs. A l'intérieur de cette catégorie des dépenses hôtelières et techniques, les dépenses des services hôteliers et de la restauration sont particulièrement importantes, comme le montre le schéma n° II-5.

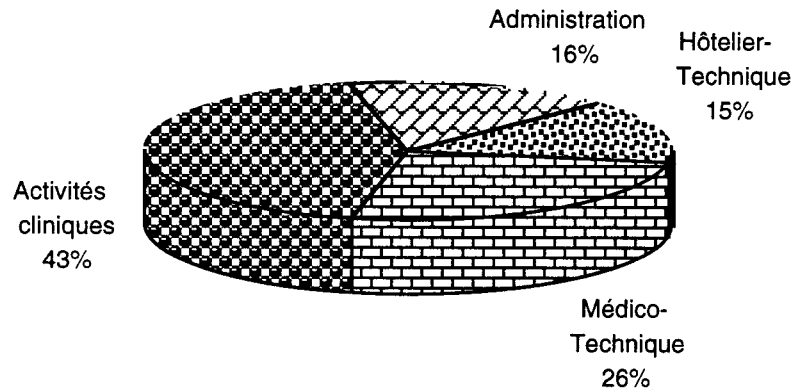


Schéma n° II-4 : Total des coûts directs par fonctions en 1992.

Source : Unité de Conseil en Gestion - C.H.R.U. de Lille

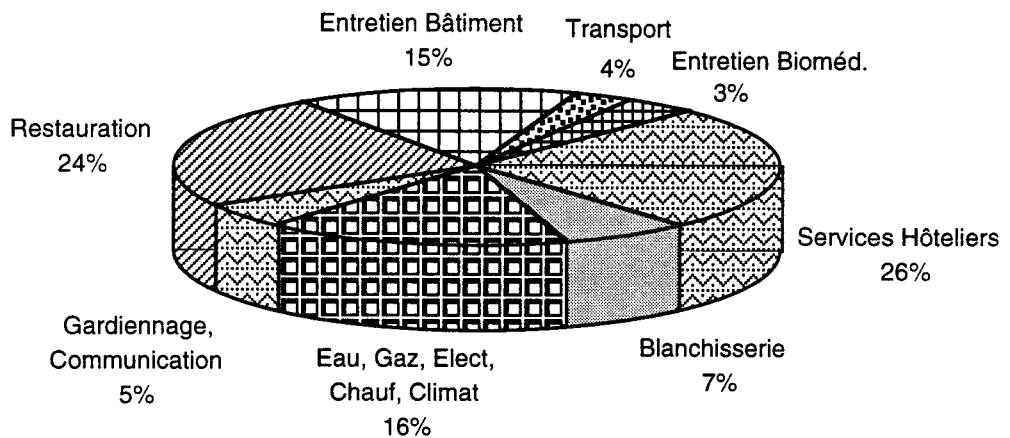


Schéma n° II-5 : Hôtelier technique en 1992,

Poids de chaque activité majeure.

Source : Unité de Conseil en Gestion - C.H.R.U. de Lille

Les établissements n'ont pas tardé à rechercher des gains de productivité dans ces domaines. Nous pouvons donner quelques exemples caractéristiques. Certains établissements ont été jusqu'à sous-traiter entièrement l'activité de restauration. D'autres, comme le CHRU de Lille, ont une activité importante dans ce domaine : plus de 2 500 000 repas servis en 1992 à partir de 7 cuisines. L'hôpital a progressivement éliminé les activités traditionnelles de cuisine (réception de quartiers de viande, de tonnes de pommes de terres, etc..., puis élaboration des mets) pour se concentrer sur une activité de simple assemblage d'éléments prêts à l'emploi. Le nombre de cuisines est progressivement réduit. La mise en service prochaine d'une seule cuisine centrale va permettre de gagner 150 postes.

Le traitement du linge fait l'objet, lui aussi, d'attention. Au CHRU de Lille, 15 tonnes de linge sont traitées par jour. Afin de réduire les coûts, l'usage de certains linges a été réduit au profit de produits jetables. Des restructurations ont permis, là encore, de gagner des postes. De plus, le CHRU réalise certains travaux de blanchisserie pour l'extérieur, ce qui lui permet de rentabiliser son outil de travail et de dégager des produits subsidiaires. Un autre exemple est fourni par l'hôpital psychiatrique Ulysse Trélat. La blanchisserie de l'établissement assurait gratuitement le nettoyage du linge de certains patients. La direction, soucieuse des charges, a décidé de sous-traiter cette activité à la charge des patients (les factures étaient réglées à partir de leur pension).

Enfin, les dépenses de téléphone nous fournissent un dernier exemple. Elles s'élèvent en 1992 au CHRU de Lille à 6,5 millions de francs dont 5 millions pour les services. L'objectif est ici de strictement les stabiliser sans même répercuter la hausse provenant du taux directeur. Le service en charge de la comptabilité analytique a mesuré les consommations par centres d'activité. Il a élaboré des normes en fonction du nombre de postes téléphoniques et des effectifs.

Les services dont la consommation excèdent la norme sont limités à ce montant. Les autres sont récompensés par un accroissement de leur budget égal à 5 % de l'écart constaté.

Ces stratégies systématiques mises en oeuvre par les directions ont permis des redéploiements internes. A chaque fois, des postes sont récupérés dans les services administratifs ou logistiques au profit des services médicaux. Comme le notent Engel, Moisdon et Tonneau (1992), "cette stratégie a évidemment ses limites (le personnel d'une blanchisserie ne part pas en bloc à la retraite, et on ne peut pas non plus le licencier), et joue donc la plupart du temps sur des effectifs faibles, mais permet partiellement le développement médical de l'établissement". Les possibilités de changement d'intitulé des postes vacants restent toutefois ouvertes. Ainsi, par exemple, le service de traitement des maladies du sang du CHRU de Lille avait un manque de 18 postes qui a pu être résorbé grâce à un transfert à partir des services administratifs. Cet exemple n'est pas isolé. Le même CHRU de Lille souhaite passer en 1994 de 46 à 65 greffes médullaires. Pour atteindre cet objectif, il lui faut 15 personnes en plus. La DRASS a signalé que l'établissement devait trouver une solution interne pour ce problème de personnel. Des effectifs budgétés mais non pourvus dans les différents services médicaux ont été redéployés à cet effet. Enfin, notons que la formation continue peut être un complément efficace pour ses redéploiements. Ainsi une partie des 150 personnes affectées par la réorganisation des cuisines au CHRU sont en formation pour devenir aide-soignants.

3) L'amélioration de la politique financière.

Les taux d'intérêt élevés qui ont marqué les années 80 ont fortement accru les montants de charges financières supportées par les hôpitaux. La baisse des taux qui a suivi et surtout la forte décline des taux d'inflation ont très largement sensibilisé les responsables financiers des hôpitaux aux risques inhérents aux fluctuations des taux d'intérêt. Ils ont trouvé dans ce domaine des sources non négligeables d'économies faciles à mettre en oeuvre. De nombreux établissements n'ont pas manqué de renégocier les taux d'intérêt à taux fixe élevés qu'ils avaient dû accepter dix ans auparavant. Ainsi, et à titre d'illustration, un responsable financier du CHRU de Lille évalue à environ 100 millions de francs les gains possibles dans le cadre d'une renégociation particulière. Le CHRU s'est orienté progressivement vers une gestion active de sa dette. Dans un premier temps, il a modifié la proportion de dettes à taux fixe et de dettes à taux variable en fonction des opportunités du marché. Dans un deuxième temps, il s'est orienté vers l'utilisation de produits dérivés tels que les contrats de swaps.

Comme les entreprises privées, les hôpitaux ont été conduits à gérer au mieux leur trésorerie. On peut distinguer trois grands types d'initiatives :

- améliorer le recouvrement des créances,
- saisir des escomptes intéressants auprès des fournisseurs,
- mettre en place une trésorerie zéro.

L'amélioration du recouvrement des créances peut avoir deux effets positifs. D'une part, elle réduit le montant moyen des sommes immobilisées. D'autre part, elle diminue sensiblement le montant des sommes jamais recouvrées. Par exemple, le CHRU de Lille a mis en oeuvre un audit qui a permis d'analyser chaque

procédure de l'admission à la sortie du patient. Suite à cette analyse, a été mis en place avec le service de gestion des malades un guide de consignes. Cette action a été renforcée par des formations au niveau de l'accueil. Les résultats ne sont pas toujours immédiats, ce travail a commencé en 1991 et ce n'est qu'en 1993 que les premiers dividendes ont été perçus. Ainsi, les créances irrécouvrables qui étaient d'environ 20 millions de francs chaque année en 88, 89, 90, sont passées à 12 millions en 93.

Un autre domaine d'amélioration des relations avec les tiers est celui des fournisseurs. Bien évidemment, l'hôpital est soumis dans ce domaine aux obligations de la comptabilité publique. Les marchés d'un montant supérieur à 300 000 F font l'objet d'un appel d'offres. Les dépenses suivent le cycle engagement, mandatement et paiement par la trésorerie principale. Ceci n'interdit pas une gestion active des comptes fournisseurs. Par exemple, le CHRU de Lille a obtenu de certains fournisseurs importants des escomptes pour les règlements en moins de 30 jours après réception de la facture. Pour atteindre cet objectif, un circuit de paiement rapide a été mis en place en liaison avec la trésorerie. Schématiquement, ce circuit rapide se présente de la manière suivante. Le gestionnaire du service des approvisionnements dépose lui-même le dossier concerné au service du mandatement. Le mandatement est traité en priorité et une personne du service va déposer elle-même ce mandatement à la trésorerie. Le trésorier principal a été, par ailleurs, convaincu de l'intérêt de la démarche et apporte la collaboration de ses services.

La mise en oeuvre d'une gestion de trésorerie zéro pose des problèmes particuliers à l'hôpital, non seulement à cause des procédures spécifiques, mais aussi à cause de l'obligation de maintenir un solde positif sur le compte de l'établissement ouvert au trésor. Les gestionnaires de trésorerie ont vite constaté que des excédents trop importants maintenus sur leur compte étaient fort coûteux en

opportunité, surtout dans des périodes de taux d'intérêt élevé. Pour réduire ces désagréments, ils ont mis en place des systèmes de prévision de leurs flux de trésorerie en valeur. Nous présentons ultérieurement les budgets de trésorerie qui sont élaborés à cet effet. Notre propos est ici de mettre en évidence les gains financiers qui ont été réalisés. Le solde de la trésorerie de l'hôpital connaît des fluctuations quotidiennes. Si les différents services communiquent l'information nécessaire, il est possible pour le trésorier de prévoir l'évolution de son solde. En fonction des opérations de financement par emprunts, ce solde peut être largement positif. C'est par exemple, le cas fin 1993 au CHRU de Lille, comme l'illustre le schéma n° II-6.

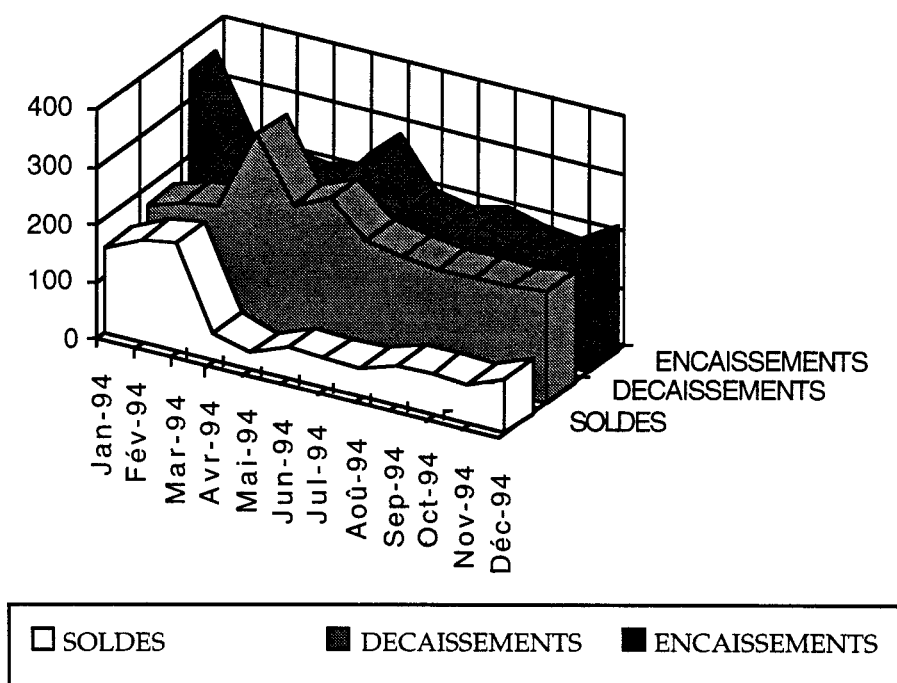


Schéma n° II-6 : Exemple d'une évolution de la position de trésorerie cumulée.

L'hôpital conserve la possibilité de placer des fonds si ces derniers ne proviennent pas de l'État. Par exemple, au CHRU de Lille, début 1994 un emprunt important a été réalisé pour financer la construction de l'hôpital "mère-enfant". Une partie des fonds reste encore disponible, ils ont été placés par l'intermédiaire de la trésorerie auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations. Ces placements sont générateurs de produits financiers.

Une autre technique est aussi souvent proposée pour atteindre l'objectif de trésorerie zéro. Une partie du financement par emprunts est alors réalisée sous la forme de crédits de trésorerie. Ces lignes ont l'avantage de pouvoir être mobilisées chaque jour en fonction des besoins. Le compte au trésor est juste alimenté pour ne laisser apparaître qu'un solde légèrement positif. Les charges financières sont ainsi efficacement minimisées.

En conclusion, nous pouvons constater que tous ces gains d'efficacité recherchés par les directions hospitalières concernent avant tout les logistiques techniques, hôtelières et financières. Ils peuvent être réalisés sans affecter les pratiques du corps médical. Ces améliorations de gestion conduisent les directeurs à mettre en oeuvre à l'hôpital de nouveaux outils de gestion. Pour certains d'entre eux, le cadre général a été fixé par la tutelle qui, en cette matière, n'a pas pu faire preuve de patience. On aurait pu croire que l'initiative locale serait un moteur suffisant d'innovation en matière de management, surtout quand les besoins se manifestaient. Le ministère n'a pas pu s'empêcher d'être prescripteur en la matière. Ainsi sont apparues des obligations en matière de comptabilité analytique, les TAPAM (tableau prévisionnel

d'activité et de moyens) et autres outils de suivi comme la statistique H80. D'autres outils ont échappé aux exigences formelles de la réglementation, c'est le cas des budgets et des plans de trésorerie.

III - DES OUTILS COMPTABLES MIEUX ORIENTÉS VERS LA MESURE DE L'EFFICACITÉ INTERNE.

Tout particulièrement au cours de ces dix dernières années, se sont développés au sein de l'hôpital public un certain nombre d'outils comptables ou statistiques qui appartiennent traditionnellement au domaine du contrôle de gestion : éléments de budgets, indicateurs propres aux tableaux de bord, calcul de coûts... Cet ensemble n'est encore ni suffisamment développé, ni suffisamment cohérent pour qu'on puisse parler réellement de contrôle de gestion. De plus, ils n'ont pas été tous, loin s'en faut, développés à l'initiative d'administrations hospitalières soucieuses de l'efficacité de leur gestion. Dans de nombreux cas, ils sont le résultat d'obligations légales ou réglementaires et répondent principalement au souci de contrôle des coûts de la part de la tutelle. Ce panorama laisse une impression générale d'initiatives largement encore inachevées, d'impulsions diverses et parfois contradictoires, d'un chantier énorme et ouvert en de multiples points. Tout en simplifiant la présentation, il nous semble possible de dégager trois voies de progression. D'abord, nous rappelons l'évolution des instruments de suivi et de programmation de l'activité hospitalière. Ensuite, nous nous attachons à l'étude des développements en matière de contrôle des coûts et de contrôle budgétaire. Enfin, nous nous attachons à rendre compte des instruments de suivi et de planification des flux financiers.

1) Suivi et programmation de l'activité.

Dès la fin des années 70, l'administration centrale a ressenti le besoin de développer un système d'information sur l'activité des hôpitaux. Des cellules d'analyse de gestion sont progressivement apparues au sein des établissements. Le décret du 11 août 1983 a précisé que l'activité réalisée au sein de chaque centre de responsabilité devait être mesurée au moyen d'indicateurs habituels (entrées, journées, lits occupés, etc...). L'élaboration de ces informations n'a pas été aussi aisée que le laisse supposer le caractère simple et rustique de ces indicateurs (par exemple, comment définir l'hospitalisation de jour par rapport aux consultations externes ; qu'entend-on par lit, autorisé, construit, ouvert ?). Aujourd'hui encore, la statistique H80 en fournit la meilleure illustration. Remarquons que ce document récapitule pour chaque établissement l'activité de ses principaux services. Son origine provient d'une obligation fixée de manière détaillée par l'administration centrale. Ce document procure à la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) et au ministère, une fois par an, des statistiques par service, sur les lits, les entrées, les sorties, les journées, les séances. Il permet aussi de suivre l'activité des services médico-techniques : nombre d'exams de laboratoire, nombre d'interventions par bloc opératoire, nombre d'actes de radiologie et d'imagerie...Le document fournit également un inventaire des moyens. Il propose enfin un suivi du personnel médical et non médical.

Ce document H80 est appelé à être remplacé par la SAE (statistique annuelle des établissements). Les informations supplémentaires contenues dans la SAE porteront en particulier sur les équipements lourds et l'activité qui s'y rapporte. Elle permettra aussi de mieux rendre compte d'activités particulières comme la gynécologie

sociale et les interruptions volontaires de grossesse, ou encore les dialyses en cas d'insuffisance rénale. Ce suivi annuel d'activité, la statistique H80, est déjà complété par des enquêtes semestrielles d'activité (lits, entrées, journées) et des enquêtes trimestrielles de conjoncture à l'attention de la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale (DRASS). La SAE sera, elle aussi, complétée par des enquêtes réalisées en cours d'année pour le ministère.

Afin de mieux allouer ses moyens et pour déployer ses efforts efficacement, un établissement ne peut pas se contenter de suivre après coup l'évolution de son activité. Il doit être capable d'anticiper les évolutions à venir. Le décret du 11 août 1983 impose pour chaque centre de responsabilité l'élaboration de prévisions en collaboration avec les médecins. En dehors des cas particuliers d'activités nouvelles que nous allons aborder dans le cadre du chapitre III, ces prévisions d'activité apparaissent essentiellement comme le fruit du travail des administratifs lorsqu'ils élaborent le budget global. Elles représentent des hypothèses probables d'évolution. Il est d'ailleurs bien souvent très difficile d'anticiper les fluctuations d'activité à des niveaux relativement désagrégés. A titre d'exemple, nous pouvons citer ce que rapporte la directrice d'un hôpital cardiologique : "l'activité apparaît très variable, on ne domine pas nos flux. Cette année, on a moins de chirurgie cardiaque et on ne sait pas pourquoi". Ce genre de difficulté n'apparaît pas exceptionnel et permet de comprendre pourquoi les responsables hospitaliers se contentent d'évaluer très empiriquement l'évolution de leurs activités. Nous pouvons citer à titre d'exemple des propos rapportés par Ducrocq (1990) : "on a peu de chance de se tromper : on travaille avec des moyennes de temps (les variations saisonnières sont gommées), d'espace et de spécialisation (les variations entre unités fonctionnelles sont ignorées)".

Ces difficultés pratiques rendent quelque peu perplexe lorsqu'on se reporte à des obligations qui ont été formulées au début des années 80 et qui n'ont d'ailleurs guère été suivies. A partir du budget 1986, les délibérations du conseil d'administration auraient dû s'appuyer sur un tableau prévisionnel d'activité et de moyens (TAPAM) par centre de responsabilité. L'administration centrale avait, par des circulaires, proposé un modèle type de document. Elle laissait toutefois les hôpitaux libres de les adapter en fonction de leurs besoins... Par exemple, le tableau devait comporter pour chaque centre de responsabilité un récapitulatif et des prévisions sur l'activité (entrées, journées, coefficient d'occupation, consultations, actes...). Un descriptif des moyens, effectifs et prévus, concernait le personnel médical, le personnel non médical, les actes consommés (nombres de lettres clefs, B, Z, K...), les consommations en médicaments ou en petit matériel. Enfin, des statistiques de densité devaient compléter le tout : par exemple, nombre de vacations de médecins par entrée, effectif présent par journée, consommations par entrée, nombre de coefficients B par entrée, etc...

Au niveau du reporting des activités réalisées, la norme administrative reste toute puissante comme l'illustre par exemple la H80 ou la SAE. Lorsqu'on aborde le domaine de la prévision, les choses apparaissent toutes différentes. Il est piquant de relever que l'autorité administrative n'a pas pu s'empêcher d'essayer de réglementer et d'encadrer la production d'information. Les difficultés pratiques ont certainement eu largement raison de bon nombre de ses ambitions. Il ne faut pas pour autant en conclure qu'elles sont totalement stériles. L'information prévisionnelle n'est pas totalement absente des documents de gestion des hôpitaux. A titre d'exemple, le tableau de bord de suivi des activités élaboré par le CHRU de Lille contient pour certains indicateurs des éléments prévisionnels. Nous présentons ci-après un extrait du tableau de bord de suivi des activités d'un hôpital du CHRU de Lille, relatif au mois de décembre 1993.

INDICATEURS GENERAUX

ACTIVITÉ CUMULÉE				
1993	1992	93/92	Prévu	93Prévu

	1993	1992	93/92	Prévu	93Prévu
NOMBRE D'ENTRÉES	10631	10980	-3.18%	11189	-4.99%
NOMBRE DE JOURNÉES	79236	84052	-5.73%	81700	-3.02%
NOMBRE DE SÉANCES	927	846	9.57%	1080	-14.17%
CONSULTATIONS EXTERNES	22838	22726	0.49%		
CONSULTATIONS INTERNES					
DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR	7.48	7.67	-0.19		
DURÉE MOYENNE D'HOSPITALISATION	9.82	10.16	-0.34		

ACTIVITÉ MENSUELLE				
1993	1992	93/92	Prévu	93Prévu

	1993	1992	93/92	Prévu	93Prévu
NOMBRE D'ENTRÉES	824	799	-3.13%	897	-8.14%
NOMBRE DE JOURNÉES	6878	6350	8.31%	6360	8.14%
NOMBRE DE SÉANCES	90	94	-4.26%	85	5.88%
CONSULTATIONS EXTERNES	1628	1760	-7.50%		
CONSULTATIONS INTERNES					
DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR	8.37	7.96	-0.41		

En conclusion, la prévision d'activité a été réappropriée par les acteurs internes de l'hôpital.

2) Calcul des coûts et contrôle budgétaire.

L'élaboration d'une comptabilité analytique apparaît comme le passage obligé pour la mise en oeuvre d'une gestion plus efficace des activités. Ici encore, il est intéressant de constater qu'obligation réglementaire et initiative autonome s'entremêlent et permettent de mieux comprendre le développement de cet outil à l'hôpital. Nous allons aborder successivement le problème de la mesure des coûts et celui du contrôle budgétaire.

Jusqu'en 1983, l'hôpital avait l'obligation de calculer un prix de journée. La feuille de répartition et d'imputation était le document central qui permettait d'élaborer ce qui pouvait être considéré comme un tarif. Ce qui peut apparaître comme les prémices d'une comptabilité analytique avait donc une orientation bien particulière. Ce système s'est progressivement perverti avec l'encadrement de la progression du prix de journée. Utilisé à rebours, il permettait de justifier ex post le résultat imposé. Les changements de 1983 vont achever cette évolution en retirant pratiquement tout son rôle au prix de journée. L'hôpital n'avait plus besoin de comptabilité orientée vers la tarification, il lui fallait une comptabilité de gestion qui lui permette d'optimiser l'usage de ses ressources. Dès 1985, le ministère définit le cadre d'une nouvelle comptabilité analytique hospitalière. Il fut revu en 1988 et devint obligatoire en 1989. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a rappelé l'obligation d'évaluer les activités et de mettre en place le PMSI (Programme de médicalisation du système d'information). Le but recherché est de pouvoir associer coûts et indicateurs d'activité médicaux.

La comptabilité analytique des établissements hospitaliers a pour objectif d'agréger les coûts directement contrôlables par grandes

fonctions de production. A cette fin, elle propose un découpage de l'hôpital en quatre grandes fonctions : administration, services hôteliers et techniques, services médico-techniques et services cliniques. Ces quatre grandes fonctions sont elles-mêmes subdivisées en 27 activités majeures.

<u>4 fonctions</u>	<u>27 activités majeures</u>
Services d'administration	: - Direction générale - Gestion du personnel - Gestion économique - Gestion des malades - Écoles
Services hôteliers et techniques	: - Hébergement - Restauration - Entretien - Transport
Services médico-techniques	: - Pharmacie (et stérilisation) - Laboratoires d'analyses biologiques - Bloc opératoire, anesthésie - Imagerie - Radiothérapie - Rééducation - Transfusion sanguine - Autres services médico-techniques
Services cliniques	: - Hospitalisation court séjour médecine - Hospitalisation court séjour chirurgie - Hospitalisation court séjour gynécologie-obstétrique - Urgences chirurgicales et médicales - Consultations - Services psychiatriques - Hospitalisation moyen séjour - Hospice et maison de retraite - Long séjour - Autres activités

Ces deux niveaux de découpage sont obligatoires pour tous les hôpitaux. Cette classification commune doit permettre: - d'apprécier le poids et la performance d'une activité au sein de l'établissement, indépendamment de sa structure organisationnelle, - de comparer les

coûts de chaque activité majeure entre établissements. C'est une information sans conteste utile pour la tutelle dans le suivi des différents hôpitaux. Toutefois, même si ce découpage est parfaitement standardisé, il ne garantit pas une information totalement homogène. Les zones de flottement dans le reclassement des coûts sont encore nombreuses.

La structure analytique peut être affinée au-delà des deux niveaux obligatoires cités ci-dessus. Les guides méthodologiques de la comptabilité analytique des établissements hospitaliers offrent la possibilité de définir quatre niveaux supplémentaires de découpage. Ces niveaux sont facultatifs et laissés au libre choix des établissements. Les activités majeures peuvent ainsi se décomposer en sections d'analyse de niveau 3 qui se décomposent elles-mêmes en sections d'analyse de niveau 4, puis 5, puis 6. Notons que dans le cas particulier du CHRU de Lille, le niveau le plus fin utilisé est celui de la section d'analyse de niveau 5. Le tableau n° II-3 fournit un exemple d'organisation de comptabilité analytique. Au CHRU de Lille, on compte 200 sections d'analyse de niveau 5.

Il convient à ce stade de mentionner que le schéma de comptabilité analytique d'un établissement ne peut pas être élaboré indépendamment de la gestion budgétaire. Il est bon de se référer dans ce domaine au courant de réformes de la gestion déjà présent dans la loi du 31 décembre 1970 et réaffirmé par le décret du 11 août 1983. Au-delà de la volonté de mieux contrôler le financement, apparaissait le souci d'associer médecins et administratifs à la gestion de l'hôpital. S'inspirant des principes de la direction par objectifs et souhaitant les acclimater à l'hôpital public, le décret du 24 mars 1978 posait le principe de l'instauration de budgets par service. Ce point fut repris par le décret du 11 mars 1983 qui instituait le principe d'objectifs par centre de responsabilité. Les centres de responsabilité concernent tout autant les unités médicales, médico-techniques, logistiques ou administratives.

	NIVEAU 1 FONCTIONS	NIVEAU 2 ACTIVITÉS MAJEURES	NIVEAU 3 ACTIVITÉS	NIVEAU 4 ACTIVITÉS	NIVEAU 5 ACTIVITÉS ÉLÉMENTAIRES
ÉTABLISSEMENT PUBLIC D'HOSPITALISATION (entité juridique)	ADMINISTRATION	Direction Générale Gestion du Personnel Gestion économique Gestion des malades Écoles			
	SERVICES HÔTELIERS ET TECHNIQUES	Hébergement Restauration Entretien Transport			
	SERVICES MÉDICO- TECHNIQUES	Pharmacie et stérilisation Laboratoires d'analyse médicale biologique Blocs opératoires et anesthésiologie Imagerie Radiothérapie Rééducation Transfusion sanguine Autres services médico-techniques		-Médecine générale non orientée ----->	-Médecine interne -Maladies infectieuses -Médecine gériatrique -Médecine générale
	SERVICES CLINIQUES	Hospitalisation court séjour médecine -----> Hospitalisation court séjour chirurgie Hospitalisation court séjour Gynéco-obstétrique Urgences chirurgicales et médicales Consultations Services psychiatriques Hospitalisation moyen séjour Hospice et maison de retraite Long séjour Autres activités	-Médecine générale -----> -Pédiatrie -Spécialités médicales -Réanimation et surveillance continue médicale et polyvalente	-Médecine générale orientée ----->	-Médecine générale orienta- tion appareil circulatoire -Médecine générale orienta- tion appareil respiratoire -Médecine générale orienta- tion appareil digestif -Médecine générale autres orientations

←----->
NIVEAUX OBLIGATOIRES

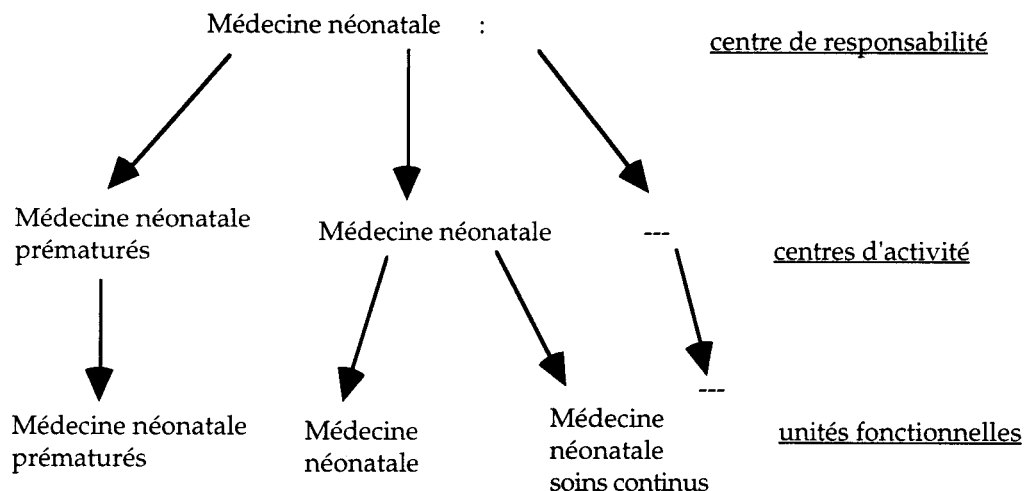
←----->
NIVEAUX FACULTATIFS

Tableau n° II-3 : Schéma général d'organisation comptable :
Les cinq niveaux de regroupement analytique au CHRU de Lille
(à partir du niveau 3, seul l'exemple de la Médecine Générale est représenté ici)

Pour le domaine médical, le découpage minimal qu'un établissement peut adopter est le découpage traditionnel en services. La notion de service fut fortement contestée lorsqu'en 1984 la départementalisation fut introduite. Cependant, la loi du 24 juillet 1987 marqua un retour à la notion de service comme centre de responsabilité. L'expérience de la départementalisation laissa quelques traces. Certains services qui avaient appris à collaborer ou qui souhaitaient collaborer ont pu, sur la base d'un volontariat, constituer un département, centre de responsabilité. Par exemple, au CHRU de Lille, trois services de neurochirurgie se sont regroupés en un seul département. Pour résumer, un centre de responsabilité à l'hôpital se caractérise par l'unicité de sa direction, la stabilité des moyens dont il dispose et la nature des activités qu'il traite. Il apparaît dès lors comme un niveau essentiel de déconcentration de la gestion budgétaire.

Ce découpage de l'hôpital, à des fins de gestion budgétaire, a été poursuivi à deux niveaux supplémentaires. Un centre de responsabilité peut être décomposé en un ou plusieurs centres d'activité. Par exemple, le service des urgences du CHRU de Lille se décompose en cinq centres d'activité : porte-accueil, urgences chirurgicales, urgences médicales, urgences bloc opératoire et neuroradiologie. Un autre exemple est donné par le service de cardiologie A spécialisé dans les troubles du rythme et l'insuffisance cardiaque. Ce service se décompose en quatre centres d'activité : hospitalisation, examens spécialisés, recherche et rythmologie. Mais il se peut aussi qu'un centre de responsabilité ne contienne qu'un seul centre d'activité. C'est, par exemple, le cas pour le service de chirurgie adultes ouest B. Un centre d'activité doit avoir une activité homogène et mesurable à laquelle sont affectés des moyens en personnel et en équipement, des crédits et des dépenses. Ces consommations logistiques ou médico-techniques doivent pouvoir être identifiées et quantifiées.

Un découpage plus fin des centres de responsabilité peut être établi en unités fonctionnelles. Les centres d'activité peuvent comprendre une ou plusieurs unités fonctionnelles. Un exemple nous est fourni par le service de médecine néonatale du CHRU de Lille.



Le CHRU de Lille est divisé en 260 services ou centres de responsabilité (dont 152 services médico-techniques et cliniques), eux-mêmes divisés en 570 centres d'activités (dont 302 centres médico-techniques et cliniques) et 1200 unités fonctionnelles (dont 582 unités médico-techniques et cliniques). L'ensemble de ces découpages n'est pas utilisé dans la gestion des coûts. Par exemple, au CHRU de Lille, les unités fonctionnelles des services médicaux ne concernent que les chaînes de gestion des malades. Les applications comptables ne reconnaissent que le seul niveau des centres d'activité. Ce n'est donc qu'à ce stade que peut s'exercer un contrôle budgétaire.

Avant d'apprécier les possibilités d'utiliser effectivement cette information budgétaire à des fins de gestion, nous allons mettre en évidence les liens qu'entretiennent au sein de la comptabilité analytique les deux découpages évoqués, celui relatif aux fonctions, activités majeures et sections d'analyse et celui relatif aux centres de

responsabilité, centres d'activité et unités fonctionnelles. Le dispositif prévoit qu'une unité fonctionnelle ne puisse concerner qu'une seule section d'analyse, afin qu'aucune ambiguïté n'apparaisse dans l'affectation des coûts et que le recours à des clés de répartition arbitraires soit évité. Au CHRU de Lille, la solution mise en oeuvre a été de ne retenir que des sections d'analyse de niveau 5 qui regroupent chacune un ou plusieurs centres d'activité. Le CHRU de Lille est composé lui-même de plusieurs hôpitaux qui forment les centres de gestion. Aussi peut-on représenter schématiquement les deux structures de décomposition et leurs liens de la manière suivante :

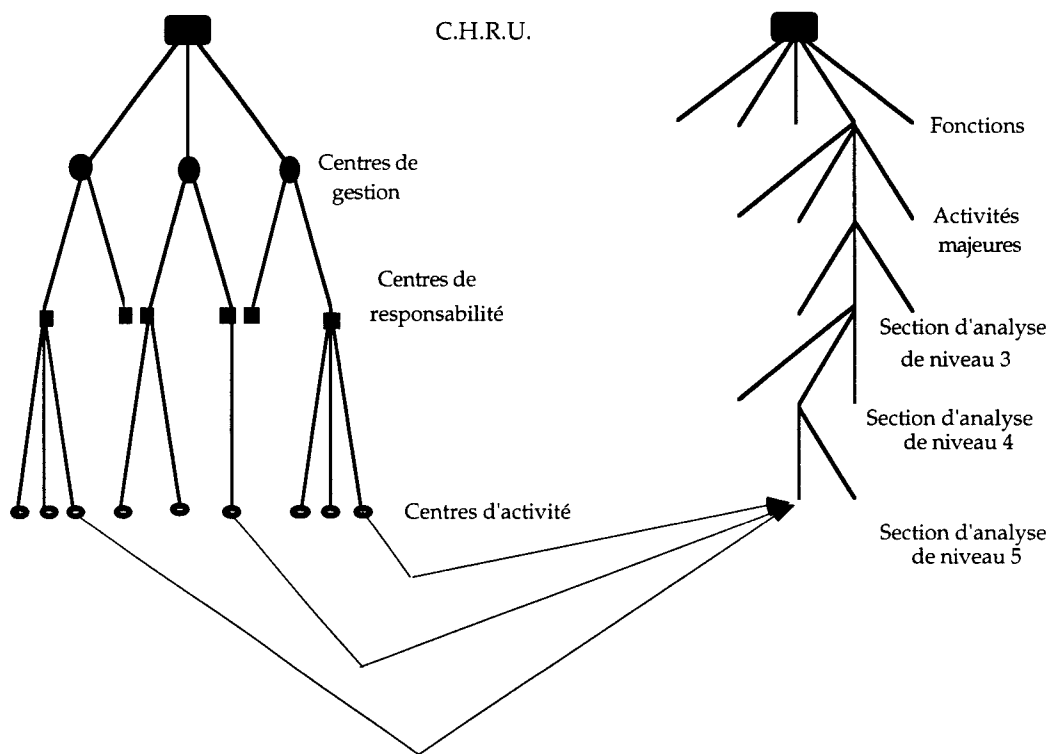
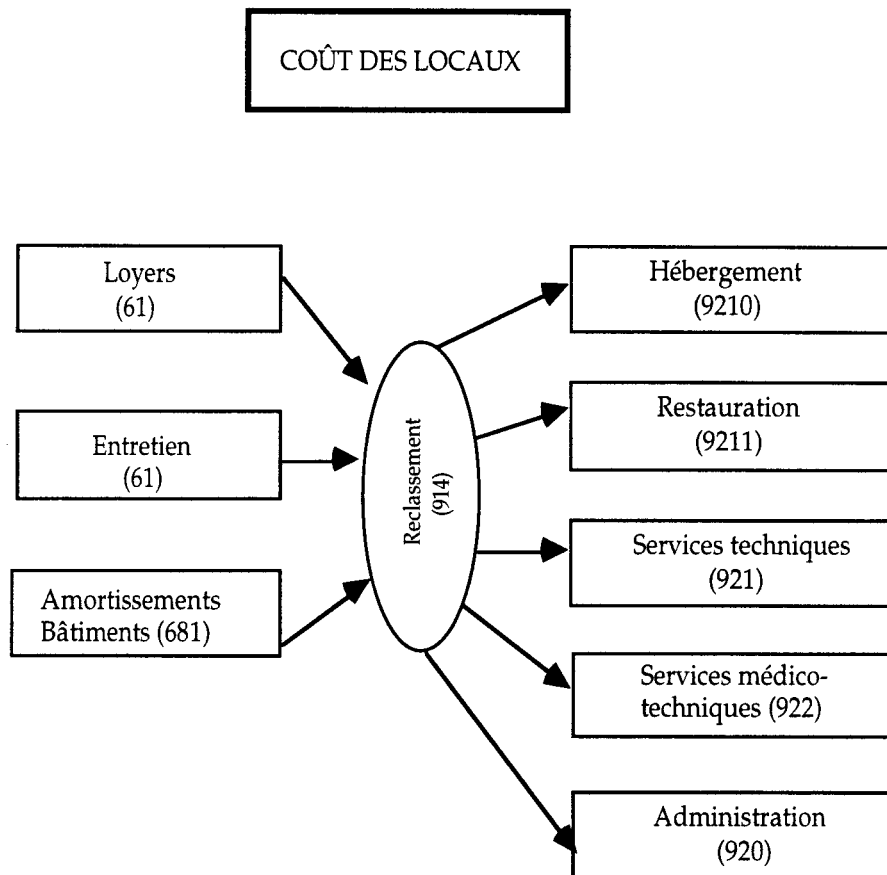


Schéma n° II-7 : Concordance entre structure budgétaire et structure analytique.

Le deuxième objectif fixé à la comptabilité analytique par le ministère est celui du calcul d'un coût par Groupe Homogène de Malades (voir chapitre I). Dès à présent, nous pouvons constater que le système d'affectation des coûts ne possède pas encore dans le cadre du CHRU de Lille la finesse nécessaire. En effet, le centre d'activité n'accueille pas nécessairement un seul GHM. Ce développement ultérieur nécessitera l'identification et la valorisation des consommations par séjour. Le système d'information devra alors être orienté vers le patient au niveau de l'unité de soins. L'utilisation de ces informations sera abordée au chapitre VI. Les utilisations actuelles de cette information comptable sont de deux catégories. D'une part, il s'agit de renseigner la tutelle sur les coûts des activités majeures. D'autre part, l'administration hospitalière dispose pour son propre usage d'une estimation des coûts par centre de responsabilité, qui autorise un premier contrôle budgétaire.

Les établissements hospitaliers ont l'obligation de transmettre chaque année un tableau de synthèse par activité aux autorités de tutelle, afin de justifier l'allocation et l'emploi des crédits octroyés. Le principe général d'élaboration de ces informations est le suivant. Aux consommations directement affectées (pharmacie, fournitures, petit matériel médico-chirurgical,...) sont ajoutées les dépenses directes non affectées mais qui font l'objet d'une ventilation (gaz médicaux, produits sanguins, amortissement des équipements,...). Certaines dépenses spécifiques sont affectées à des activités particulières, comme l'alimentation à la restauration, les carburants au transport, les intérêts d'emprunts à la direction financière. Interviennent ensuite les coûts dits harmonisés. Ils concernent à la fois les locaux et le personnel. Pour tenir compte des différences d'ancienneté et donc de coût, on préfère calculer pour le personnel des coûts moyens par groupe de grades répartis en fonction des effectifs. Pour les locaux, les amortissements, les charges d'entretien des bâtiments et les coûts de location sont répartis aux prorata des surfaces

utilisées, en distinguant cinq types d'utilisateurs (hébergement, restauration, services techniques, services médico-techniques et administration) (voir tableau n° II-4).



M² Cliniques et Hébergement versés sur activité Hébergement
 M² Médico-techniques versés sur activités Médico-techniques
 M² Services techniques versés sur activités Techniques
 M² Restauration versés sur activités Restauration
 Les autres M² sont déversés sur la Direction générale (Finances)

Tableau n° II-4 : Règles d'affectation des charges.

Source : CHRU de Lille

Enfin, pour cerner l'ensemble des coûts contrôlables, sont déversées les charges induites par les activités au prorata de leurs

consommations. C'est le cas pour la biologie, l'imagerie, la stérilisation, l'entretien biomédical, les blocs opératoires, l'anesthésiologie, la rééducation fonctionnelle et les explorations fonctionnelles. Le schéma n° II-8 illustre le processus général de calcul des coûts directs par activité majeure. Notons, par ailleurs, que les coûts de certaines activités peuvent être diminués du montant des prestations réalisées pour le compte de l'extérieur. Par exemple, si l'hôpital cède des produits pharmaceutiques, on procède à la déduction des ventes diminuées des marges éventuelles.

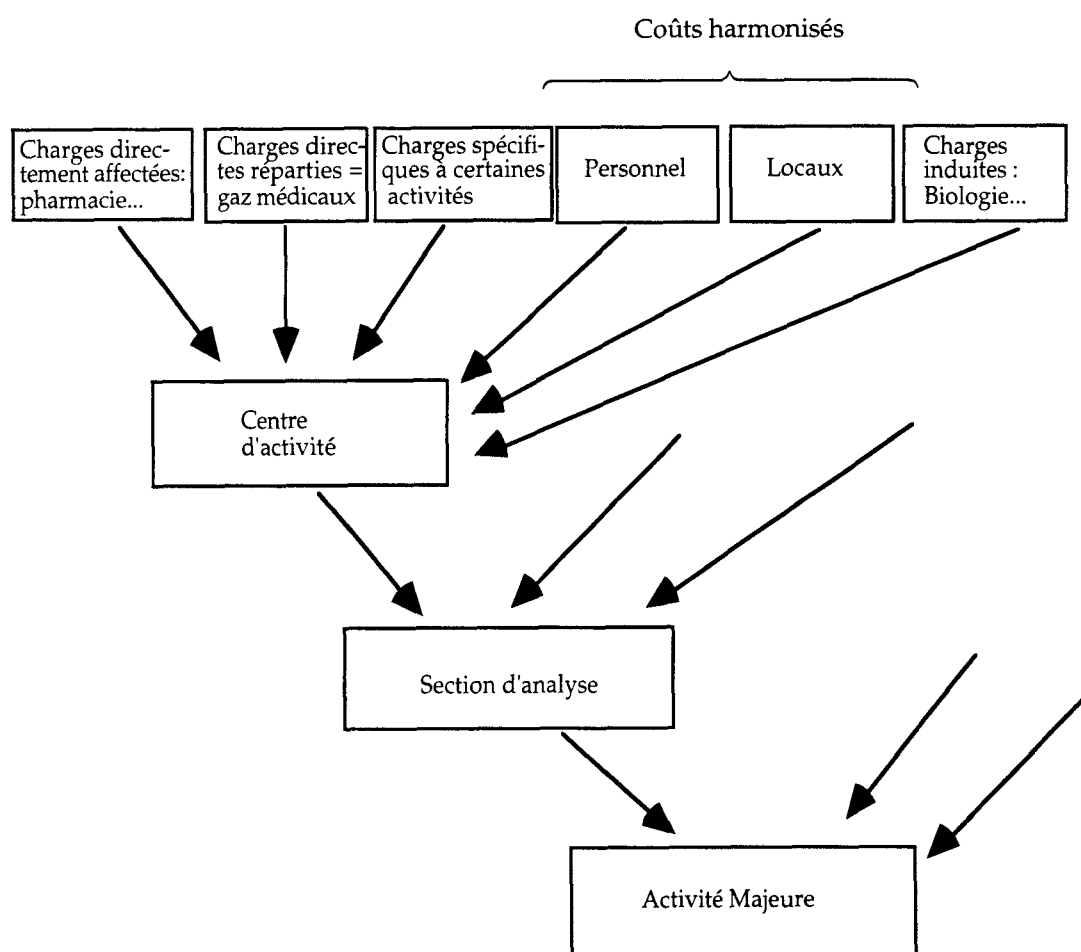


Schéma n° II-8 : Processus général de calcul des coûts directs.

Cette procédure de calcul nécessite un système d'information élaboré, ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, en 1993, le CHRU de Lille ne connaissait pas les consommations d'actes médico-techniques par service clinique. Bien que les charges induites représentaient plus de 21 % des charges incorporées, il n'était pas possible de les déverser sur les services cliniques. Les surfaces des locaux étaient estimées pour chaque activité de manière approximative et ne permettaient pas une répartition correcte des coûts. Les applications de gestion du personnel ne permettaient pas de mettre en oeuvre le principe du coût harmonisé. Les coûts calculés étaient des coûts directs. Il est clair que les systèmes en place restent très perfectibles. La direction des hôpitaux recommandait en avril 89 (guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière) l'usage de coûts préétablis pour le déversement des charges induites (afin de ne pas pénaliser le service prescripteur quand le service prestataire connaissait des problèmes d'efficacité). Le bien-fondé de cette recommandation est indiscutable. Sa mise en oeuvre est beaucoup moins évidente. L'utilisation de coûts réels, à défaut de coûts standards serait déjà un progrès...

Afin de permettre des comparaisons entre établissements, le ministère propose de rapporter les coûts totaux par activité à des mesures d'activité (par exemple, rapporter le coût total de l'activité blanchisserie au nombre total de kg de linge traité). Le choix de ces unités d'oeuvre pour rendre compte des volumes d'activité est peu évident dans de nombreux cas. Le ministère recommande lui-même l'usage de plusieurs indicateurs quand cela apparaît nécessaire, par exemple, pour les activités cliniques, l'entrée et la journée. Le tableau n° II-5 propose une liste des unités d'oeuvre retenues.

Activités	Unités d'oeuvre
Direction générale	Total charges
Gestion du personnel	Nombre de bulletins de salaire
Gestion économique	Total charges - dépenses du personnel
Gestion des malades	Entrées directes (hors séances)
Écoles	Nombre d'élèves
Services hôteliers	Mètre carré
Nettoyage	Mètre carré
Eau, gaz, électricité, chauffage	Lit ; mètre carré
Blanchisserie	Kilogramme de linge
Gardiennage	Total charges
Restauration	Nombre de repas
Entretien bâtiments	Mètre carré
Entretien bio-médical	Kilo-franc d'actif brut de matériel médical
Transports	Kilomètre parcouru
Pharmacie	Compte 9421
Stérilisation	Volume autoclavé
Laboratoires	ICR ou à défaut B
Blocs opératoires	ICR ou à défaut K
Imagerie	ICR ou à défaut Z
Radiothérapie	ICR ou à défaut Z
Rééducation	AMM
Transfusion sanguine	Chiffre d'affaires
Autres médico-techniques	ICR ou à défaut équivalent
Hospitalisation court séjour médecine	Entrées - journées
Hospitalisation court séjour chirurgie	Entrées - journées
Gynécologie	Entrées - journées
Obstétrique	Entrées, journées, + IVG
Urgences (accueil + porte)	Passage totaux, passages + journées porte
SAMU	Nombre d'appels
SMUR	Nombre de sorties
Consultations	C
Psychiatrie	File active ; journées
Moyen séjour	Journées
Long séjour	Journées

Tableau n° II-5 : Unités d'oeuvre retenues.

Source : Guide méthodologique de la comptabilité analytique
(avril 1989)

Le tableau de synthèse par activité reprend par activité majeure les coûts totaux directs par catégorie (dépenses médicales, personnel, charges induites, autres charges), le montant des unités d'oeuvre et le coût de revient unitaire. Comme le choix des unités d'oeuvre peut être contestable, l'interprétation de ces seuls ratios peut rester délicate. Aussi, le Ministère a-t'il souhaité que ce tableau de synthèse soit complété par quelques informations diverses. Ainsi, doivent figurer pour l'imagerie la liste des gros équipements ; pour l'obstétrique, le nombre d'accouchements; pour la blanchisserie, l'énergie consommée ; pour les transports, le nombre de voitures,... Le tableau n° II-6 présente le cadre type.

En sus de toutes les difficultés déjà mentionnées pour le calcul des coûts directs ou l'estimation du nombre des unités d'oeuvre, l'interprétation de l'information fournie par les tableaux de synthèse par activité présente des difficultés supplémentaires. A titre d'illustration, nous reprenons un exemple qui nous a été exposé au CHRU de Lille. Il concerne l'activité restauration. En 1992, le ratio de coût de revient s'élève à 38 F 50. L'unité d'oeuvre choisie est le nombre de repas. Mais il faut bien se garder d'en conclure que le coût de revient de fabrication d'un repas s'élève à 38 F 50. En effet, l'activité restauration comprend, dans ce cas précis, non seulement les cuisines et la technique hôtelière, mais aussi la diététique et les biberonneries. Un biberon servi est aussi un repas ! Ces unités d'oeuvre ne sont que des unités d'oeuvre d'analyse. Comme les populations traitées peuvent être différentes d'un établissement à un autre, les proportions de bébés, de malades assujettis à des régimes spécifiques peuvent différer. Dès lors, les comparaisons deviennent contestables.

Si la comparaison de ces coûts entre établissements est chose difficile, elle constitue un progrès pour la tutelle. Le calcul de coûts par centre de responsabilité peut contribuer de son côté à l'amélioration de la gestion interne. La méthode d'estimation dans ce

	GESTION DES MALADES	ÉCOLES	HÉBERGEMENT BATIMENTS
Dépenses médicales D1 Personnel D2 Autres D3 Charges induites D4 Coût de cessions à déduire D5 Total D = D1+D2+D3+D4-D5			
Unité d'oeuvre 1 Coût de revient 1	entrées directes D1/U01,D2/U01, D3/U01, D/U01	nombre d'élèves D1/U01,D2/U01, D3/U01, D/U01	mètres carrés D1/U01,D2/U01 D3/U01, D/U01
Unité d'oeuvre 2 Coût de revient 2			
% (D1+D2+D3) sur total dépenses			
Observations cessions			
Sous-traitance extérieure			
Effectifs personnel			
Informations supplémentaires spécifiques	Consultations séances, journées hôpital de jour		

Tableau n° II-6 : Tableau de Synthèse par Activité.

Source : guide méthodologie de la comptabilité analytique (avril 1989)

cas est la suivante. Les coûts directs totaux par centre d'activité sont agrégés par centre de responsabilité, puis par centre de gestion. Le schéma n° II-9 illustre la méthode.

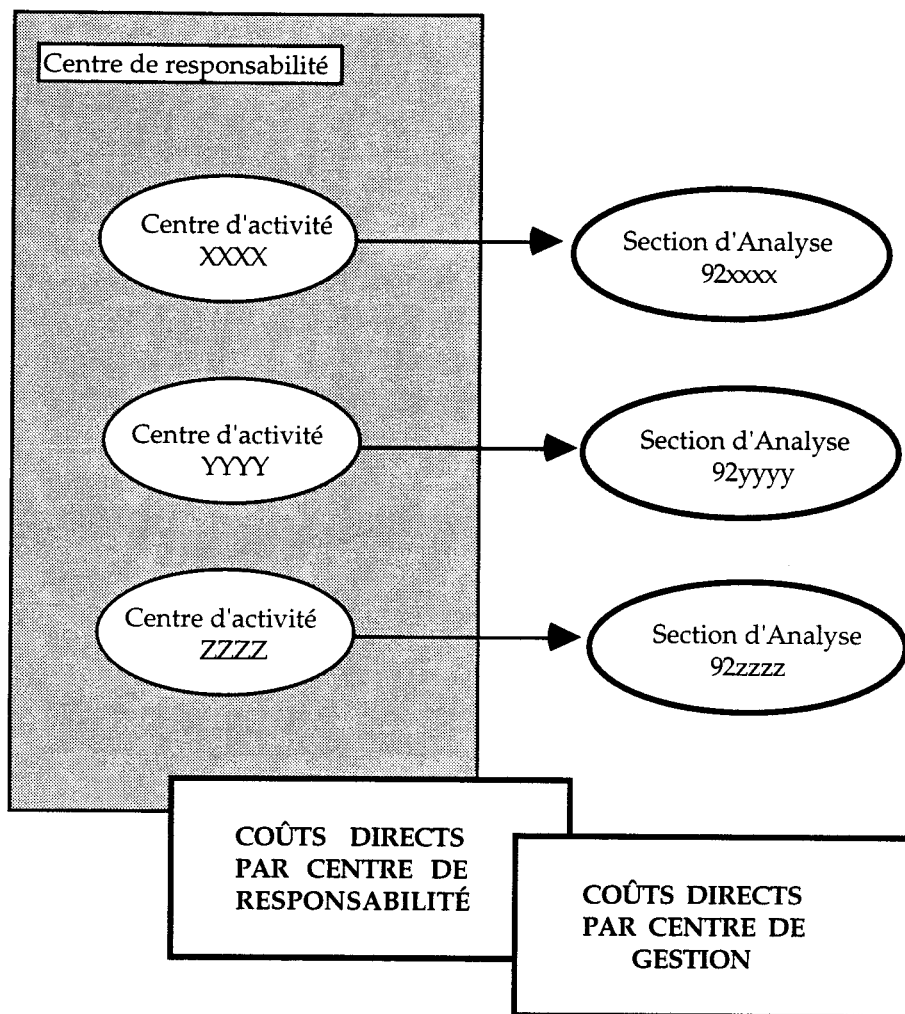


Schéma n° II-9 : Estimation des coûts par centre de responsabilité.

Source : Unité de Conseil en Gestion CHRU de Lille

Cette information a surtout l'avantage de permettre une visualisation de la répartition des coûts à l'intérieur de l'établissement. Elle permet de guider le gestionnaire dans sa recherche d'économies potentielles. En revanche, elle n'autorise pas une gestion opérationnelle des services. D'abord, son rythme de production est trop lent : annuel. Ensuite, elle ne prendrait tout son sens que si les chiffres

étaient comparés systématiquement à des éléments de budget. Or, nous avons vu au paragraphe précédent que les chefs de service étaient faiblement impliqués dans les prévisions d'activité. Ils ne sont pas, à l'heure actuelle, responsables d'un budget propre recouvrant la totalité des dépenses ici évoquées. De plus, il n'existe aucun système formalisé de sanction ou de récompense fondé sur les résultats budgétaires.

En conclusion, le développement de la comptabilité analytique à l'hôpital est encore récent. L'initiative est venue du ministère pour renseigner les autorités de tutelle. Les résultats obtenus sont encore d'une utilité limitée pour la gestion interne. Mais le plus important n'est-il pas que les hôpitaux aient été incités à développer leur système d'information, à s'interroger sur la difficulté de la mesure des coûts, à acquérir progressivement une culture en matière de comptabilité de gestion ? Le progrès le plus important est alors enregistré à l'interne.

3) Le suivi financier.

Deux remarques préliminaires s'imposent. Le domaine de la gestion financière est celui qui a été le mieux pris en charge par les établissements eux-mêmes, sans incitation ou obligation en provenance des autorités de tutelle. Le domaine financier est certainement le moins spécifique à l'hôpital, même si le mode des règlements est celui fort particulier des administrations. Sans aucun doute, c'est l'importance des gains attendus du fait du coût de l'argent et la facilité de la mise en oeuvre des outils financiers qui ont conduit

bon nombre d'établissements à emprunter des outils qui s'étaient développés dans le monde des entreprises privées.

L'optimisation d'une trésorerie, afin de minimiser les frais financiers ou de maximiser les produits financiers, exige préalablement la construction d'un ensemble de prévisions financières. Il est intéressant de constater que les hôpitaux ont repris en cette matière les trois niveaux habituels de prévision : le plan financier pluriannuel, les budgets de trésorerie mensuels et les prévisions à très court terme en valeur. Ces prévisions sont établies sur la base d'un grand nombre d'informations comptables, mais aussi intègrent diverses données sur les achats, les investissements, les prestations de service directement fournis par les services gestionnaires.

Comme dans toute entreprise, l'objectif du plan financier est de prévoir pour une durée de 4 à 5 ans les principaux flux de fonds. Il permet de programmer les opérations de financement par emprunt et de veiller à l'évolution satisfaisante du fonds de roulement. L'arrivée du plan financier à l'hôpital est cependant récente. A titre d'exemple, c'est à la fin des années 80 que le CHRU de Lille s'est doté d'un outil qui autorise des simulations financières sur une période de 4 à 5 ans.

L'étape suivante de prévision est toujours au CHRU de Lille, et à titre d'exemple, un plan annuel de trésorerie qui est établi mois par mois. A partir des budgets comptables de chaque gestionnaire (par exemple la direction des approvisionnements) et avec leur aide, sont prévus les encaissements et décaissements. Il est important, à ce stade, de bien connaître les rythmes mensuels de décaissements ou d'encaissements. Remarquons au passage que le système de la dotation globale a grandement facilité la tâche en cette matière, du fait de la régularité des versements par la caisse d'assurance maladie. La pénétration des techniques propres aux entreprises privées est certaine

à ce niveau. Une bonne illustration est l'acquisition récente par le CHRU de Lille de deux logiciels de gestion de trésorerie élaborés par la société Concept qui sont des références bien connues dans le domaine.

Le troisième et dernier niveau est celui de la gestion en valeur des comptes ouverts au Trésor. La contrainte spécifique est ici que le solde ne peut en aucun cas devenir débiteur. En dehors de cet aspect, de grandes similitudes apparaissent avec la gestion propre aux entreprises privées. Par exemple, le CHRU de Lille dispose d'un logiciel paramétré qui récupère l'information comptable, à savoir les factures liquidées, et positionne le mouvement prévu en date de valeur. Ce logiciel pointe également ce qui a été mandaté et réellement payé. Le responsable de la trésorerie connaît au jour le jour l'évolution de son solde à la trésorerie principale.

En conclusion, l'administration hospitalière, même si elle reste encore très encadrée, a entrepris au cours de ces dix dernières années l'élaboration de systèmes d'information comptable et financière. Progressivement, l'information orientée vers la tutelle se déplace vers la gestion interne. Nul doute que le besoin d'effectuer des économies et la recherche de ressources pour continuer à financer le développement des activités médicales ont constitué un puissant moteur d'évolution dans un monde où on ne pouvait plus compter autant sur le financement par la tutelle. La production d'informations comptables et son usage à des fins de contrôle apparaît suivre à l'hôpital un processus fortement institutionnalisé. A la limite du domaine de l'administration publique, on pourrait s'interroger sur l'autonomie réelle des établissements en cette matière. Sommes-nous

face à un type d'organisation où le changement est piloté de l'extérieur et où les acteurs n'ont qu'à se plier aux exigences de leur tutelle ? Peut-on trouver une place pour l'initiative interne, pour la recherche de la satisfaction d'intérêts locaux ?

Oliver (1991) offre une grille d'analyse pour ces processus institutionnels. Elle permet de développer un point de vue nuancé où ne font pas que s'opposer les tenants des théories institutionnelles (pour lesquels il faut accorder une place toute particulière au caractère acquis des règles institutionnelles, des mythes et des croyances comme faisant partie de la réalité sociale) et les tenants des théories de la dépendance vis-à-vis des ressources externes (pour lesquels les organisations cherchent à s'adapter à l'incertitude de leur environnement et gèrent activement leurs flux de ressources en privilégiant leur propre intérêt). Pour cet auteur, le processus de changement est conduit à travers un ensemble de réponses stratégiques qui empruntent tantôt à l'un, tantôt à l'autre. Pour apprécier la meilleure adéquation d'une réponse à un problème, elle propose de distinguer cinq types de conduites : l'acquiescement, le compromis, l'évitement, le défi, la manipulation. Pour expliquer le choix de l'une de ces réponses, elle propose cinq facteurs : la cause, le constituant, le contenu, le contrôle et le contexte.

Si on reprend les outils de gestion les plus anciens comme le budget, la réponse stratégique unanime est l'acquiescement. Aucun établissement ne conteste la nécessité de produire le document et de respecter un calendrier bien précis. En suivant la grille d'Oliver, on retrouve les valeurs que doivent prendre chaque facteur pour prédire l'acquiescement :

- Cause : la légitimité sociale et économique est élevée. Nul ne conteste le bien-fondé de la comptabilité publique pour un usage honnête et rigoureux des fonds.

- Constituant : qui est responsable de la pression institutionnelle exercée sur l'établissement ? Les partenaires externes sont peu nombreux en matière de comptabilité publique et on remarque le rôle important d'un acteur principal, le préfet.
- Contenu : les normes de la comptabilité publique n'offrent pas de possibilité de conflit avec les objectifs de l'hôpital, puisqu'elles visent avant tout à s'assurer d'un usage régulier des ressources.
- Contrôle : le pouvoir coercitif est élevé en cette matière. Si le budget n'est pas autorisé, il peut être établi de plein droit par le préfet.
- Contexte : l'environnement de l'activité hospitalière est hautement incertain. Dans un tel cadre, le recours à des procédures rigides est une réponse acceptable pour tous ceux qui ont l'obligation de maintenir au moins une illusion de contrôle.

La même grille d'analyse nous suggère aussi que la réponse stratégique peut différer lorsque l'objet proposé par l'environnement n'est plus le même. Il est illusoire pour les autorités de toujours compter en la circonstance sur l'acquiescement des partenaires hospitaliers. L'organisation peut choisir d'autres réponses stratégiques lorsque son environnement l'y invite. Un certain nombre d'outils de gestion (TAPAM [tableau prévisionnel d'activités et de moyens], utilisation des GHM [groupes homogènes de malades], etc...) n'ont connu que des accueils mitigés. En reprenant la même grille d'analyse, on peut ainsi suggérer :

- Cause : légitimité sociale affaiblie (la recherche d'économies se fait-elle au détriment de la santé publique ?), légitimité économique mal établie (l'outil est-il adapté, fiable ?).
- Constituant : lorsqu'il s'agit de contrôler la gestion globale (et non la seule comptabilité publique), les partenaires sont multiples. Nous avons eu l'occasion de relever la faiblesse de la coalition externe.

- Contenu : les objectifs très divers poursuivis à l'intérieur de l'hôpital ne sont pas nécessairement congruents avec ceux hétérogènes des partenaires (Ministère, Ville, Assurance Maladie, etc...).
- Contrôle : l'obligation légale s'affaiblit dans ce domaine. On est souvent dans celui de la recommandation. Par ailleurs, les innovations sont peu diffusées ; les opérations sont souvent "pilotes". La pression est faible pour les autres à les adopter.
- Contexte : il reste marqué par une forte incertitude.

En résumé, légitimité faible, partenaires multiples, cohérence faible ou modérée des objectifs, faible caractère coercitif et diffusion limitée poussent globalement à choisir d'autres stratégies : parfois le compromis, souvent l'évitement, rarement le défi. Les innovations qui ont été proposées par la tutelle n'ont jamais conduit à de véritables coups d'éclat de la part des établissements. Les mises en place se font lentes, partielles, voire elles restent différées. Parfois, de manière très subtile, il n'est pas interdit de jouer la manipulation en participant aux groupes de travail (au niveau du ministère) chargés de l'élaboration de nouveaux outils ou de nouvelles normes.

Nous touchons au terme de ce chapitre les limites du changement "organisé par le haut". La tutelle n'en est certainement pas dupe puisqu'elle a multiplié les discours en faveur de l'autonomie des établissements. Le changement est alors l'affaire d'un processus interne réapproprié par les différents acteurs de l'hôpital. C'est dans ce cadre, à nos yeux, que peut s'élaborer un véritable contrôle de gestion. C'est l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE III :

L'ÉMERGENCE D'UNE GESTION STRATÉGIQUE ET D'UN CONTRÔLE DE GESTION.

A l'intérieur d'une organisation comme l'hôpital, la mise en oeuvre d'un contrôle de gestion ne peut pas être effectuée sans se référer à des choix de stratégie. Ce lien entre stratégie et contrôle de gestion est parfaitement illustré par ces deux propositions que nous avons extraites parmi d'autres de la littérature :

"Le contrôle de gestion est le processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour appliquer les stratégies" (Anthony, 1988).

"(Le système de contrôle de gestion) c'est aussi le système qui incite chaque responsable à gérer les facteurs clés de succès dans le sens requis par la stratégie et qui lui permet de comparer le déroulement de son action aux objectifs" (Bouquin, 1986).

La présence d'une gestion stratégique apparaît donc comme un préalable au développement du contrôle de gestion. La loi du 31 juillet 1991 affirme que chaque hôpital doit établir pour une durée maximale de cinq ans un projet d'établissement qui définit ses objectifs généraux dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Le conseil d'administration doit délibérer sur ce projet. Ainsi, la nécessité pour l'établissement de se doter d'une stratégie autonome est marquée. Il faut cependant bien noter que les initiatives en matière de management stratégique ont été jusqu'à cette date peu remarquées dans le monde hospitalier. Il nous semble que cette absence est très inhibante pour le développement d'un réel contrôle de gestion.

De manière très originale, le CHRU de Lille a entamé dès 1989 la mise en place d'une réflexion stratégique. Les principaux acteurs, administratifs et médecins, ont été progressivement formés, puis conduits à élaborer des analyses, des essais de segmentation stratégique, des plans d'action stratégiques. Le CHRU de Lille constitue donc un champ d'expérimentation unique en la matière. Nous avons choisi d'y mener une étude clinique afin d'observer le développement des outils internes de gestion. Nous avons déjà eu l'occasion de nous référer à l'exemple du CHRU de Lille tout au long des développements précédents. Il constitue le coeur de l'étude qui va suivre. Peut-on affirmer que dans ce milieu où la préoccupation stratégique est présente, un véritable contrôle de gestion émerge simultanément ?

SECTION 1 : UNE GESTION STRATÉ- GIQUE EN CONSTRUCTION : LE CAS DU CHRU DE LILLE.

Nous proposons dans un premier temps de décrire notre champ d'observation clinique. Nous mettons ensuite en évidence les caractéristiques les plus saillantes de la démarche stratégique au CHRU de Lille. Et nous envisageons enfin le couplage des outils du contrôle de gestion et de la stratégie.

I - DESCRIPTION DU CHAMP D'ÉTUDE CLINIQUE.

Cette étude clinique s'est exclusivement déroulée dans le cadre du CHRU de Lille. Les observations que nous avons effectuées et les conclusions que nous avons pu tirer sont bien évidemment contingentes à cet environnement particulier. Aussi nous allons présenter tout d'abord les caractéristiques principales de cet établissement. Les enseignements qui sont tirés de cet exemple sont sans nul doute difficiles à étendre à des hôpitaux de taille différente ou dotés de spécialisations différentes comme un simple hôpital général de ville moyenne. La richesse de ce cas vient principalement de l'énergie dépensée par la direction générale pour mettre en place ici une démarche stratégique. C'est la place et le rôle de cette direction générale qui fait l'objet d'un second développement. Nous présentons

enfin notre méthode d'étude et les principaux matériaux que nous avons rassemblés.

1) Le CHRU de Lille.

Le CHRU de Lille est pour l'essentiel installé depuis 1953 dans un domaine de plus de cent hectares situé aux portes de Lille. A l'origine, il se présentait comme un bloc hospitalier absolument unique qui comprenait un hôpital clinique de 1 600 lits, qui prendra le nom d'hôpital Huriez, et une faculté de médecine pour 800 étudiants. Sur cette "cité hospitalière" se trouvait déjà l'hôpital Calmette, à l'origine consacré aux tuberculeux. La vocation pneumo-phtisiologique de Calmette est demeurée en se perfectionnant sans cesse. Des orientations nouvelles se sont rajoutées peu à peu : néphrologie (transplantation et dialyse), maladies professionnelles et centre anti-poisons et surtout pédiatrie. S'implantèrent aussi un centre de recherche sur le cancer, un institut de stomatologie, une centrale thermique et des services généraux (blanchisserie, ateliers...). Une école d'infirmières, une école de cadres et un institut de formation continue furent progressivement créés. L'hôpital Swynghedauw, prévu à l'origine comme cardiologique, fut destiné à la gériatrie; il fut créé en 1967. En 1981, a été ouvert, en remplacement de l'hospice général, un centre de soins pour personnes âgées.

En 1978, s'ouvrirent des unités de soins normalisées en psychiatrie et en endocrinologie. En 1978 toujours, ce fut le tour de l'hôpital cardiologique et en 1980 des laboratoires. En 1983, le nouvel hôpital B, à vocation dominante en neurologie et en traumatologie, fut

créé. Il accueille aussi les urgences. En 1995-1996, devrait progressivement être mis en service l'hôpital "mère-enfant" qui regroupera les maternités publiques de Lille (Salengro et Pavillon Olivier) et les services de néonatalogie, de réanimation infantile, de pédiatrie, de chirurgie infantile, d'orthopédie et de gynécologie sociale, à l'heure actuelle dispersés dans les hôpitaux Huriez et Calmette. En 1994, le CHRU de Lille est donc composé de onze établissements principaux : l'hôpital Huriez, l'hôpital B, l'hôpital Calmette, l'hôpital Cardiologique, les USN A et B, le Centre de Soins pour Personnes Agées, l'hôpital Swynghedauw, la maternité Salengro, le Pavillon Victor Olivier, le Centre de Soins Dentaires et le Centre d'Information et de Traitement des Dépendances. Chaque hôpital a sa propre équipe. Le CHRU se présente donc lui-même comme un ensemble d'hôpitaux. Au sein de ces onze établissements, on dénombre 152 services médicaux et médico-techniques.

Le CHRU de Lille, qui par sa taille est le cinquième de France, a une capacité d'accueil de 3 142 lits qui se répartissent ainsi :

9 établissements	3 142 lits
* Hôpital HURIEZ	832
* Hôpital "B"	681
* Hôpital CALMETTE	423
* Hôpital CARDIOLOGIQUE	336
* Maternité SALENGRO	87
* Maternité P.V.O.	72
* Unités de Soins Normalisées A et B	273
* Centre de Soins pour Personnes Agées	400
* Hôpital Swynghedauw	38
(chiffres au 01/01/93)	

La capacité d'accueil est répartie en disciplines :

Court séjour	2 515
Moyen séjour	189
Psychiatrie	148
Long Séjour	290

Le CHRU dispose d'un effectif de 10 877 personnes dont 2 359 médecins, internes et étudiants en médecine rémunérés. Le personnel non médical s'élève à 8 518 personnes. Cet effectif fait du CHRU de Lille le plus important employeur de la région. La répartition des effectifs est donnée ci-après :

MÉDECINS

2 359

* Personnel temps plein Hospitalo-Universitaire	351
* Praticiens hospitaliers temps plein	188
* Praticiens des hôpitaux temps partiel	24
* Attachés	712
* Attachés associés	44
* Odontologistes	50
* Assistants spécialistes	2
* Internes en Médecine	620
* Internes en Pharmacie	47
* Étudiants (540) dont rémunérés	321

PERSONNEL NON MÉDICAL**8 518**

* Cadres Infirmiers	249
* Infirmières et Sages-femmes	2 004
* Autres personnels soignants	3 063
* Personnel médico-technique	654
* Personnel administratif	1 009
* Personnel technique	1 539

Pour réaliser son activité, le CHRU dispose d'équipements particulièrement lourds répartis comme suit :

ÉQUIPEMENTS D'EXPLORATION

1	appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire
7	gamma caméras
1	débitmètre cérébral
1	scintigraphe à balayage
4	scanographes
43	salles de radiologie
30	échographes
27	laboratoires

ÉQUIPEMENTS DES SERVICES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

78	salles d'opérations
1	lithotriptideur
16	lasers
4	caissons hyperbares

La logistique est assurée grâce aux équipements suivants :

1	blanchisserie
7	cuisines et 5 selfs
1	standard téléphonique : 5000 postes (capacité 6500 postes)
99	véhicules (dont 15 ambulances et 12 véhicules SMUR)
1	usine d'élimination de déchets
1	réseau informatique et vidéo de 10.000 points d'accès.

L'activité du CHRU peut être résumée par les chiffres suivants. En 1992, les entrées en hospitalisation complète s'élèvent à 87 300 ; le nombre de journées à 794 500. A ces chiffres, viennent s'ajouter 35 000 séances d'hôpital de jour, 17 200 dialyses, et 660 000 consultations externes. Les patients hospitalisés proviennent pour 14,5 % de la ville de Lille, pour 35 % du reste de la communauté urbaine, pour 27,5 % du reste du département du Nord, pour 19,7 % du Pas-de-Calais, et pour 3,3 % d'autres origines.

Les interventions chirurgicales s'élèvent à 53 750, les actes d'anesthésiologie à 46 700. Le nombre d'accouchements est de 4 300. L'activité en matière de greffes se détaille de la manière suivante :

Prélèvements	32
Rein	59
Moelle	43
Cœur	35
Foie	14
Poumon	4

Le service des urgences enregistre dans l'année 45 300 passages. Le SMUR effectue 12 500 sorties, le SAMU 32 000 régulations médicales. Le centre anti-poisons enregistre 15 064 appels. L'activité médico-technique se caractérise par 5 700 000 actes de laboratoire, 458 000 actes d'imagerie. 4 300 examens sont effectués par l'intermédiaire de l'imagerie par résonance magnétique nucléaire.

La production hôtelière se caractérise par les statistiques suivantes :

Repas produits en hôpital (6 200 repas en moyenne/jour)	2.279.000
Repas produits en self (2 300 repas en moyenne/jour)	584.000
15 tonnes de linge traité/j à la Blanchisserie	
6 tonnes de déchets traités/jour à l'usine d'élimination.	

Enfin, le CHRU remplit des missions d'enseignement et de recherche. La formation des médecins est réalisée en association avec la faculté de médecine (Université de Lille II) par le résidanat et l'internat. Un institut regroupant 600 élèves environ forme aux professions d'infirmier, de cadre-infirmier, d'aide soignant, de puéricultrice... Les départements de formation continue accueillent plus de 4 600 stagiaires. La dimension enseignement est donc particulièrement présente.

Les moyens financiers mis en oeuvre sont élevés puisque les dépenses d'exploitation sont de l'ordre de 3 milliards de francs. A titre d'illustration, les budgets simplifiés du CHRU pour l'année 1994 sont présentés au tableau n° III-1.

SECTION D'INVESTISSEMENT

254 MF

DÉPENSES	RECETTES
Remboursement dette 33,77%	Emprunts 14,75%
Immobilisations 47,70%	Amortissements 58,79%
Reprises sur Provisions et autres charges 18,53%	Provisions 24,69%
	Autres recettes 1,77%

BUDGET D'EXPLOITATION

3056 MF

DÉPENSES	RECETTES
PERSONNEL 67,5 %	DOTATION GLOBALE 88,5 %
Médicales 13,9%	Produits hosp. 5,9%
Hôtelières 9,3%	Activ. subsid. 5,6%
Amort. Prov. 9,3%	

BUDGETS ANNEXES

79 MF

Tableau n° III-1 : Budgets simplifiés du CHRU (1994).

2) La direction générale du CHRU.

Elle peut être décomposée en une direction générale, un ensemble d'unités de conseil ou de soutien qui lui sont directement rattachées, de directions fonctionnelles et de directions opérationnelles. Chaque hôpital dispose d'une direction opérationnelle et de responsables de services. Afin de mieux pouvoir situer les acteurs que nous avons rencontrés tout au long de notre étude, nous proposons la représentation simplifiée suivante (voir schéma n° III-1), d'une part de l'équipe de direction du CHRU, et d'autre part de l'hôpital cardiologique (voir schéma n° III-2) qui montre l'importance du centre opérationnel.

Il est intéressant de compléter cette représentation formelle par un rapide historique de l'évolution de l'équipe de direction. Comme nous l'avons remarqué précédemment, au cours des années 75-84, on a beaucoup construit au CHRU. Le contexte général devenant moins faste, les moyens n'ont pas toujours suivi. Une crise financière grave s'est déclarée au CHRU en 84-85-86, notamment du fait de la mise en place du budget global. Par ailleurs, le CHRU était peu attentif à ses recettes, le retard de facturation s'élevait à cinq ou six mois. Il fut incapable de le réduire à la fin décembre 84, date à laquelle la sécurité sociale a gelé les besoins en fonds de roulement. De plus, la politique d'amortissement n'avait pas été suffisante. L'autofinancement trop réduit avait dû être compensé par un recours à un endettement trop élevé. Tous ces éléments se sont conjugués pour entraîner une crise de liquidités. Parallèlement, les restrictions sur le matériel médical (un an sans aucun achat) ont conduit à une crise de confiance de la part des médecins. Le gel des discussions avec le personnel, consécutif à ces difficultés, a été la source d'un mauvais climat.

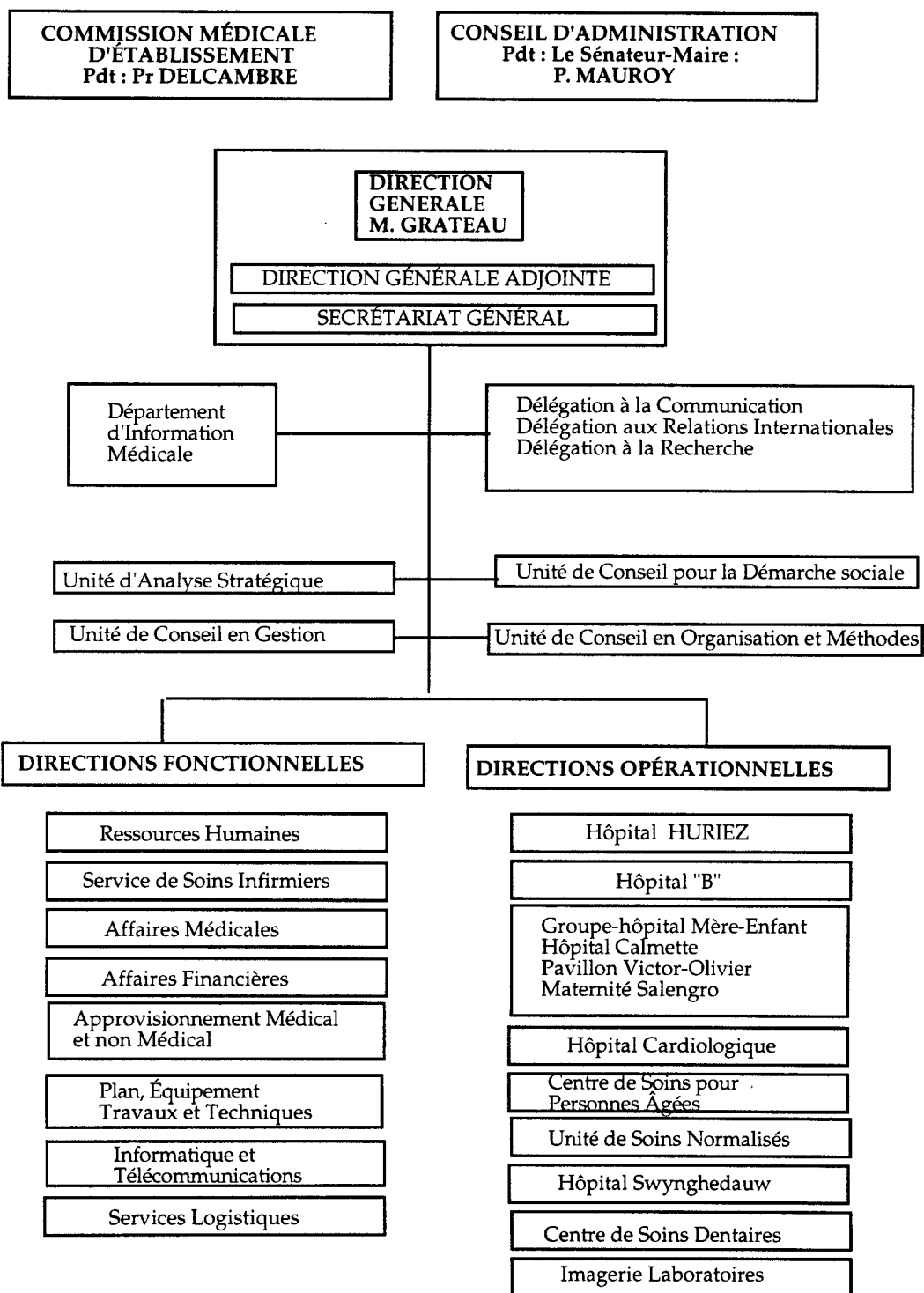


Schéma n° III-1 : L'Équipe de direction du CHRU de Lille.

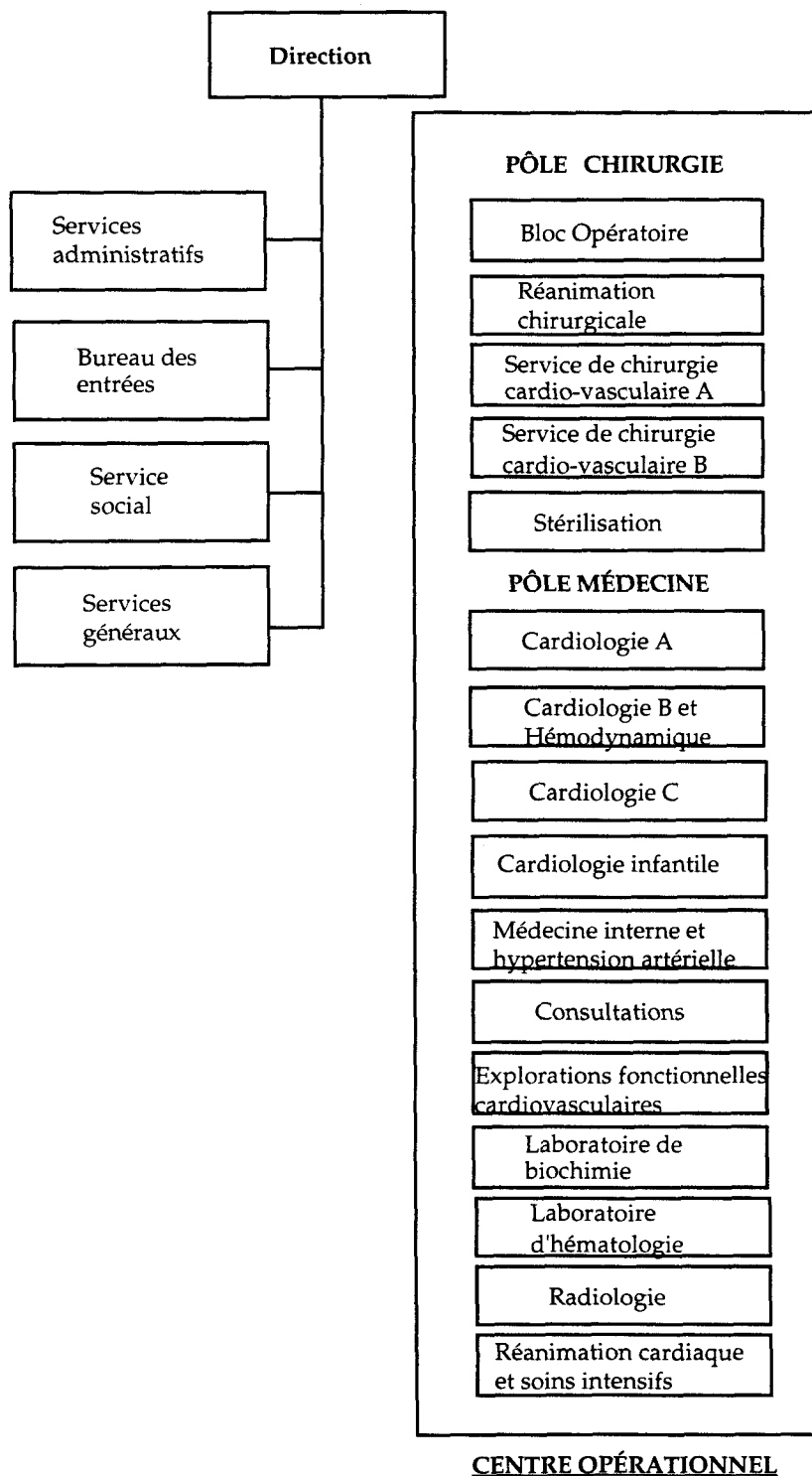


Schéma n° III-2 : Structure de l'hôpital cardiologique.

A la demande du préfet, l'inspection générale des affaires sociales est venue au CHRU et a fait le constat que cet établissement n'était plus piloté. A l'été 88, la situation va se débloquer. M. Grateau, aujourd'hui directeur général, est alors investi d'une mission d'organisation. En l'espace de trois mois, il propose un projet de management qui s'articule autour de trois axes. L'axe central est la mise en oeuvre d'une démarche stratégique pour le projet médical. Les deux autres axes sont d'un côté celui de la démarche sociale pour redonner confiance au personnel et, d'un autre côté, l'axe de la mise en oeuvre de nouveaux outils de gestion pour améliorer l'efficacité. La mise en oeuvre de cette politique a été accompagnée par un profond renouvellement de l'équipe de direction. Un tiers de ses membres sont partis, un tiers ont changé de postes, un tiers de nouveaux ont été recrutés.

Cette rapidité dans l'action nous invite à faire un parallèle avec l'étude de Simons (1994). Dans un contexte de crise, le remplacement d'un dirigeant est suivi d'une redéfinition profonde des orientations stratégiques de la firme et d'un recours aux outils formels du contrôle pour obtenir un changement dans un délai de quelques mois. La volonté première est de remettre en cause l'inertie de l'organisation. Ceci conduit les principaux responsables à redéfinir leurs systèmes de diagnostic et de contrôle afin de répondre aux nouvelles exigences de leur direction. Les systèmes d'incitation sont revus afin d'accroître leur "allégeance". Certes, on ne peut pas comparer directement le CHRU à des grandes entreprises américaines. La structure organisationnelle n'est pas la même. Le niveau de sophistication de départ des systèmes de contrôle est sans commune mesure. Toutefois, si on prend en compte les spécificités de la bureaucratie professionnelle, une comparaison peut s'établir en restreignant l'observation au seul sommet administratif. On retrouve au CHRU une remise en cause des cadres, une volonté de bousculer l'inertie, l'apparition d'outils formels de contrôle et le développement

d'une adhésion forte. Le contexte de crise semble ici aussi favoriser l'introduction de changements.

Cette action s'est révélée rapidement payante. Le 14 décembre 1989, le président du conseil d'administration, le maire de Lille, signait un contrat d'objectifs avec le ministre. Le CHRU s'engage dans une politique d'adaptation, tant au niveau de son activité pour mieux intégrer les évolutions de son environnement (recentrage sur ses missions spécifiques, recherche de complémentarité et de partenariat avec les autres éléments du système de santé), qu'au niveau de l'organisation de ses structures, de ses méthodes de gestion et de ses moyens humains et matériels. En contrepartie, l'État lui a garanti une capacité d'investissement de deux milliards de francs sur une période de dix ans (autorisation donnée au CHRU de garder ses excédents de gestion, prise en charge du surcoût de l'emprunt lié au nouvel hôpital "mère-enfant",...).

Afin de progresser autour des trois axes (démarche stratégique, démarche sociale, nouveaux outils de gestion), M. Gateau décide de mettre en place des unités de conseil qui lui sont directement rattachées. La mission de ces équipes est, chacune dans son domaine, de jouer le rôle de consultant interne auprès des différents partenaires, principalement les responsables de services et les directeurs d'établissement. L'accent est particulièrement mis sur leur rôle d'information, de formation et d'aide à l'action. Au départ et ce fut particulièrement vrai pour l'unité de conseil en analyse stratégique, il y eut un recours important à des consultants externes. Précisons le rôle important joué auprès de M. Gateau par l'équipe de stratégie de l'école des Hautes Études Commerciales, et tout particulièrement de M. Crémadez. Leur expérience a donné lieu à la publication d'un ouvrage commun : "Le management stratégique hospitalier" auquel nous aurons l'occasion de nous référer ultérieurement. Progressivement, des équipes propres furent structurées. Elles n'ont pas eu recours

seulement à des collaborateurs formés par l'École Nationale de la Santé Publique. Ce choix a été dicté par le fait que les cursus de l'ENSP forment des généralistes mais ne forment pas des spécialistes de la démarche stratégique ou du contrôle de gestion, d'après la direction générale. Un amalgame a été réalisé. Des personnels ont été recrutés dans le secteur privé pour leurs compétences professionnelles. Des médecins ont été formés à l'analyse stratégique, ainsi que des collaborateurs ayant la formation de directeur d'hôpital. Telle est l'origine de ces unités de conseil originales qui apparaissent dans l'organigramme de la direction du CHRU. Leur rôle dans la conduite du changement est particulièrement important. Trois délégations (à la recherche, aux relations internationales et à la communication) viennent compléter ce dispositif.

Pour le reste, les directions sont organisées en deux sous-ensembles. Les directeurs des établissements constituent les directions opérationnelles. Par ailleurs, il existe un certain nombre de directions fonctionnelles qui intéressent dans un domaine particulier tout le CHRU. Par exemple, on y trouve la direction financière, la direction des ressources humaines, la direction des approvisionnements, la direction de l'informatique et des télécommunications... Certaines de ces directions ont été renforcées par des recrutements de cadres dont certains viennent du secteur privé (par exemple, pour les achats, pour la trésorerie...).

3) La conduite de l'étude clinique.¹

La méthode que nous avons mise en oeuvre doit beaucoup aux développements conceptualisés par Bruns et Kaplan (1987), Eisenhardt (1989b), Yin (1984) et Spicer (1992) sur l'utilisation de l'étude de cas en matière de recherche dans le domaine de la comptabilité et du contrôle de gestion. De plus, nous nous sommes inspirée de la contribution de Preston, Cooper et Coombs (1992), elle-même issue des travaux de Latour (1987).

A notre point de départ, nous avons fait usage d'un minimum d'a priori théoriques. Notre attitude respecte l'une des conditions initiales énoncées par Eisenhardt (1989b) : "finalement et le plus important, la recherche pour la construction d'une théorie doit débiter le plus près possible de l'état idéal d'absence de théorie prise en considération et d'hypothèses à tester". Notre approche est essentiellement de type inductif. Comme Glaser et Strauss (1967), nous reconnaissons cependant volontiers qu' "il n'est pas possible de faire table rase des connaissances préexistantes". Nous avons abordé l'hôpital avec la représentation de la bureaucratie professionnelle ou l'appréciation de l'activité à travers les diverses mesures du produit hospitalier. Nous préférons écrire que notre démarche est ponctuellement inductive. Elle est inductive à l'intérieur des limites du sujet de notre interrogation théorique sur le contrôle de gestion à l'hôpital. A ce niveau, nous n'avons pas voulu proposer a priori une représentation du modèle de contrôle de gestion hospitalier. Nous avons préféré la laisser s'élaborer au fil de l'observation clinique,

¹Nous utilisons ici le terme de clinique, sans que cette étude n'ait la moindre visée thérapeutique ou prescriptive. Nous entendons par cette expression un diagnostic effectué sur un terrain particulier dont les résultats seront utilisés par la suite pour élaborer les hypothèses de départ d'un modèle théorique.

même si nous choisissons un cadre classique (celui d'Antony) pour en rendre compte.

La confrontation avec d'autres courants de la littérature n'est d'ailleurs pas contradictoire avec cette méthode. Bien au contraire, Eisenhardt (1989b) recommande : "Un trait essentiel de la construction théorique est la comparaison des concepts, de la théorie, des hypothèses émergents avec la littérature existante. Ceci conduit à s'interroger sur ce qui est similaire, ce qui contredit, et pourquoi. Une clé à ce processus est de considérer un éventail large de littérature." Non seulement nous nous sommes référée à la littérature courante du contrôle de gestion, mais nous ne manquerons pas par la suite de présenter les résultats obtenus à partir de la confrontation avec d'autres développements comme la théorie de l'agence et la théorie des transactions informelles. Le point essentiel reste que notre seule hypothèse de départ était qu'il ne pouvait y avoir de contrôle de gestion que s'il y avait présence d'une pratique stratégique. Ceci nous a conduit à retenir le CHRU de Lille.

Réduire l'observation à un seul cas peut sembler trop restrictif. Eisenhardt (1989b) avance qu'en règle générale, le nombre de cas étudiés par recherche est compris entre quatre et dix. Rispal (1993), qui a retenu dans son étude sur les accords de coopération transnationaux entre PME un nombre de quatre cas, fait valoir : " en deçà de quatre cas, il est souvent difficile de générer une théorie complexe et son champ empirique risque d'être peu convaincant, à moins que chaque cas présente des mini-cas en son sein". Nous nous retrouvons très précisément au sein du CHRU de Lille dans cette dernière situation évoquée. En effet, comme le note un de nos interlocuteurs et comme nous le rapportons plus tard, le CHRU se présente plutôt comme "une fédération de PME". C'est en réalité un ensemble d'hôpitaux aux spécialités souvent très différentes, aux styles de direction propres et aux histoires diverses. Nos observations ne sont

pas concentrées en conséquence sur un cas particulier et nous pouvons avancer que notre étude clinique porte sur plusieurs mini-cas (voir schéma III - 1). En ce sens, nous nous rapprochons de la recherche de Burgelman (1983) qui a pour objet six départements d'une grande entreprise diversifiée. Etendre cette étude à d'autres CHRU nous aurait conduit à traiter plus de dix cas, seuil souvent considéré comme maximal et à partir duquel la complexité et le volume des données entrent en conflit avec l'exigence de finesse de l'observation. La richesse de la méthode ne vient pas d'un souci de généralisation statistique, mais d'une exigence de cohérence analytique dans le cadre d'une exploration de matériaux très variés. Nous pouvons rappeler Mintzberg (1979) : "peu importe que notre échantillon soit petit ou quel que soit notre intérêt, nous avons toujours essayé d'aller dans les organisations avec un objectif bien défini : collecter systématiquement des données spécifiques". Nous partageons ici entièrement le point de vue de Rispal (1993) : "l'étude de cas suppose un contact approfondi avec le terrain. Cette caractéristique est son principal atout : la richesse des données autorise une analyse fine".

Suivant la classification de Spicer (1992), cette étude ne concerne qu'une seule organisation, elle est de nature descriptive et exploratoire. Cependant, pour reprendre Yin (1984), cet ensemble hospitalier nous apparaît suffisamment significatif par son importance et ses enjeux. Le caractère inhabituel du développement d'une démarche stratégique présente un intérêt primordial. Nous avons cherché à collecter l'information la plus exhaustive possible pour le domaine étudié. C'est ainsi que nous avons poursuivi notre étude à différents niveaux du CHRU. Si nous nous référons à l'organigramme précédemment présenté, nos investigations se sont déroulées dans différents établissements et aux niveaux de la direction générale et des directions fonctionnelles mentionnés au schéma n° III-3. Le choix de nos points d'observation répond à deux soucis. D'une part, nous avons voulu suivre les "chaînes" de gestion et observer les interfaces les plus



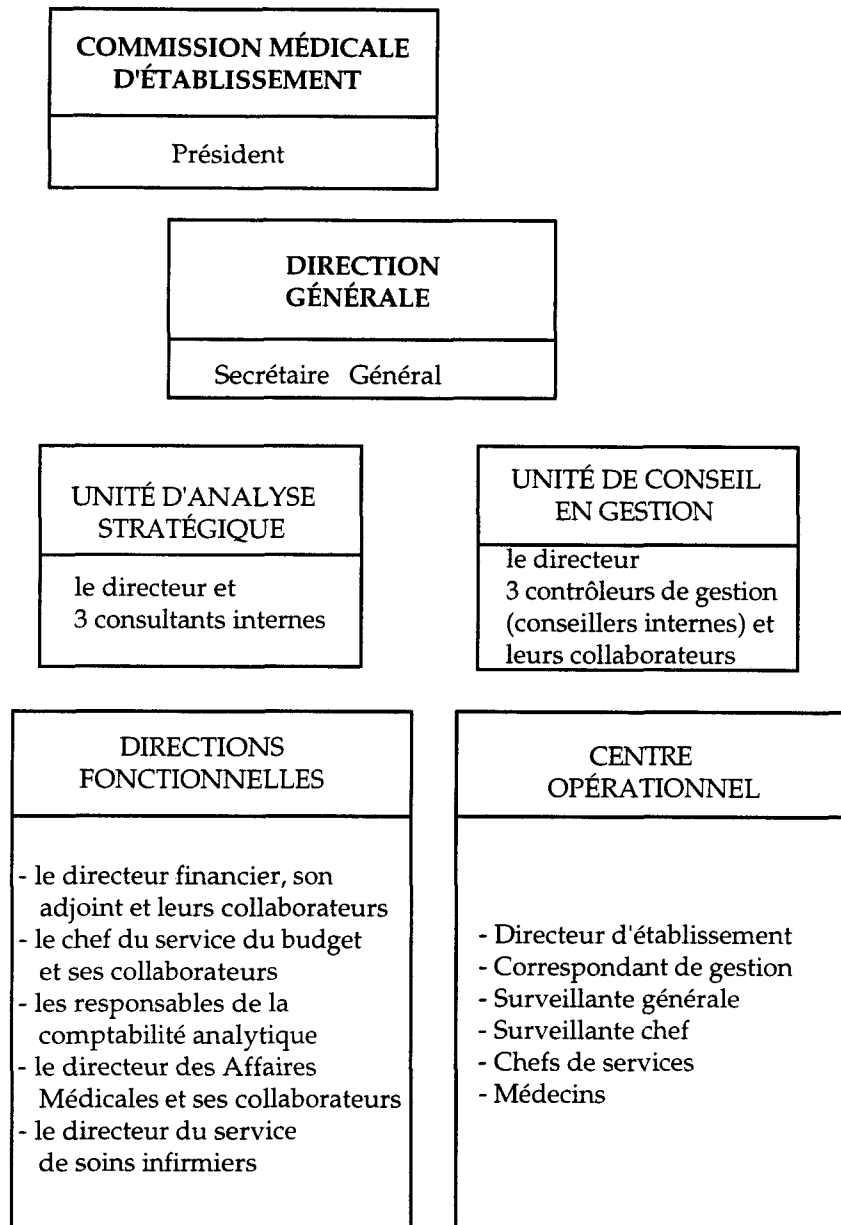


Schéma n° III - 3 : Niveaux d'investigation.

significatives entre centre opérationnel et sommet administratif. D'autre part, au niveau des services hospitaliers et des établissements,

nous avons voulu disposer d'un nombre suffisamment riche d'observations. Tous ces objets d'étude manifestent à l'évidence une forte hétérogénéité, car leur environnement est propre. Ceci n'est pas appauvrissant pour les résultats que nous comptons en retirer. Le point essentiel est que tous aient en commun un trait : ils partagent l'expérience d'une démarche stratégique originale au CHRU de Lille. En ce sens, notre échantillon est représentatif de l'objet de notre recherche. Les éléments de diversité ne peuvent que contribuer à accroître la robustesse des résultats.

L'une des difficultés majeures rencontrées lors de telles études de cas est le danger de tirer des conclusions fausses et hâtives à partir de propos biaisés. Il est clair que les personnes sont en règle générale de pauvres transmetteurs d'information. Ils peuvent être conduits à élaborer leur pensée à partir d'observations limitées et ont peu le sens de la représentativité statistique (voir Kahneman et Tversky, 1973). Eisenhardt (1989b) propose différentes tactiques d'investigation pour se prémunir contre ces risques. Il peut être intéressant d'étudier des catégories bien différenciées sur une dimension donnée. Ainsi, la comparaison de cas très voisins et la mise en évidence de leurs différences peut beaucoup apporter. C'est en ce sens qu'un bon échantillon doit être composé dans ce type d'étude de cas bien différenciés et de cas voisins, comme le suggère Eisenhardt (1989b) : "la juxtaposition de cas apparemment similaires par un chercheur observant les différences peut casser des cadres simplistes. De la même façon, la recherche de similarités au sein d'une paire apparemment différente peut conduire à une compréhension plus sophistiquée". Pour conclure sur ce point, nous reprenons volontiers le propos du même auteur : "Surtout, l'idée derrière ces tactiques de recherche est de forcer les investigateurs à aller au-delà de leurs impressions initiales, spécialement à travers l'usage de lentilles ou d'objectifs structurés et divers sur les données".

Nous avons cessé d'étendre la taille de notre échantillon, non pas comme dans le cadre de recherches hypothético-déductives lorsqu'un seuil de représentativité statistique est atteint, mais lorsque l'apport additionnel des entretiens ou des autres observations est apparu négligeable. Le fait d'entrer dans la phase des "redites" a été pour nous le signal de la limite atteinte. Cette méthode est suggérée par Glaser et Strauss (1967) : "La saturation théorique est simplement le point où l'accroissement de connaissance est minimal parce que les chercheurs sont en train d'observer des phénomènes déjà vus". Ce concept de la saturation théorique, qui marque la fin de l'observation, est caractéristique du courant de la Grounded Theory. Il a été récemment utilisé par Rispal (1993). Eisenhardt (1989b) en donne une représentation imagée : "Cette idée est tout à fait similaire à la fin de la révision d'un manuscrit quand l'amélioration marginale est minimale". Elle ajoute par ailleurs : "en pratique, la saturation théorique se combine souvent avec des considérations pragmatiques comme le temps et l'argent qui dictent quand la collecte s'achève". Le chercheur n'a rien à ajouter à ces remarques.

Comme il est de coutume dans ce genre d'étude, nous avons combiné des sources multiples d'informations, des entretiens suivis de discussions, la consultation de documents méthodologiques internes, des observations au cours de réunions, l'étude de documents comptables internes et de statistiques variées. Ces informations internes ont été, en certaines occasions, confrontées à des articles ou des ouvrages professionnels. L'essentiel de nos données est donc qualitatif et n'a pu être comparé à des observations quantitatives que de manière limitée. Une large place est laissée à la collecte d'informations anecdotiques qui peuvent se révéler très riches dans ce domaine, comme le rappelle Mintzberg (1979), "si le recueil de données systématiques est le fondement de nos théories, ce sont les données anecdotiques qui nous permettent de les construire. La construction

d'une théorie semble requérir une description riche, la richesse qui vient de l'anecdote".

Dans le domaine de l'étude clinique, on fait fréquemment la recommandation de l'usage d'investigateurs multiples. Les différences de sensibilité entre individus augmentent la probabilité de recueillir des données nouvelles et riches. La convergence entre les observations effectuées par plusieurs investigateurs augmente la confiance que l'on peut accorder aux résultats. Malheureusement ici, vu la nature de ce travail, les observations n'ont pu être effectuées que par une seule personne. C'est une limite à ce travail.

L'enquête s'est déroulée en deux phases : un travail exploratoire en 1992, un travail approfondi en 1993-94. L'enquête exploratoire a permis de distinguer les aspects les plus caractéristiques du terrain et de mettre en évidence l'importance de la démarche stratégique. Elle nous a convaincue de l'intérêt que présente le CHRU pour une étude de ce type. Les différents moyens d'investigation se sont largement recouverts. Les entretiens ont été réalisés simultanément à l'exploitation de documentations écrites. Le plus souvent, un entretien avec un acteur était suivi quelque temps plus tard d'un second entretien d'approfondissement. Les différentes investigations se sont toujours mêlées jusqu'au moment où, pour le point considéré, nous estimions en avoir une compréhension suffisante.

Nous allons préciser dans ce qui suit la méthode utilisée. Il ne faut cependant pas se laisser abuser par l'apparente linéarité de l'exposé qui suit et qui ne rend absolument pas compte des boucles successives qui étaient caractéristiques de l'avancement de notre travail. Notre présence ne s'est pas limitée à la réalisation d'interviews. L'observation de l'ambiance de travail, du positionnement des bureaux, de nombre de détails informels a

beaucoup enrichi notre perception du terrain. Outre cette observation directe, notre collecte d'informations s'est organisée autour de trois axes.

La première source est constituée par une série d'entretiens. Nous avons procédé en deux temps. Dans un premier temps, notre méthode est celle de l'entretien non directif. C'est Rogers,¹ cité par Louart (1991), qui l'a préconisée et définie. "On laisse la spontanéité de l'interviewé se manifester, on accepte ses apports au moment où ils viennent, pour mettre en évidence ses intérêts et préoccupations dominantes". Notre objectif étant de comprendre le fonctionnement du CHRU, nous avons d'abord écouté ce que chacun exprimait "spontanément". Lors de chaque entretien, nous avons situé le cadre de notre recherche, en étant volontairement très générale. Nous avons stipulé que notre travail porte sur le contrôle de gestion hospitalier, sur les mécanismes internes d'allocation et de contrôle des ressources. Nous n'avons pas manqué de dire à nos interlocuteurs que nous nous intéressions au milieu hospitalier, notamment en mentionnant notre expérience d'infirmière. Ceci ne pouvait que les encourager à s'exprimer. La question introductive était simplement : "voulez-vous me présenter ce que vous faites ? En quoi consiste votre rôle ? Comment se passent l'allocation et le contrôle des ressources ?". Chaque entretien a duré au minimum une heure trente. Certains ont duré deux heures et plus. Nous avons toujours été très bien accueillie. Nos interlocuteurs étaient ravis de parler et ils avaient beaucoup à dire sur le sujet.

Durant cette phase d'entretiens non directifs, notre attitude a été celle préconisée par Rogers, qu'il nomme "attitude compréhensive". Nos interventions n'avaient pour but que de vérifier

¹ Il est intéressant de noter que cette méthode fondée sur le non-directivisme a été conçue par un thérapeute à des fins de soins. Elle a été reprise à d'autres fins, et en particulier en matière de recherche. En l'utilisant dans le cadre d'une étude sur l'hôpital, nous la ramenons en quelque sorte à ses origines.

si nous avons bien compris les propos de l'interviewé, ainsi que de l'aider à exprimer un maximum de choses. Nous avons donc utilisé les deux techniques principales de l'entretien non directif que sont la reformulation et la condensation. Dans un deuxième temps, nous avons réalisé des entretiens d'approfondissement. Nous avons rencontré à nouveau la plupart des acteurs afin de préciser certains points, comme par exemple le découpage retenu en comptabilité analytique, ou encore la gestion de la dette, etc... Ces entretiens ont pris tout simplement la forme de discussions à partir de questions précises de notre part.

La seconde source d'information provient de documents que nous avons consultés au CHRU. La liste des principaux est communiquée ci-dessous :

- les budgets prévisionnels 1993 et 1994,
- les tableaux de bord et indicateurs d'activité,
- le guide méthodologique de la démarche stratégique,
- des documents de l'Unité d'Analyse Stratégique,
- un mémoire d'étude portant sur la stratégie du CHRU,
- le guide méthodologique de la comptabilité analytique,
- les résultats de la comptabilité analytique de l'année 1992,
- le guide méthodologique du Programme de Médicalisation du Système d'Information et des Groupes Homogènes de malades,
- des documents utilisés pour la formation interne, par exemple sur le financement de l'hôpital,
- des documents relatifs à l'activité de greffe,
- les bilans sociaux de l'année 1992,
- une revue de presse locale sur le CHRU.

La troisième source d'information est d'une part notre participation en tant qu'auditeur à des réunions de travail. Par exemple, nous avons assisté à la présentation des outils de la démarche

stratégique à une équipe d'informaticiens du CHRU. D'autre part, nous avons participé à diverses discussions informelles.

Tout au long de cette étude, nous avons été conduite à rédiger des notes, des commentaires d'entretiens. Aussi, il apparaît évident que le travail d'analyse a recouvert jusqu'à un certain degré le travail de collecte de l'information. Ce problème est caractéristique de l'étude de cas (voir Eisenhardt, 1989b). Ce recouvrement n'a pas que des désavantages, il permet de tirer avantage de la grande flexibilité du processus de collecte. Nous avons été conduite à réapprofondir certains thèmes lorsqu'ils apparaissaient obscurs et à étendre notre champ d'investigation par rapport à ce que nous avions prévu initialement. Comme l'écrit Eisenhardt (1989b) : "cette flexibilité n'est pas une manière d'être non systématique. Plutôt, cette flexibilité est un opportunisme contrôlé à travers lequel les chercheurs tirent avantage de l'unicité du cas spécifique et de l'émergence de nouveaux thèmes pour améliorer la théorie résultante".

Un dernier avantage que présente à nos yeux le cas du CHRU de Lille est le fait que les outils de gestion sont en train d'être construits et implantés. L'intérêt qu'une technologie soit étudiée au moment où elle est "fabriquée", et non lorsqu'elle est installée, a particulièrement été mis en exergue par Latour (1987). Pour ce dernier, les faits scientifiques et les artefacts techniques (une machine, un document budgétaire) ne peuvent pas être considérés comme faisant partie d'un ordre préétabli dans l'attente d'être découverts. Au contraire, ils sont le résultat d'un long processus élaboré de fabrication. Pour cet auteur, la science doit être étudiée lorsqu'elle est encore "en action". Preston, Cooper et Coombs (1992) se sont inspirés des apports théoriques de Latour pour étudier le processus de "fabrication" des budgets dans le cadre du "National Health Service" en Grande-Bretagne. Ils ont concentré leur attention sur l'ensemble des débats et des controverses qui ont marqué les phases exploratoires avant que la

pratique budgétaire soit définitivement établie. Le système n'est pas encore refermé, il est initié avec des caractéristiques relativement lâches. C'est tout au long de son élaboration que les possibilités nouvelles d'aide à la décision ou de définition de responsabilités émergent. L'étude permet d'explorer les processus à travers lesquels les systèmes comptables et budgétaires apportent une logique économique au management hospitalier. C'est exactement à ce stade que se trouve le CHRU de Lille, fin 1993-début 1994. C'est aussi une raison majeure pour laquelle notre étude ne pouvait pas s'étendre à d'autres CHRU. Disposer d'un cas, où à la fois une démarche stratégique était en oeuvre et le contrôle de gestion était en élaboration, était une chance unique.

Notre choix méthodologique n'est pas seulement un emprunt conséquent à l'étude de cas, telle que nous l'avons présentée précédemment. Nous nous sommes aussi inspirée d'un autre courant de la littérature, certes beaucoup moins développé. Comme le notent Preston, Cooper et Coombs (1992), "on sait peu de choses sur la manière dont les systèmes comptables sont créés et développés". Certes, on peut objecter que les études historiques ne manquent pas sur l'évolution des systèmes comptables, comme celles de Chandler et Daems (1979), de Kaplan (1984) ou de Johnson et Kaplan (1987). Elles offrent, avec une variété de moyens et d'objets, une perspective générale commune. Elles cherchent à relier les changements de systèmes comptables à des facteurs économiques généraux. Nous n'avons d'ailleurs pas manqué de nous y référer au chapitre précédent pour offrir un cadre d'étude à l'évolution de la comptabilité à l'hôpital. L'objectif poursuivi au sein de cette étude clinique est différent. Ces conditions générales propices au changement étant acquises, nous nous interrogeons sur les formes spécifiques du changement, sur le fait que certaines technologies de gestion sont considérées comme acceptables et que d'autres ne le sont pas. Nous suivons l'orientation de Preston, Cooper et Coombs (1992) : "Notre étude attribue moins

d'importance aux éléments qui ont des rôles constitutifs de la comptabilité, se concentrant à la place sur les processus suivant lesquels les personnes essaient d'intégrer les innovations comptables au sein du fonctionnement de l'organisation et les processus par lesquels de nouveaux types de langages, avec leur sens et leur portée, émergent à partir de la fabrication des systèmes comptables et budgétaires". Les deux perspectives ne sont pas contradictoires mais complémentaires, comme le suggère le schéma III- 4, emprunté à Latour (1987). L'étude des conditions du changement a été exposé au chapitre II. Nous passons maintenant à l'observation du processus de fabrication par l'intermédiaire d'une étude clinique.

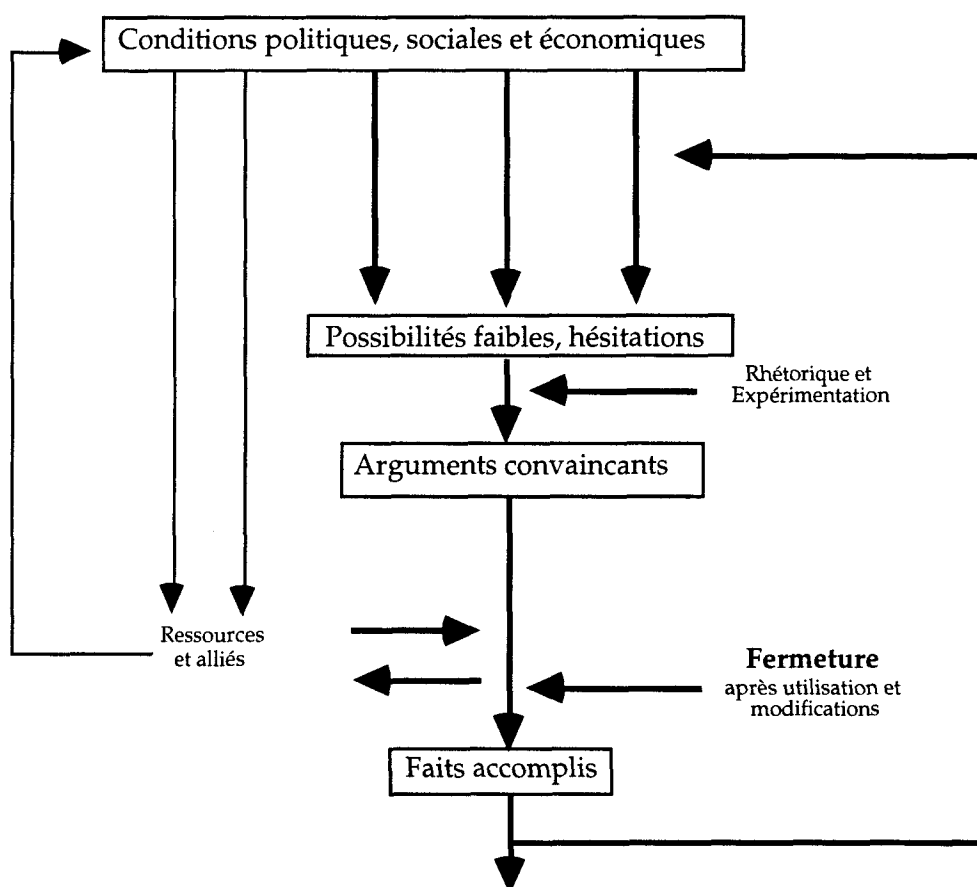


Schéma III - 4 : Un modèle du processus de fabrication.
(repris de Latour, 1987)

Les faits accomplis correspondent à l'état du système comptable refermé. Il est alors accepté comme un fait indiscutable par tous les acteurs. Il est clair que lorsque les conditions politiques, sociales et économiques changent, tout un processus se déclenche. En fin de processus, apparaissent de nouveaux outils. L'analyse historique élabore un lien entre les deux extrémités du schéma.

Ce que propose Latour est un modèle de l'action. Le changement dans l'environnement ouvre des possibilités, mais elles sont encore faibles et sont entourées d'hésitations. Dans cette phase de mouvement, s'expriment de nombreuses rhétoriques et sont entreprises diverses expérimentations. Au fur et à mesure, s'affirment des arguments convaincants qui vont trouver dans l'environnement nouveau les ressources nécessaires à leur mise en oeuvre et les alliés qui la favorisent. Cette phase de l'action est très largement itérative, le processus n'est pas linéaire ; il enregistre des avancées et des reculs. C'est quand un ensemble d'arguments convaincants s'est constitué que la fermeture s'opère avec une acceptation largement réalisée des nouveaux outils. A la différence de l'analyse historique qui court-circuite ce processus, l'analyse clinique que nous menons se déroule au coeur de ce changement en action. Les arguments sont en cours d'élaboration. Les hésitations sont présentes. Nous n'avons pas observé un ensemble refermé de faits accomplis. La démarche stratégique est récente et les outils du contrôle de gestion sont en cours d'élaboration.

II - LA DÉMARCHE STRATÉGIQUE AU CHRU.

Le développement de la démarche stratégique au CHRU de Lille est sans conteste lié au nom d'un homme, François Grateau. C'est en 1988-89 qu'il initie le processus. Si on se réfère au schéma de Gray et Ariss (1985), la stratégie au CHRU est durant cette période dans sa phase de création et de première croissance. Au sens de Rhenman (1973) et de manière quelque peu caricaturale, le CHRU cesse d'être une organisation "marginale", c'est-à-dire une organisation sans buts interne ou externe. Comme l'écrit Desreumaux (1993), la stratégie "contribue tout d'abord à indiquer le chemin, la direction à suivre, à canaliser les efforts des participants et à promouvoir la coordination de leurs actions. «Il n'y a pas de vent favorable pour celui qui ne sait où il veut aller», remarquait déjà Sénèque".

Nous allons d'abord montrer combien cette démarche stratégique répond à une exigence d'intégration dans une organisation en crise. Ensuite, la mise en oeuvre de la démarche repose sur une "instrumentalisation" poussée. L'équipe de direction a eu recours à des consultants externes mais elle a surtout souhaité disposer de ses propres experts. Enfin, nous nous attachons à mettre en évidence qu'il s'agit d'un processus en cours. L'examen des réticences des acteurs montre que le modèle de contrôle stratégique continue de se forger.

1) Une démarche intégrative.

L'origine de la démarche stratégique est, comme nous le rappelions précédemment, fortement liée à la crise financière du CHRU dans les années 80. Dans une structure de bureaucratie professionnelle, l'appauvrissement financier peut avoir des conséquences particulièrement néfastes sur toute l'organisation. En effet, les milieux professionnels peuvent être conduits à se replier sur eux-mêmes et à se dissocier du monde administratif. Les antagonismes s'exacerbent. C'est un renforcement de ce que Lawrence et Lorsch (1973) appellent la différenciation, auquel on assiste. Comme l'écrit Crémadez, en collaboration avec Grateau (1992), les médecins "s'identifient beaucoup plus à la profession qu'ils exercent qu'au lieu où ils l'exercent". De plus, dans ces périodes difficiles, la perception de l'environnement devient beaucoup plus négative. La tutelle est synonyme de contrôle renforcé. Comme la pression du public est invariante, aucune stimulation en provenance de l'extérieur ne va venir modifier ce mouvement de repli.

L'organisation se divise, se cloisonne encore plus, se coupe de son environnement. Pour caricaturer, le monde professionnel se réfugie derrière son exercice pour échapper au changement et incrimine les administratifs et la tutelle pour les difficultés qu'il rencontre. L'établissement est menacé d'entrer dans une spirale de désintégration. L'incapacité à s'adapter et la faible implication des professionnels ne peuvent que conduire à un appauvrissement financier et à une paralysie générale. N'oublions pas, comme le montrent Cauvin et Coyaud (1990), que l'hôpital "riche" n'est pas seulement celui qui contrôle ses coûts, c'est surtout, vu la mécanique de la dotation globale, celui qui a une puissance d'investissement.

Face à ce mécanisme de différenciation excessive, il est alors urgent de mettre en place des mécanismes d'intégration comme les qualifient Lawrence et Lorsch (1973). Les outils d'intégration dans les hôpitaux sont multiples. On compte d'abord l'intégration par la voie hiérarchique. Si elle joue entre la direction générale et les services logistiques, à l'intérieur de chacun des corps professionnels (médecins, infirmiers), elle connaît une rupture entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Cette rupture est encore plus sensible en période de crise et elle limite l'efficacité de ce mode d'intégration. Le second outil d'intégration est l'intégration par les procédures et les standards. Elle intéresse surtout les dimensions comptables et financières, la gestion du personnel, c'est-à-dire les relations de type administratif. Comme le remarquent Crémadez et Grateau (1992), "cette intégration est généralement de nature centralisatrice. Il s'agit beaucoup plus de faire appliquer la réglementation que de mettre en oeuvre des formes de travail communes aux différents services". L'intégration par les commissions ou comités est aussi utilisée à l'hôpital. Mais le comité de direction ne comprend pas de médecin et la commission médicale d'établissement est une représentation uniquement des médecins. Il n'y a donc, là encore, aucun facteur d'intégration puissant entre les deux mondes, administratifs et professionnels.

L'intérêt de la démarche stratégique, telle qu'elle a été introduite au CHRU, est d'en faire un fondement de l'intégration. L'hôpital est positionné face à son environnement et les médecins sont placés au coeur de cette relation. Ils sont d'emblée valorisés car leurs connaissances en matière de techniques, d'épidémiologie et de concurrence sont reconnues comme indispensables. Il nous apparaît que le but de la manoeuvre est de casser le face à face entre les administratifs et les médecins dans une organisation repliée sur elle-même. A l'inverse, en ouvrant le champ, les administratifs et les médecins sont côte à côte face à un environnement commun. Quand l'environnement prend la forme dominante d'une tutelle inquiétante,

le jeu initial à deux se transforme en un jeu à trois où il est plus facile de se persuader de faire alliance. On rejoint ici les remarques que nous formulions au chapitre I sur l'affaiblissement de la coalition externe.

La démarche stratégique va donc conduire les médecins, à l'initiative de la direction et avec son soutien, à se positionner par rapport à leur environnement. S'ils y trouvent l'occasion d'y voir leurs propres faiblesses (il n'y a pas que les restrictions budgétaires et les incompétences des autres...), ils y gagnent surtout la possibilité de définir des projets de développement qui les motivent. Au dépérissement par un repli geignard, doit succéder un nouveau dynamisme, une ouverture sur l'innovation, source d'un renforcement de la cohésion de l'organisation. Tels semblent être les rouages de cette démarche. De plus, la direction ne peut que se retrouver confortée par rapport à son conseil d'administration et sa tutelle. Elle a permis d'anticiper les exigences formulées par cette dernière. L'élaboration d'un plan stratégique permet de fournir des réponses plus consistantes aux demandes de respect d'une carte sanitaire régionale et d'élaboration d'un projet d'établissement. Proposer des investissements nouveaux et un redéploiement, c'est aussi satisfaire son président du conseil d'administration, maire de la ville.

2) Une "instrumentalisation" poussée.

L'initiative est venue du sommet administratif, mais l'association et la participation des médecins ont été immédiatement recherchées pour que ce "mouvement stratégique" réussisse.

L'intelligence de l'action a été sans conteste de mettre les médecins au coeur de l'élaboration de la stratégie, de confier l'animation du travail à une équipe légère de consultants, et de formaliser la démarche de manière rigoureuse. Ce dernier point mérite une attention particulière. Il ne s'agissait pas dans ce cas de transposer directement à l'hôpital un lot d'outils déjà développés dans le secteur privé. Bien que s'en inspirant directement, les consultants ont élaboré une série d'outils adaptés au contexte médical. La rigueur mise en oeuvre a permis d'atteindre deux objectifs. D'une part, en montrant aux médecins que ce travail nécessite une batterie d'instruments, on renforce la crédibilité de l'entreprise face à un corps très soucieux de faire prévaloir sa compétence technique. D'autre part, en présentant les "non opérationnels" comme des spécialistes venus initier et former au maniement des instruments de la stratégie, on souhaite convaincre les chefs de services de la neutralité de la démarche. Tout ce qui est important, c'est-à-dire les choix, reste entre leurs mains. Les médecins peuvent avoir confiance, ni leur expertise, ni leur liberté ne sont contestées. Tel est, sans aucun doute, l'objectif poursuivi à travers cette instrumentalisation poussée que nous allons décrire. Cette façade ne dit bien évidemment pas tout, mais ce point sera abordé plus loin.

Le schéma d'intervention s'organise autour de cinq phases principales : l'analyse de l'activité, la segmentation, la détermination des choix stratégiques, la construction et la validation des plans d'action, et la mise en oeuvre.

a) L'analyse de l'activité.

A ce premier stade de l'intervention, les objectifs principaux sont d'identifier les grandes problématiques du secteur

d'activité concerné et de développer une vision commune des enjeux. Le service hospitalier doit être replacé à l'intérieur d'un environnement particulièrement complexe. D'abord, toute activité hospitalière n'est jamais isolée, mais elle intervient à l'intérieur d'une filière de soins où figurent bien d'autres acteurs : - praticiens libéraux spécialistes ou non qui sont, en amont, prescripteurs et, en aval, chargés du suivi du patient, - hôpitaux généraux qui adressent des patients pour des interventions précises, - centres de rééducation ou de convalescence qui doivent accompagner les malades après des phases de soins intensifs, - etc... La compréhension du fonctionnement de cette filière globale est préalable à tout essai de positionnement stratégique du service étudié.

Ensuite, tout service hospitalier fait face à une concurrence. Les établissements privés se développent à proximité des établissements publics. Des établissements publics peuvent s'attacher à étendre leur influence géographique au détriment de l'un ou de l'autre. Avant de développer une réflexion stratégique, il convient de connaître l'état de la concurrence. Par ailleurs, l'évolution des pratiques dans le domaine de la santé se fait à un rythme très rapide. Il est indispensable de disposer d'une information claire sur l'évolution de la recherche médicale et sur les innovations technologiques. L'étude de l'environnement doit aussi tenir compte des caractéristiques de la population concernée. L'appréciation de l'évolution de la démographie (natalité, vieillissement, caractéristiques de la population active,...) doit être complétée par celle des changements sociaux (éducation, style de vie,...). Nous voyons que l'étude de l'environnement doit être conduite systématiquement à des distances plus ou moins grandes de l'hôpital.

Comme nous l'avons déjà vu, l'activité hospitalière s'exerce dans un cadre d'une part très contrôlé, d'autre part de restrictions financières. L'analyse doit porter aussi sur les exigences de

la tutelle, l'évolution des réglementations, les modes de prise en charge.

Dans la méthodologie mise en oeuvre au CHRU de Lille, quatre documents principaux sont élaborés : - une grille d'analyse de l'activité, - une analyse quantitative à partir des Résumés de Sortie Standardisés ou d'une enquête sur les patients traités, - un dossier sur l'environnement comprenant une carte de l'offre régionale, l'effectif des spécialistes dans les centres hospitaliers de la région, la densité des spécialistes libéraux dans la région, - un dossier sur le réseau du service ou de la discipline (filière de soins). Ce travail est réalisé en collaboration par l'équipe médicale concernée, les consultants de l'Unité d'Analyse Stratégique et le Département d'Information Médicale. A titre indicatif, la durée d'une étude est au minimum de deux à trois mois.

Pour illustrer, nous allons décrire très succinctement le contenu d'une grille d'analyse d'une activité. Elle est composée de deux parties. La première concerne une description des pathologies traitées, la seconde la filière de soins. Les pathologies sont classées en trois grandes catégories : - les pathologies non maîtrisées actuellement pour lesquelles le service engage des recherches, - les pathologies complexes maîtrisées qui nécessitent le recours à des moyens spécifiques ou à des interventions coordonnées de plusieurs disciplines (par exemple, préparation et suite de greffes), - les pathologies simples qui sont maîtrisées par l'ensemble des spécialistes et des structures hospitalières. Une description des pathologies doit être effectuée selon cet ordre, elle est complétée par une description des technologies utilisées qui sont, elles aussi, classées en trois catégories (émergentes, clés et "de base"). Par ailleurs, un tableau permet de croiser les pathologies et les technologies. Un exemple est fourni ici (voir tableau n° III-2).

		Émergentes				Clés "de base"			
Technologies									
Pathologies									
Non maîtrisées ou recherche									
Complexes maîtrisées ou recours									
Simples ou de Secteur									

Tableau n° III-2 : Matrice pathologies technologies.

Source : CHRU - Unité d'Analyse Stratégique.

Les pathologies et les technologies, toujours classées en trois catégories, sont alors décrites en termes de pratiques médicales. Quatre critères sont envisagés : la programmabilité, la nécessité

d'hébergement thérapeutique, la durée d'hospitalisation, le recours à un plateau technique. Un acte est considéré comme programmable s'il peut être prévu au moins une semaine à l'avance; il est non programmable sinon. Il y a nécessité d'hébergement si le patient doit passer une ou plusieurs nuits à l'hôpital pour des causes thérapeutiques (suivi de soins, mise sous assistance,...). La durée d'hospitalisation est appréciée à travers un indicateur à trois modalités (inférieure à 24 heures, de 1 à 5 jours, de plus de 5 jours). Enfin, le recours à un plateau technique peut être de deux natures. Soit la pathologie nécessite un recours prédominant à des techniques adaptées à la spécialité étudiée, soit elle nécessite un recours prédominant à des techniques partagées avec d'autres services. Des grilles sont construites autour de ces quatre critères pour les pathologies et les technologies. Un exemple en est fourni au tableau n° III-3. En dernier lieu, l'équipe médicale doit indiquer pour tous les établissements publics ou privés l'entourant, la place de chacun, partenaire ou concurrent, pour les trois catégories concernées.

La seconde partie de ce dossier d'analyse s'intéresse à la filière de soins. Le CHRU n'est jamais le seul intervenant. Il se situe dans une filière qui regroupe trois grandes phases : diagnostic, soins, convalescence et contrôle. Au sein de cette filière, le service étudié se trouve en contact avec d'autres intervenants. On demande donc au service de définir les interfaces (c'est-à-dire les institutions en amont et en aval de son intervention), de préciser son rôle (quel est son apport spécifique ?) et de décrire ce qui est spécifique aux institutions concernées. Le tableau n° III-4 fournit un exemple.

Nous ne développons pas les trois autres dossiers. Notre objectif est avant tout ici de souligner combien le souci de présenter une méthode rigoureuse et détaillée a été poussé. Dès ce premier stade de l'analyse, l'instrumentalisation est déjà présente.

COMPOSANTES	1 P/NP	2 H/NH	3 J/S/D	4 S/P
RECHERCHE ou pathologie non maîtrisée				
(Technologie émergente)				
RECOURS ou pathologie complexe maîtrisée				
(Technologie clé)				
SECTEUR ou pathologie simple				
(Technologie "de base")				

- 1) PROGRAMMABILITÉ
- 2) NÉCESSITÉ D'HÉBERGEMENT THÉRAPEUTIQUE
- 3) DURÉE D'HOSPITALISATION
- 4) RECOURS AU PLATEAU TECHNIQUE

Tableau n° III-3 : Grille pour les pathologies (ou les technologies)

Source : CHRU de Lille - Unité d'Analyse Stratégique.

IDENTIFICATION PATHOLOGIE :

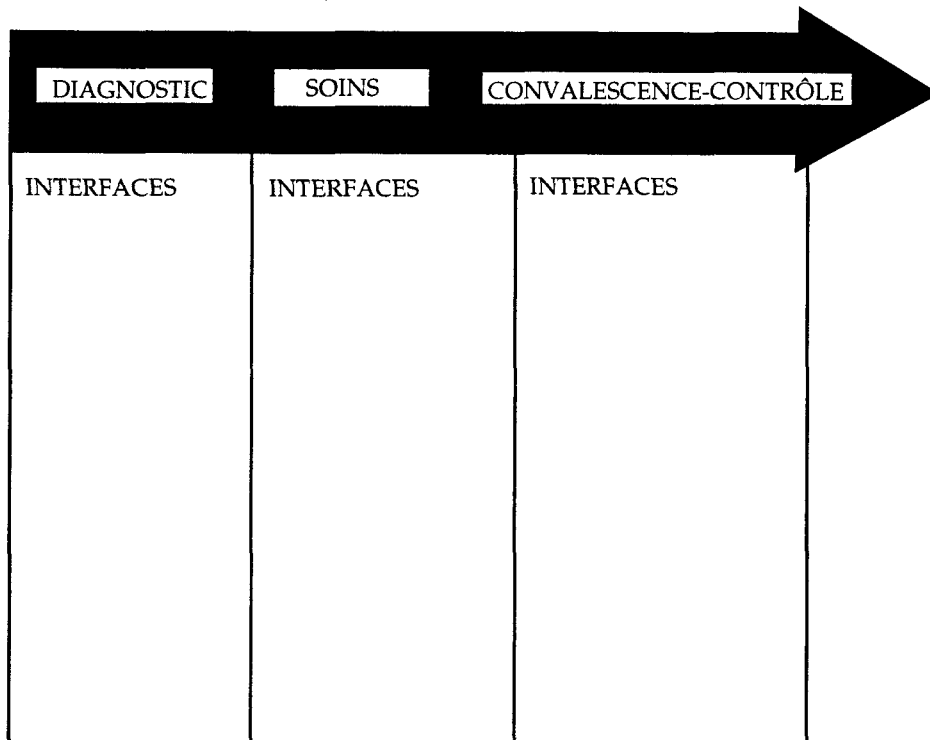


Tableau n° III-4 : Position occupée par le CHRU dans la filière de soins.

Source : CHRU - Unité d'Analyse Stratégique.

b) La segmentation de l'activité.

L'objectif de cette phase est d'identifier des sous-ensembles d'activités homogènes et d'évaluer leur position concurrentielle. Cette phase est réalisée en collaboration par l'équipe médicale, le directeur d'établissement, les consultants de l'unité d'analyse stratégique et éventuellement les directeurs de laboratoire et d'imagerie médicale. Ici encore, le protocole est strictement défini. Par exemple, la fiche

technique à usage des consultants spécifie cinq documents à élaborer : - la segmentation initiale conçue à partir de la phase d'analyse, - la grille d'analyse des facteurs clés de succès, - la grille d'analyse de la valeur, - les commentaires documentés de l'analyse des facteurs clés de succès et de l'analyse de la valeur, - la carte des interfaces médico-techniques. Cette phase de segmentation pour trois services de l'hôpital Calmette du CHRU a duré environ six mois.

La segmentation doit permettre de regrouper différentes activités qui présentent une problématique de développement identique. Pour qu'elle soit opérationnelle, il faut qu'elle ne soit ni trop fine, ni trop grossière. Une discrimination excessive ou insuffisante ne permettrait pas de développer un raisonnement stratégique par la suite. Les critères à prendre en compte pour regrouper les activités sont multiples, mais au CHRU quatre angles d'observation sont privilégiés : les pathologies, les technologies, les processus de prise en charge et les populations. Selon l'angle d'approche, on obtient des segments de nature différente. Un segment centré sur une pathologie va conduire l'analyse vers la prise en compte de toute une filière de soins (de la consultation au suivi, en passant par les soins). Un segment centré sur la technologie n'appréhende qu'un point délimité de la filière de soins. Le segment centré sur le mode de prise en charge donne une place plus importante aux attentes des malades (par exemple, en matière d'hospitalisation programmée à durée déterminée). Un segment centré sur une population particulière répond à un souci de politique sanitaire (par exemple, la prise en charge des alcooliques).

Une segmentation n'est jamais réalisée à partir d'un seul point de vue. Ceci ne signifie pas pour autant que les quatre angles sont systématiquement concernés, un peut intervenir de manière dominante et deux autres de façon plus secondaire par exemple. Le schéma n° III-5 extrait de Crémadez et Grateau (1992), est très présent

dans les documents internes au CHRU. Ceci démontre quel est le poids attaché à ces outils. A titre d'exemple, le mode de segmentation retenu par le service des maladies du sang retient comme dominante du segment la pathologie et comme dimension secondaire le processus de prise en charge. En pneumologie, la segmentation stratégique s'appuie sur la pathologie, la technologie et le mode de prise en charge. Cette phase d'identification des segments n'oublie pas l'importance des problèmes transversaux. Un grand soin est apporté à l'étude des rapports des segments entre eux afin de donner une cohérence d'ensemble aux activités.

Ces segmentations font l'objet d'une validation après l'estimation de la valeur de chaque segment et l'évaluation des facteurs clés de succès. Ces deux aspects relèvent d'une notation détaillée par l'équipe médicale. La méthode étant la même, nous ne présentons ici que la cotation de la valeur d'un segment. Un certain nombre de critères généraux d'évaluation sont retenus : le marché, les barrières d'entrée, les synergies, les apports externes, la sophistication des activités générées et le degré de motivation interne. Chaque critère est lui-même subdivisé en différents éléments. Les responsabilités sont à ce stade partagées, c'est au service de fournir une note pour chaque élément, c'est à la direction que revient le choix des pondérations. Une note moyenne pondérée est alors calculée pour chaque critère, puis pour chaque segment. Un exemple de grille est fourni au tableau n° III-5. La recherche des facteurs clés de succès permet de situer le service face à ses concurrents pour le segment considéré. Les critères pris en compte peuvent être variés : accueil, compétence, animation du réseau de généralistes, disponibilité du matériel.

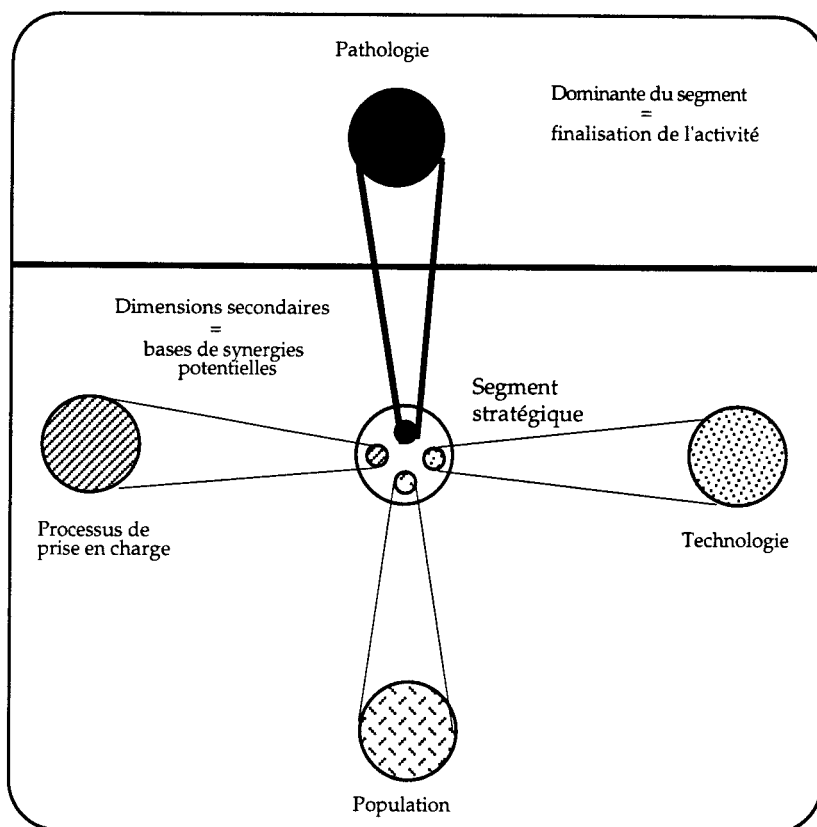


Schéma n° III-5 : La dimension dominante d'un segment.

Source : Crémadez et Grateau (1992).

La segmentation n'est validée que lorsque l'évaluation de la valeur et des facteurs clés de succès démontre la qualité de la partition initiale. Ainsi, pour le service des maladies du sang, les segments obtenus sont les suivants. Rappelons que la segmentation s'appuie sur les dimensions pathologie et mode de prise en charge. Sept segments ont été identifiés : - leucémie aiguë (chimiothérapie très lourde et six semaines en chambre stérile), - lymphome malin non Hodgkinien de haut grade (chimiothérapie relativement lourde mais pas de séjour en chambre stérile),) lymphome non Hodgkinien de bas

MARCHÉ	Poids	Note	Valeur Pondérée
Croissance concurrence fluctuation ...			
VALEUR PONDÉRÉE MARCHÉ			
BARRIÈRES D'ENTRÉE			
SYNERGIES			
APPORTS EXTERNES			
SOPHISTICATION DES ACTIVITÉS GÉNÉRÉES			
DEGRÉ DE MOTIVATION INTERNE			
VALEUR PONDÉRÉE DU SEGMENT			

Tableau n° III-5 : Grille d'évaluation de la valeur d'un segment.

Source : CHRU de Lille - Unité d'Analyse Stratégique.

grade (chimiothérapie moins lourde, beaucoup de patients viennent en hospitalisation de jour), - hémophilie, etc... (patients venant dans un état aigu, mais ne nécessitant pas de chimiothérapie entraînant un séjour en chambre stérile), - les consultations, - les greffes médullaires, - la recherche.

En conclusion, cette phase de segmentation emprunte beaucoup dans sa conception aux méthodes développées dans l'entreprise privée. Sa mise en oeuvre trahit un grand souci de rigueur.

c) La détermination des choix stratégiques.

L'objectif est, à ce stade, de construire un portefeuille d'activités avec l'équipe médicale. Les consultants apportent leur aide pour bâtir des simulations stratégiques mettant clairement en évidence les choix de développement, de conservation ou de désengagement. Un scénario est choisi par l'équipe médicale avec l'intervention, à ce stade, de l'infirmière générale et des surveillantes-chefs qui apportent le point de vue des équipes soignantes. Les acteurs sont plus nombreux ; à l'équipe médicale, les consultants de l'unité d'analyse stratégique, le directeur d'établissement, viennent s'ajouter l'infirmière générale, les surveillantes-chefs, les principales directions fonctionnelles, les représentants de l'unité de conseil pour la démarche sociale et le directeur général. En effet, ces choix stratégiques doivent être articulés avec la politique générale du CHRU et sa politique sociale. Cette phase dure trois mois au minimum.

Le même souci de rigueur est présent tout au long de cette phase. Les différents segments identifiés sont positionnés en fonction de la valeur de l'activité et des facteurs clés de succès. Une carte comme celle figurant au schéma n° III-6 illustre les qualités et les faiblesses du portefeuille d'activités. La surface attribuée à chaque segment correspond au volume d'activité (mesuré en nombre d'entrées). La partie gauche de la carte correspond à une zone à faible risque stratégique. En effet, même si la valeur des services est faible (services

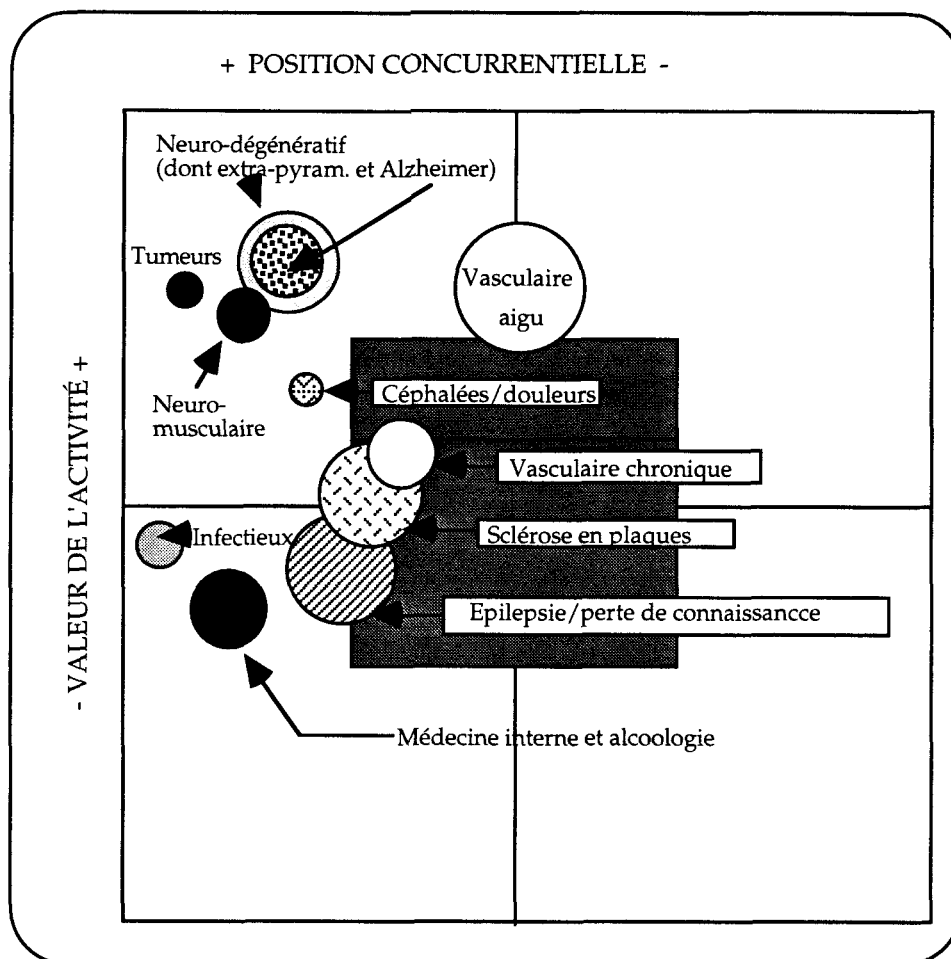


Schéma n° III-6 : Portefeuille de neurologie dans un CHRU.

Source : Crémadez et Grateau (1992).

relativement mal adaptés), les facteurs clés de succès assurent une position concurrentielle excellente. La partie droite correspond à une zone à fort risque stratégique du fait de la faiblesse de la position concurrentielle. La lecture de cette carte peut être affinée. La partie située en haut à gauche correspond aux segments à développer. Celle située en bas à droite indique les segments desquels il faut se désengager ou limiter au minimum l'activité pour assurer le service

public. La partie en haut à droite peut conduire à différentes recommandations stratégiques : renforcer son réseau prescripteur, améliorer la qualité du service offert ou abandonner l'activité à des partenaires éventuels. Dans la partie gauche en bas, les prescriptions peuvent être : gérer avec rigueur, se désengager en recherchant des partenaires ou maintenir au minimum son activité. Au centre, apparaît une zone d'indifférenciation qui comprend des activités moyennement valorisées et non discriminées par rapport à la concurrence. L'incertitude stratégique est, dans ce cas, maximale.

d) Plan d'action et mise en oeuvre.

Nous présentons très succinctement ces deux dernières phases. Notre objectif est de montrer que l'"instrumentalisation" est poussée, sans décrire tous les outils utilisés dans le cadre de cette démarche stratégique. Ces deux dernières phases correspondent d'abord à l'élaboration de plans d'action par segment stratégique, puis à un programme technique détaillé, et à un état prospectif pour les acquisitions d'équipements bio-médicaux. Les actions sont recensées avec un ordre de priorité dans leur réalisation. Les responsabilités sont définies, un échéancier de mise en oeuvre est établi.

La fin d'une démarche stratégique se conclut par un accord entre le comité de direction et la discipline concernée. Elle doit être matérialisée par le projet du service et la rédaction d'un cahier des charges précisant l'échéancier d'évolution des activités, celui de répartition des ressources, la mission des directions chargées de la mise en oeuvre. Enfin, régulièrement devrait être évalué le degré de réalisation des orientations stratégiques.

En conclusion, la conduite de la démarche stratégique apparaît très stricte. Elle a été codifiée à l'intérieur de l'unité d'analyse stratégique à travers un guide méthodologique. Rappelons que son élaboration a été le fruit d'une collaboration entre des consultants externes et une équipe propre au CHRU. Sa lourdeur peut déconcerter le profane. Aussi, préalablement à toute intervention, le consultant de l'unité d'analyse stratégique, accompagné du directeur d'établissement, présente lors d'une première réunion la démarche stratégique au chef de service concerné. Avant de procéder à l'analyse, la démarche stratégique est présentée à toute l'équipe médicale et un engagement de sa participation est recherché. C'est la phase initiale d'apprentissage des outils.

III - UN PROCESSUS EN COURS.

Nous avons vu précédemment deux points d'entrée de la démarche stratégique. Cette dernière est à nos yeux une réponse à un besoin d'intégration au sein d'une organisation qui possède en elle de nombreux facteurs d'éclatement en cas de difficulté financière. C'est une démarche qui a été introduite auprès du centre opérationnel en usant du poids de ses propres instruments. Il serait beaucoup trop naïf de la réduire à son aspect le plus formel et le plus apparent. Sa jeunesse fait qu'elle est certainement encore en cours d'élaboration. La valeur d'un instrument ne vient-elle pas de la façon dont il est employé ?

La démarche stratégique au CHRU de Lille n'est pas restée à l'état de voeu pieux de la direction générale. Sa mise en oeuvre a été progressive, connaissant, comme le dit la direction, une extension "en

tache d'huile". Fin 1993, 95 % de la capacité des services cliniques (court séjour) ont été couverts. Au total, 52 services cliniques dont 19 services de chirurgie ont participé à cette démarche, auxquels il faut ajouter 3 services médico-techniques et 6 plateaux techniques associés. Au niveau de la participation du corps médical, 85 Professeurs des universités - Praticiens Hospitaliers, 80 Praticiens Hospitaliers, 30 Chefs de clinique, 15 attachés et 25 surveillantes de soins s'y sont impliqués. L'analyse stratégique a été expérimentée en 1989 dans le service des maladies de l'appareil digestif. La méthode a été adaptée en 1990 avec l'analyse des services de neurologie et de pneumologie. En 1991, la démarche stratégique a été diffusée en cardiologie et chirurgie cardiovasculaire, en chirurgies générale, digestive, endocrinienne et thoracique, en médecine interne, convalescents neurologiques, diabétologie et endocrinologie. En 1992, le mouvement s'est poursuivi avec la neurochirurgie, l'hématologie clinique, la chirurgie plastique et reconstructive, les brûlés, le service d'urgence respiratoire et de réanimation médicale, la rhumatologie, la pharmacologie, les explorations fonctionnelles respiratoires, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie et la médecine néonatale. En 1993, les opérations initiées ont permis de couvrir les autres services cliniques du CHRU.

Cette extension ne s'est pas faite sans résistance. Parler de résistance ne suggère pas que derrière cette façade de progrès se cacherait un immobilisme certain. Parler de résistance suggère beaucoup plus, à nos yeux, que de tels mouvements génèrent leur lot de difficultés, que les craquements à l'occasion peuvent se faire entendre. Les initiateurs de cette démarche stratégique ont cherché à obtenir la confiance des médecins. Ceci se retrouve dans le discours même de la direction pour qui les missions du CHRU restent soigner, former, prévenir, chercher, évaluer. Ceci se retrouve de manière plus fine encore tout au long de la méthode proposée. Par exemple, dans la phase d'analyse, c'est l'équipe médicale seule qui retrace son activité. Il

en est de même dans la phase d'évaluation, voire dans le choix d'un plan d'action particulier.

Ceci ne signifie pas que tout est facilement accepté par les médecins. Par exemple, l'analyse des facteurs clés de succès est souvent très mal vécue. Pour les médecins, quand ils sont au CHRU, ils sont uniques dans la région, ou alors ils n'ont que des confrères et non des concurrents. Dans un cas, celui de la cardiologie, l'analyse a été complétée par une interrogation directe des concurrents et des prescripteurs. Ceci n'a pu être fait, en accord avec les médecins, que parce que la confiance était suffisante. Les réponses obtenues comportaient de nombreux aspects critiques, à tel point que la direction générale et le président de la Commission Médicale s'en étaient inquiétés. Cette présentation des résultats n'a pas été dans ce cas de nature à interrompre la démarche stratégique. Toutefois, ce type d'enquête reste rare. La volonté de respecter et d'associer le corps médical révèle ses propres limites.

Une autre caractéristique générale de cette démarche est de ne pas s'inscrire dans l'urgence. Bien au contraire, il s'agit d'anticiper les effets des contraintes externes afin de ne pas agir "à chaud". Le travail peut "prendre son temps". Les participants doivent se plier au rythme de la progression de la démarche stratégique mais n'ont pas à vivre dans la précipitation. Ce respect de chacun a une contrepartie qui est perçue négativement, tout particulièrement par les médecins, la lenteur et la lourdeur de la procédure. Les chefs de service, s'ils déploreraient auparavant l'absence de réunions, se plaignent plus volontiers actuellement d'un excès de réunions. La lourdeur ressentie cache peut-être aussi le caractère désagréable que revêtent certaines interrogations. De leur côté, les consultants déplorent à l'occasion certaines attitudes dilatoires, comme quoi les sources de conflit ne sont pas tout à fait taries. Il semblerait, qu'en certaines occasions, la démarche stratégique puisse être le théâtre où s'expriment les

crispations à l'encontre de la direction générale. Les consultants se vivent alors comme de véritables "tampons" entre les chefs de service et le sommet. Deux dernières conséquences de la lourdeur et de la lenteur de la démarche stratégique concernent le fait que les services ne peuvent être traités que les uns après les autres. D'abord, des choix effectués peuvent apparaître contestables après coup, lorsque l'analyse stratégique est conduite dans des services qui s'avèrent relativement proches. Ensuite, certains médecins ont rapidement assimilé la méthode. En travaillant collégialement au niveau de leur service, ils se sont révélés particulièrement efficaces pour imposer leurs choix à certains de leurs collègues consultés ultérieurement et qui avaient une moindre pratique.

La méthode se veut un moyen laissé entre les mains du corps médical pour faire des choix cohérents en matière de développement. Le "neutralisme" affiché officiellement de la part des consultants n'est peut-être pas aussi absolu. D'une part, ces derniers jouent un rôle actif tout au long de la procédure en aidant les médecins à formuler leurs choix, en rédigeant les synthèses. D'autre part, des éléments importants dans les procédures d'évaluation restent entre les mains de la direction comme les pondérations des différents critères qui traduisent véritablement son système de valeurs. De leur côté, les médecins restent très ambigus. Tout en acceptant l'idée que des choix sont devenus inéluctables, vu les contraintes financières, ils manifestent beaucoup de difficultés à les formuler, et encore plus à les mettre en oeuvre. Le désengagement est, de ce point de vue, la décision la plus difficile. Il ne manque guère de bonnes raisons pour l'éviter. Ils ne l'acceptent que s'il reste dans des limites tolérables. Pour des raisons d'éthique, une quantité de soins suffisante doit être maintenue. La formation a, de son côté, ses propres exigences. On ne peut pas se résigner à ne traiter que des cas complexes, les étudiants et les jeunes praticiens doivent avoir aussi l'occasion de se former au contact de pathologies courantes.

Toutes ces réticences sont source de craintes pour les responsables administratifs. En effet, les résultats de cette démarche stratégique ne se traduisent que par des engagements couchés sur le papier. La mise en oeuvre dépend aujourd'hui encore beaucoup de la bonne volonté du corps médical. En cette matière, comme dans les précédentes, les impressions relevées sont souvent contradictoires. A l'évidence, les résultats ne sont pas absents, le corps médical a sans aucun doute joué le jeu dans certaines occasions. On peut citer parmi les réalisations, la concentration de ressources sur des pathologies complexes associée à la diminution d'activités pouvant être assurées ailleurs (par exemple : recentrage de l'endocrinologie sur les pathologies complexes par diminution du recrutement des diabètes simples). On peut encore citer des transferts d'activités entre services de même discipline (transferts réciproques de patients atteints de troubles du rythme en cardiologie A et de pathologies vasculaires en cardiologie C), la création de secteurs d'hospitalisation programmée à durée déterminée permettant de redéployer les personnels de week-end (gastro-entérologie, neurologie, pneumologie...), la prise en charge multidisciplinaire de certains patients (par exemple, la mise en place d'un centre de prise en charge des lésions du pied diabétique que nous avons évoquée au chapitre I).

La démarche stratégique a permis aussi au CHRU de Lille de faire progresser son positionnement par rapport à d'autres hôpitaux de la région. Ainsi, les capacités d'hospitalisation en hématologie clinique apparaissaient insuffisantes au plan régional. Plutôt que d'accroître le nombre de lits au CHRU de Lille, il a été choisi de développer un partenariat avec le CH de Roubaix et celui de Tourcoing. Le CH doit prendre en charge les patients hématologiques ne nécessitant pas de chambre stérile. Les cas de leucémie aiguë, auto et allo-greffes sont traités au CHRU de Lille. Ce partenariat devrait devenir effectif en 1995.

Nous avons donc une double lecture et souvent par les mêmes personnes de cette expérience. Sans aucun doute, l'importance de leur investissement en pédagogie est-il lourd à porter pour les consultants ? Leurs craintes quant à l'avenir de leur travail ne sont peut-être pas tout à fait inutiles, mais elles sont aussi renforcées par la nature de leur mission de conseil et non de contrôle. Il y a certainement là une ambiguïté fondamentale. Une autre difficulté pour eux est qu'ils sont principalement envoyés en mission auprès des services par la direction générale. Ce statut est certainement difficile à vivre et on comprend mieux leur regret de ne pas avoir affaire à des services qui demandent spontanément leur assistance, sauf s'ils y trouvent un intérêt particulier.

Les médecins, tout en reconnaissant l'intérêt de la démarche, semblent laisser poindre, à l'occasion, une acceptation quelque peu désabusée. Pour eux, le dispositif est une façon de leur faire accepter les contraintes financières ; ils n'en sont point dupes. Simplement, comme l'admet l'un d'entre eux, les choix qui sont ou seront effectués le sont ou le seront en fonction de classements ou de préférences qu'ils ont ou auront eux-mêmes énoncés. Même si c'est plus ou moins à contrecœur, ils se trouvent bien associés aux choix. C'est en même temps un grand mérite, à leurs yeux, de cette démarche.

La façon dont est conduite l'élaboration de la stratégie au CHRU de Lille possède deux limites supplémentaires. La première, nous semble-t-il, est qu'elle repose essentiellement sur une association des médecins et de la direction. L'intégration se fait à travers les équipes médicales, les autres soignants sont très peu impliqués. Certes, il existe, en complément à cette démarche stratégique, une démarche sociale. Cette dernière a été initialement mal perçue par les médecins qui ont répandu le mot suivant : "démarche sociale = démarche socialiste". Pour le reste du personnel, elle est apparue surtout comme la mise en exécution secondaire des choix effectués par les médecins. La

seconde limite tient à l'association très forte entre cette démarche stratégique et un homme, François Grateau. Nombreux sont ceux qui reconnaissent que le succès de cette entreprise tient beaucoup à la personnalité du directeur général. Certains expriment même la crainte que toute cette entreprise dépérisse rapidement au cas où ce dernier vienne à quitter le CHRU. Enfin, on peut craindre que le poids de cette personnalité ne renforce, à son corps défendant, le caractère exclusif de la pensée managériale.

L'exposé de ces réserves ne doit pas faire oublier l'essentiel. Le CHRU de Lille a commencé à définir son positionnement : se concentrer sur des activités de pointe ou complexes, et corrélativement amorcer un retrait d'activités plus simples que d'autres peuvent réaliser tout aussi bien que lui. Le CHRU fait face à la problématique des choix, ce qui est toujours source de tension. L'outillage stratégique auquel il a recours est déjà fort élaboré, mais c'est dans sa pratique qu'il continue de se forger. Ainsi, le modèle de contrôle stratégique dont il se dote n'est pas encore achevé. La boîte noire n'est pas encore refermée.

SECTION 2 : LE COUPLAGE DES OUTILS DU CONTRÔLE DE GESTION ET DE LA STRATÉGIE.

Anthony (1988) situe le contrôle de gestion entre la planification stratégique et le contrôle des tâches. Il précise par ailleurs

que "les frontières entre ces processus sont plus ou moins floues". L'étude d'outils de contrôle de gestion ne peut donc s'envisager que dans la perspective de la stratégie choisie par l'organisation. Les liens entre les systèmes de contrôle et les stratégies sont au coeur de tout un récent courant de recherches particulièrement fécond (voir Dent (1990), pour une revue de ces thèmes). Pour l'essentiel, ces travaux concernent l'industrie. Par exemple, Simons (1987, 1990) montre combien les systèmes de contrôle sont construits en fonction des besoins des dirigeants de gérer les risques stratégiques et de préserver leurs avantages compétitifs. L'un des objectifs de notre étude clinique est de voir comment les outils de gestion développés par le CHRU s'articulent avec ceux de la gestion stratégique. Avant d'exposer nos résultats, il convient d'une part, de préciser ce que nous entendons par outils du contrôle de gestion, d'autre part de fournir un modèle d'analyse de cette relation.

Nous reprenons la typologie proposée par Anthony (1988) pour détailler le système formel du contrôle de gestion. Nous distinguons en conséquence quatre étapes : la programmation, l'élaboration des budgets, leur exécution et leur évaluation. Notons d'emblée que nous reprenons l'analyse proposée par Anthony pour des activités opérationnelles permanentes et non celle pour le contrôle des projets. La raison en est que pour cet auteur : "La caractéristique même d'un projet est de se terminer lorsque son objectif est atteint (éventuellement avant même qu'il le soit). Une organisation qui fonctionne normalement opère indéfiniment ; une équipe de projet n'a plus d'existence lorsque son projet est achevé". Même si certains ont fait valoir que les projets sont nombreux à l'hôpital et que les directeurs doivent avoir des compétences affirmées en gestion de projets (Claveranne, 1993), nous considérons ici que l'hôpital doit être étudié essentiellement sous son aspect d'organisation permanente.

Au niveau de la méthode d'analyse, nous devons beaucoup à Hopwood (1978, 1983, 1987), Covaleski et Dirsmith (1986, 1988) et Preston, Cooper et Coombs (1992). Suivant Hopwood, les outils comptables ne peuvent pas être approchés indépendamment de l'organisation. C'est à la lumière du système comptable en usage que les dirigeants prennent conscience des déficiences de leur activité. C'est avec les coûts tels qu'ils sont mesurés qu'ils vont décider des changements dans leur production. L'évolution des activités dicte à son tour des modifications dans l'organisation et dans les systèmes d'information. C'est alors que le système comptable est conduit à se transformer pour s'adapter à la situation nouvelle. Pour analyser un système comptable, il est donc indispensable de le saisir dans l'action de l'organisation. Le schéma n° III-7 proposé par Hopwood (1987) montre que le système comptable est à la fois une cause et une conséquence du changement.

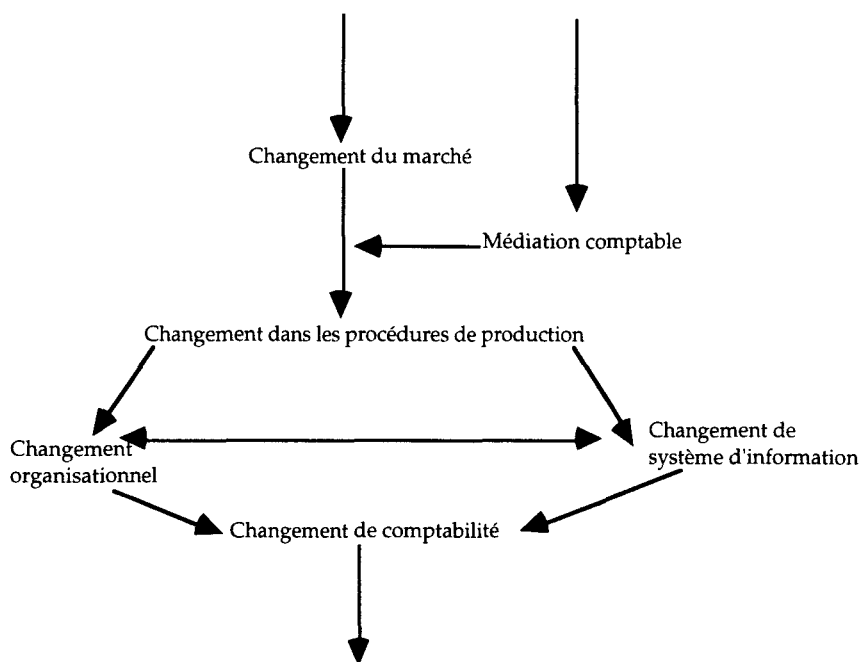


Schéma n°III-7 : Implication de la comptabilité dans le changement organisationnel. Source : Hopwood (1987).

Il est donc intéressant de rapprocher les efforts du CHRU pour modifier le champ d'activités, adapter en conséquence l'organisation du fait des modifications amenées par les nouvelles orientations de la politique de santé de l'État, et l'évolution de ces pratiques en matière de comptabilité de gestion.

Si on s'intéresse à une classe particulière d'outils comme les budgets, ce que nous faisons par la suite, l'appréciation de leur rôle peut être conduite de manière traditionnelle en vérifiant qu'ils permettent d'affecter rationnellement les ressources aux différentes unités, tout en permettant d'atteindre les objectifs fixés par la stratégie (Voir Anthony, 1965, 1988 ; Horngren, 1977). Cette vue n'a pas fait l'unanimité. Par exemple, Cyert et March (1963) ont fait valoir que les budgets n'étaient que le fruit de marchandages et qu'ils étaient accessoirement utiles pour légitimer le pouvoir en place. Wildavsky (1975) insiste sur les liens entre le processus budgétaire et les "activités politiques". "Les budgets réalistes sont une expression de politiques pratiques. L'allocation des ressources reflète nécessairement la distribution du pouvoir". Dans la même veine, Burchell, Clubb, Hopwood, Hughes et Nahapiet (1980) écrivent : "les mécanismes pour le contrôle organisationnel commencent maintenant à être vus comme émergeant de la nature politique et conflictuelle de la vie organisationnelle... Le design des systèmes d'information et de comptabilité est aussi impliqué dans le management de ces processus politiques". Un peu plus loin, ces auteurs soulignent combien les systèmes comptables peuvent influencer le langage accepté de la négociation et du débat. Dès lors, la comptabilité, en autorisant un compromis entre des intérêts divergents, peut servir à légitimer ou à justifier des décisions prises. Jönsson (1982) montre dans le cas d'une municipalité que, derrière la procédure budgétaire, derrière les rites, les hommes développent une grande aptitude à négocier à leur avantage plutôt qu'à faire de bons budgets. Ainsi, l'analyse d'un outil comme le budget ne peut pas être conduite uniquement comme s'il s'agissait

Form

Form

d'une réalité objective et neutre mais doit tenir compte de son environnement "politique".

Covaleski et Dirsmith (1986) proposent une analyse plus fine dans le cadre d'une étude portant sur l'implication des infirmières surveillantes dans la procédure budgétaire dans six hôpitaux américains. Ils empruntent à Argyris (1976) l'idée selon laquelle un système de contrôle "top-down" qui cherche à minimiser à la fois les incompréhensions de la part des subordonnés et l'injustice qu'ils perçoivent serait beaucoup trop onéreux pour exister. En effet, il faudrait qu'il reflète toute la complexité des tâches effectuées par le subordonné afin que ce dernier ne développe point un sentiment d'injustice. Ainsi, s'il n'accepte pas cette forme d'injustice, le subordonné doit accepter d'être déloyal vis-à-vis de son organisation en refusant le système de contrôle parce qu'il estime que l'information est incomplète. Le dilemme est le même pour le manager qui doit accepter d'être injuste pour conduire une politique efficace. Reprenant une perspective déjà développée par Bateson (1972), Covaleski et Dirsmith font valoir qu'il est possible de réconcilier les deux vues précédentes. Au-delà de ce qui peut apparaître rituel, on peut retrouver le moyen d'atteindre des objectifs bien réels, même si le système de contrôle ne laisse pas au subordonné le sentiment d'une mise en oeuvre de décisions rationnelles. Ainsi, dans le cas des infirmières surveillantes, les auteurs montrent que ces dernières avaient pour premier objectif de se faire reconnaître comme corps professionnel. Les directions des hôpitaux n'ont pas accédé à leur demande mais les ont nommées surveillantes-managers associées à l'élaboration du budget. Cette promotion a été vécue comme fictive, les nouvelles tâches ont été vécues comme peu gratifiantes et sans réel intérêt (affectation de consommations téléphoniques, etc...). A première vue, le système budgétaire apparaît loin d'atteindre un objectif d'amélioration de la gestion. Elles devaient participer au rite. Ceci étant, souhaitant rester loyales vis-à-vis de leur institution, ces surveillantes se sont

impliquées dans ces nouvelles tâches comptables. La direction avait atteint son objectif principal. En effet, elle voulait avant tout réduire ses coûts. Or, la reconnaissance des infirmières en tant que corps aurait été à terme génératrice de coûts supplémentaires. En impliquant les surveillantes dans la procédure budgétaire, on repoussait cette demande, et surtout on faisait progresser la prise de conscience de l'exigence de contrôle des dépenses.

Nous allons donc essayer de proposer, pour chaque catégorie d'outils de contrôle de gestion utilisés au CHRU de Lille, une description de sa finalité économique, une analyse des jeux politiques potentiels et une lecture des liens qui unissent ces deux aspects et qui permettent de dépasser leur contradiction.

Alors que les travaux de Hopwood ou ceux de Covaleski et Dirsmith concernent des systèmes comptables déjà en place ou anciens, l'intérêt de l'étude de Preston, Cooper et Coombs (1992) est de s'intéresser à un système comptable en cours d'élaboration. Elle concerne la tentative de mise en place d'un système budgétaire au sein d'établissements hospitaliers britanniques. Les auteurs font valoir qu'il est plus facile d'observer les jeux de pouvoir et les résultats qui vont apparaître lorsque le système comptable n'est pas encore figé mais qu'il est débattu par les acteurs. Notre observation au CHRU de Lille s'est effectuée au cours d'une période "ouverte". Comme pour le système de contrôle stratégique, la boîte noire du contrôle de gestion n'est pas encore refermée.

I - LA PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS NOUVELLES.

Comme l'indique Anthony (1988), la programmation des activités doit être distinguée de la planification stratégique : "dans le processus de programmation, les buts et stratégies sont fondamentalement acceptés comme donnés. Les décisions concernant les programmes ont donc pour but de mettre en oeuvre les stratégies". Dans ce sens, et toujours selon Anthony, la programmation doit déboucher sur un plan pluriannuel. Aborder le domaine de la programmation dans l'hôpital public est un exercice délicat. D'une part, l'hôpital public a une gestion qui doit s'insérer dans le cadre particulier de la comptabilité publique. La règle fondamentale de l'annuité du budget interdit de prendre des engagements de dépenses et de recettes sur une période plus longue. Même si l'établissement peut être conduit à élaborer des schémas directeurs pour planifier ses investissements, on ne peut pas parler à ce stade d'un plan financier dans la mesure où tous les aspects liés à l'exploitation courante ne sont pas traités. D'autre part, et c'est peut-être là une particularité un peu plus marquée à Lille, la planification stratégique se fait par domaine médical. Son opérationnalisation s'effectue beaucoup plus au niveau de l'autorisation de la mise en oeuvre de nouvelles activités médicales ou du développement d'autres dans chaque domaine de soins. La programmation des dépenses de fonctionnement joue donc un rôle primordial dans la réalisation des stratégies précédemment définies.

C'est pourquoi nous nous attachons à étudier ici les décisions en matière "d'activités nouvelles", même si cette tâche ne revêt dans le cas présent aucun aspect formel pluriannuel. Elle nous semble cependant parfaitement répondre à la proposition d'Anthony (1988) : "la programmation est le processus par lequel sont décidés les programmes que l'organisation entreprendra et les montants

approximatifs de ressources qui seront allouées à chaque programme". Notons que si les effets ne sont évalués que sur l'année à venir, ils vont affecter l'organisation sur une période bien plus longue. En effet, dès qu'une activité nouvelle est acceptée, les dépenses sont automatiquement ajoutées à la base budgétaire. Comme la ressource principale, la dotation globale de fonctionnement, est calculée automatiquement en fonction du budget précédent, la programmation ne vaut pas pour un an, mais à la limite en poussant le raisonnement à l'extrême, pour l'éternité. On est donc bien face à une programmation de dépenses et de recettes sur le long terme.

Nous voyons donc qu'il n'y a pas de processus de planification pluriannuelle comme on l'entend dans l'entreprise privée, c'est-à-dire un processus qui permet constamment de s'assurer que l'allocation des ressources envisagée va s'effectuer en cohérence avec les choix stratégiques. Le propre de cette planification est d'être glissante, c'est-à-dire remise à jour fréquemment. Cependant, l'émergence récente d'un processus de programmation d'activités nouvelles apparaît à nos yeux comme un premier pas dans la constitution de cette composante d'un système de contrôle de gestion.

Lorsqu'un chef de service souhaitait accroître une activité existante ou en développer une nouvelle, il devait adresser sa demande au directeur d'établissement qui la transmettait à la direction générale du CHRU. Cette dernière effectuait ses choix en fonction des moyens financiers accordés par la tutelle. Aujourd'hui, le dispositif est devenu beaucoup plus élaboré. Au sein de chaque établissement, les médecins élaborent, en collaboration avec leur directeur, un dossier pour chaque activité nouvelle. La présentation de ces dossiers est relativement standardisée. Un imprimé propre au CHRU (voir tableau n° III-6) récapitule les principales motivations d'ordre médical, une estimation des populations concernées, une étude des coûts supplémentaires et les économies attendues. Chaque dossier peut être

<p style="text-align: center;">MOTIVATION</p> <p>Dans le domaine de l'assistance circulatoire, 450 000 F supplémentaires ont été accordés en 1992, permettant de placer 20 patients sous biomédecus soit en attente de greffe ou en post-greffe, soit en sortie de CEC difficile, soit en support d'angioplastie. En 1992, le biomédecus a été utilisé 8 fois dont 2 fois en attente de greffe, soit 4 malades et 8 têtes biomédecus. Aucune demande complémentaire n'est faite pour développer cette technique en 1993. Par contre, dans le cadre de la création d'un pôle d'assistance circulatoire commun entre l'anesthésie réanimation et le service des soins intensifs, il est prévu d'utiliser l'hémopompe pour la prise en charge des infarctus massifs du sujet jeune permettant de mettre le patient en attente d'une greffe ou permettant une réparation chirurgicale. Cette technique destinée à 10 patients en 1993 au coût unitaire de 24 000 F, nécessite un financement de 240 000 F. Dans les cas, soit d'utilisation du biomédecus, soit d'utilisation de l'hémopompe en attente de greffe, le recours à une assistance lourde doit être envisagé en raison de la durée maximale de 4 à 5 jours d'utilisation des 2 techniques précédentes. Dans ce cadre, il est demandé le financement d'un ventricule para-corporel pouvant être utilisé sur la console jarvik au coût unitaire estimé de 220 000 F.</p>		<p style="text-align: center;">PROGRAMME D'ACTIVITÉ</p> <p>En nombre de : hémopompe et ventricule para-corporel</p> <p>1990 :</p> <p>1991 :</p> <p>Projections 1992 :</p> <p>Prévision 1993 : 10 et 1</p> <p>Demande supplémentaire 1993 : 10 et 1</p>	
<p style="text-align: center;">COÛT</p> <p>Coût unitaire d'une hémopompe : 24 000 F soit pour 10 hémopompes 240 000 F</p> <p>Coût unitaire d'un ventricule para-corporel 220 000 F</p>	<p style="text-align: center;">COMPENSATION</p> <p>Les deux activités considérées sont totalement nouvelles et ne peuvent se substituer à aucune autre activité.</p>	<p style="text-align: center;">SURCOÛT</p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">460 000 F</p>	
<p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">460 000 F</p>		<p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"> </p>	

Tableau n° III-6 : Exemple d'activité nouvelle. - Source : CHRU de Lille.

étayé par une documentation plus ou moins développée. Ces dossiers sont présentés devant une commission médico-administrative qui effectue une première sélection. L'ensemble des propositions retenues est adressé à la tutelle dans le cadre de la négociation du budget primitif. Une fois connu le montant définitif alloué pour le financement de ses activités nouvelles, la commission médico-administrative se réunit à nouveau et procède aux choix définitifs compatibles avec les moyens attribués.

La commission médico-administrative est de création récente. Elle n'existe que depuis deux ans. Il est d'ailleurs intéressant de noter les incertitudes concernant sa dénomination selon les interlocuteurs rencontrés. Par exemple, certains cadres administratifs se réfèrent à une sous-commission financière ou encore à une commission des finances médico-administrative. De son côté, le président de la Commission médicale d'établissement (CME) met en avant qu'elle est informelle et qu'elle n'a pas été votée en CME. A travers les mots, il est facile de percevoir l'importance de la dimension financière qu'attendent certains, le regret d'une légitimité professionnelle entendu chez d'autres. Cette commission, dont le statut est encore mal défini, est issue d'entretiens entre le directeur général et le président de la CME. Le directeur général du CHRU ne souhaitait plus effectuer des choix sans l'éclairage du corps médical. Il a donc constitué à cet effet un groupe de travail qui comprend en 1994, outre le directeur général et le président de la CME, les médecins administrateurs de la CME, les directeurs d'établissements et des cadres gestionnaires. La perception de cette initiative est diverse. Un cadre gestionnaire déclare :

"notre souhait, c'est qu'ils (les médecins) participent de plus en plus à la gestion. La mise en place de la commission est un très bon exemple de coopération. Monsieur Grateau veut qu'il y ait un dialogue, une communauté".

Un médecin membre de cette commission laisse échapper qu'elle a été "acceptée sans enthousiasme", ou encore qu'après les réunions subsiste "une impression de malaise".

Une première lecture de cette initiative laisserait penser qu'elle permet une analyse objective des qualités et des limites de chaque proposition, tant au plan financier qu'au plan médical. La composition mixte de cette commission traduirait une association coopérative entre le centre opérationnel et le sommet administratif. Si des difficultés de fonctionnement sont apparues, certains les voient comme passagères. Une meilleure explication de la démarche permettrait de résoudre ces difficultés. Ainsi, un cadre gestionnaire constate qu'il n'est pas facile de rapprocher deux "cultures" différentes.

"C'est vrai que les médecins ne s'engagent pas beaucoup sur les chiffres, ils se réservent. Il faudrait qu'ils s'engagent plus sur les chiffres dans le cadre des projets médicaux, par exemple, dire qu'ils s'engagent à recevoir 100 patients de tel type. Ils ont du mal à donner des chiffres. Ils ont peur que si c'est 105 ou 95 ça ne marche plus. Or pour nous, le chiffre n'est pas un cadre stalinien."

Toutefois, la lecture de nombre de fiches de présentation d'activités nouvelles ne laisse apparaître que rarement des vides en matière d'estimation de populations concernées. Les difficultés majeures ne sont pas, pour reprendre notre grille d'analyse, le fruit d'imperfections ou d'incompréhensions provisoires qui empêchent l'outil de fonctionner rationnellement comme il le devrait.

La seconde dimension politique n'a pas manqué de poindre rapidement. A travers les discussions, chacun réaffirme ses positions de force. Les gestionnaires admettent le pouvoir médical.

"Il n'y a aucun pouvoir hiérarchique du directeur général sur les médecins. Le médecin est libre. Donc tout va se négocier, c'est du consensus".

Ils connaissent les jeux politiques que peuvent mener certains médecins auprès des maires.

"Les médecins peuvent aller jusqu'à faire partir un directeur général".

Les médecins sont, de leur côté, conscients de leur pouvoir.

"La CME a un rôle important, ici on vote toujours le budget. A Tours, par exemple, la CME a refusé le budget. Le directeur a sauté".

Est-ce à dire que l'administration hospitalière est sans pouvoir de son côté ? Certainement pas, elle fait valoir sa capacité à négocier avec la tutelle. Cet aspect est très développé par les différents cadres gestionnaires.

"La négociation avec la tutelle, c'est d'obtenir la variation de la base. Cette année, on a 7 millions en plus pour financer des activités médicales. L'an prochain, ça sera dans la base".

On pourrait, à partir de là, penser que les administratifs tentent de convaincre les médecins d'élaborer au mieux leurs dossiers de demandes pour être leurs meilleurs interprètes auprès de la tutelle. Ce rôle de second ne semble pas convenir et ce schéma rationnel est même balayé par certains.

"Quand on demande une mesure nouvelle, on explique le pourquoi, le comment. On met le coût des produits, on valorise. Mais ils ne s'en servent pas (la tutelle). La qualité des relations joue beaucoup."

En caricaturant, les médecins, n'ayant ni le temps, ni peut-être le goût de participer à la collecte des fonds, deviennent ainsi les dépendants de l'administration hospitalière.

"Le plus gros pouvoir (de la direction générale) c'est celui de proposition. Les médecins ont besoin de nous".

D'autres font valoir que plus les administratifs sont associés aux médecins dans la conduite de l'hôpital, plus ils réduisent leur position de faiblesse initiale à l'intérieur.

"Plus ça va, plus on connaît la pratique médicale, plus l'aura de prestige est contestée".

Le jeu politique ne serait donc pas si déséquilibré. Toute cette procédure de choix en matière d'activités nouvelles pourrait être ainsi évaluée à l'aune des jeux de pouvoir. La volonté de mettre en place une procédure coopérative et rationnelle ne serait que façade. Le rite de l'évaluation économique et médicale ne traduirait que des rapports de force. Cette arène accueillerait les joutes des puissances en présence qui se partageraient le pouvoir de décisions. Elle aurait aussi pour vocation de les légitimer.

"Nous, on joue le rôle d'arbitre. Les rejets de projets sont justifiés, soit qu'on a un doute sur leur gestion, soit sur la pertinence des projets."

"Ça se passe bien. Les discussions sont franches et vives".

D'ailleurs, il est piquant de constater que si des conflits sont relevés, ils ne concernent toujours que l'autre partie. Ainsi un cadre gestionnaire déclare.

"Les médecins sont très durs entre eux. Par exemple, on a deux départements d'anesthésie, chacun fait un protocole. Les médecins ont dit, on ne finance que le même pour les deux départements".

De son côté, un médecin relève :

"Parfois, entre la direction générale et les directions d'établissements, c'est vif !"

Chacun, après avoir marqué ses positions de pouvoir, a donc le souci de ne pas mettre en exergue les aspects conflictuels qui pourraient l'opposer à l'autre partie. Est-ce donc à dire que cette seconde lecture de la procédure de choix des activités nouvelles est insuffisante ? Peut-

être, comme nous l'avons évoqué lors de la présentation de notre grille d'analyse, se cachent derrière le rite des objectifs bien réels.

La démarche poursuivie doit permettre de sélectionner les activités en conformité avec les choix stratégiques, selon les deux dimensions médicale et économique. Or, les médecins font valoir que la composition actuelle de la commission n'autorise pas une étude satisfaisante des différents projets.

"Nous ne sommes pas contents de nous. Les médecins sont très mal à l'aise. On est cinq, on représente cinq spécialités différentes, mais on ne couvre pas tout. Les demandes nouvelles sur des choses qu'on ne connaît pas bien, on ne peut pas les apprécier".

De plus, même pour les disciplines couvertes, la procédure semble peu satisfaisante car le médecin est à la fois juge et partie.

"Comment fait-on les choix ? Au pif. C'est cependant mieux qu'avant mais c'est très insatisfaisant pour les médecins. Par exemple, je suis rhumatologue, je dépose une demande pour une thérapeutique nouvelle, par exemple sur la spondylarthrite rhumatoïde. J'argumente, je joins des extraits d'articles scientifiques. J'indique le nombre de patients concernés dans la région. Qui peut juger du bien-fondé de la demande, à part mon équipe et moi ? Il faudrait demander l'avis de collègues parisiens..."

Toutes ces difficultés ont pour résultat, selon les médecins, que le poids des non médecins s'en trouve accru au moment de la décision.

"On a plus d'état d'âme pour trancher que les non médecins".

Plus importante encore est leur constatation que les critères de choix prédominants sont les critères économiques. De toute évidence, cet aspect des choses est mal vécu.

"On commence la discussion avec des arguments médicaux et on termine avec du bassement économique".

La dimension économique ne concerne pas ici seulement l'analyse coût-avantage de ces activités nouvelles. Il faut entendre tout autant l'aspect rétorsion vis-à-vis de ceux qui répugnent à respecter leurs engagements en matière de choix stratégique d'activités, ou encore en matière de respect des contraintes budgétaires;

"La démarche stratégique est articulée sur les budgets. Un service ne peut prétendre à l'obtention de moyens nouveaux que sur la base d'une activité de recours ou de recherche" (un cadre administratif).

"Alors, on fait plutôt des choix économiques. Par exemple, un médecin qui ne joue pas le jeu, qui dépasse toujours ses budgets, qui ne fait pas attention à la gestion, on ne lui attribue pas de fonds supplémentaires". (un médecin).

Cet aspect des choses a été bien compris par les directeurs soucieux de bien développer leur établissement. Ils ont alors à coeur de préparer, avec leurs médecins, les dossiers afin d'augmenter la probabilité de réussite. C'est donc à la source, quand le critère économique est bien traité, et que l'argumentation médicale est solide, que le devenir du projet se dessine. Ainsi, un directeur d'établissement, évoquant la préparation des dossiers, déclare :

"On doit travailler avec le corps médical. Ça se fait dans le cadre du projet médical".

"Les médecins participent, ils ont compris l'enjeu, c'est-à-dire qu'on est avec eux".

"C'est moi qui passe devant la commission. Si on défend bien notre dossier, le budget est alloué".

Notre hypothèse est que la signification de cette procédure va au-delà de la nécessaire argumentation des besoins en activités

nouvelles de l'hôpital auprès de la tutelle et d'un éclairage plus satisfaisant en matière de choix médical pour la répartition des moyens obtenus. Elle prend aussi son sens dans la démarche intégrative qui vise à positionner les médecins face à leur environnement et à associer les différents acteurs à la réalisation des objectifs retenus. Ainsi, pour dépasser les difficultés nées de la restriction des ressources, il n'est pas de meilleure solution que d'intégrer ces contraintes au coeur même du centre opérationnel. Cette dynamique se retrouve dans les propos d'un directeur d'établissement :

"Chaque année, j'ai environ 2 à 2,5 millions en plus par le biais des activités nouvelles. Par exemple, cette année on va réaliser un programme d'assistance circulatoire. Le coût est de 350 000 F par patient. Les médecins ont été très stricts au niveau des indications. Ils font attention".

En contrepartie d'efforts de rigueur et d'un souci de se développer dans un segment stratégique choisi, les médecins obtiennent ici la possibilité d'avoir des moyens pour une activité nouvelle. La mise en oeuvre de la stratégie crée une force intégrative et en même temps, en faisant passer les contraintes financières dans le corps médical, elle est sans aucun doute source de tension. La gestion de cette tension se fait à travers l'association des professionnels et des administratifs. Cette coopération joue pleinement son rôle au niveau de l'établissement. Elle nous paraît aussi indispensable au niveau du CHRU. On peut comprendre qu'elle n'est pas toujours bien vécue par les médecins de la commission médico-administrative. Comme dit l'un d'entre eux :

"Après on se fait «engueuler» par les autres médecins",
bien qu'il ait, par ailleurs, noté que le dialogue entre médecins et administration était réel.

Face à ces difficultés, certains médecins préféreraient créer une sous-commission de la CME. Les choix seraient alors effectués par les médecins seuls. Le directeur général et le président de la CME n'interviendraient qu'au début pour préciser le cadrage et à la fin pour

procéder à quelques arbitrages résiduels. Tel est déjà le fonctionnement de la sous-commission chargée de répartir les équipements. Une telle mesure réduirait sans conteste la pression supportée par les membres médecins de la commission actuelle. Il n'est pas évident qu'elle permettrait de gagner en efficacité globale. Les médecins ont bien compris leur dilemme. Ne pas participer, c'est laisser le choix s'effectuer entre d'autres mains. Donner leur avis, c'est participer à la mise en oeuvre du rationnement, comme dit l'un d'entre eux :

*"Tout ceci n'a pour but que d'accepter les restrictions.
Mais au moins, les choix sont effectués en fonction de
priorités que nous avons énoncées".*

Il n'est pas certain que si les choix n'étaient effectués que par les médecins seuls, le souci de conserver une cohérence stratégique pourrait continuer à se manifester. Dans un tel cas, les forces de désintégration pourraient reprendre le dessus. En ce sens, la procédure, telle qu'elle s'est élaborée au cours des deux dernières années, semble, au-delà de ses aspects rituels, répondre aux exigences majeures d'un contrôle de gestion, "maintenir l'organisation sous contrôle dans le sens d'appliquer ses stratégies pour atteindre ses objectifs" (Anthony, 1988). La procédure permet d'éviter en partie le contrôle par le clan (Ouchi, 1979). Les médecins ne sont pas seuls à décider, les administratifs apportent aussi leur point de vue. Certes, comme nous l'avons vu au chapitre I, l'activité est difficile à mesurer. Les membres de la commission médico-administrative ont donc du mal à se mettre d'accord sur des critères de choix des activités nouvelles objectifs et indiscutables. Le contrôle contient une part de subjectivité et se rapproche de la forme de contrôle nommée par Hofstede (1981) "judgmental control". Les jugements, les choix sont effectués par la commission médico-administrative. L'originalité est ici l'association des deux mondes, administratifs et professionnels, et la confrontation de deux logiques. La dimension intégrative est ici prépondérante, l'organisation gagnant son équilibre dans le mouvement stratégique ordonné qu'elle se fixe.

II - LES BUDGETS DÉCENTRALISÉS.

Comme l'indique Bouquin (1986), "le budget est un outil central du contrôle de gestion". C'est à la fois un instrument de coordination et de communication, un outil de gestion prévisionnelle et un outil de délégation et de motivation. Dès 1989, le CHRU de Lille a développé une gestion par budgets décentralisés. L'objectif était tout à la fois de permettre aux différents services cliniques de prévoir leurs dépenses, de les motiver pour qu'ils respectent leurs engagements et de donner aux directions fonctionnelles un cadre cohérent d'opérations (par exemple, pour la direction des approvisionnements, les achats à négocier). La mise en oeuvre de cette procédure budgétaire a dû tenir compte des spécificités de l'activité hospitalière.

Rappelons que les établissements ne disposent pas de mesures simples et opérationnelles de l'activité. On ne peut donc pas rencontrer ici le budget de ventes par exemple (sauf pour des éléments très accessoires, comme la vente de déchets ou de médicaments). Les budgets ne peuvent donc concerner que les coûts et les investissements. Les procédures que nous allons décrire concernent exclusivement les coûts d'exploitation. A ce stade, nous pouvons rappeler que près des 2/3 sont composés de charges de personnel. Dans la mesure où les créations d'emplois se sont faites de plus en plus rares et ne concernent que des opérations très spécifiques (par exemple, les urgences ou la sécurité transfusionnelle), et dans la mesure où l'accroissement des salaires échappe aux établissements (fonction publique), ces charges apparaissent non maîtrisables par les différents services opérationnels. Fort logiquement, la direction du CHRU s'est intéressée à l'ensemble des charges maîtrisables qui comprennent, pour l'essentiel, les dépenses de médicaments et de petit matériel médical. D'autres dépenses ont également été décentralisées, comme

les fournitures de bureau, les consommables informatiques, les imprimés, le téléphone, certaines dépenses hôteliers et certains travaux d'entretien. Au total, en 1993, les lignes budgétaires décentralisées s'élevaient à 408 millions de F, soit 14 % du budget total. Mais pour le groupe des dépenses médicales le taux de décentralisation s'élevait à 95 %. Le détail de ces dépenses est donné au tableau n° III-7. Les activités de restauration ou hôtelières font l'objet d'une gestion autonome et ne donnent pas lieu à imputation sur les budgets des services cliniques.

374,1 MF	91,7%	Dépenses médicales
13,3 MF	3,3%	Dépenses hôtelières
5,4 MF	1,3%	Travaux d'entretien délégués
4,8 MF	1,2%	Téléphone
4,7 MF	1,2%	Fournitures de bureau et informatique
4,5 MF	1,1%	Imprimés
1 MF	0,2%	Documentation technique

Tableau n° III-7 : Budget décentralisé par nature de dépenses.

Source : CHRU de Lille.

L'innovation a consisté à confier aux directions d'établissements des responsabilités nouvelles. Elles reçoivent, comme les directions fonctionnelles, en début d'année une enveloppe budgétaire. Elles sont libres de répartir les crédits entre leurs différents services. Le montant total qui leur est alloué est égal à celui de l'année

précédente, majoré éventuellement des montants attribués au titre des activités nouvelles acceptées. Afin de réaliser ces tâches budgétaires, les établissements se sont dotés d'équipes administratives plus ou moins nombreuses (plus importantes relativement pour les hôpitaux Huriez et Calmette que pour les hôpitaux cardiologique et B).

Auparavant, seules les directions fonctionnelles étaient en charge de la gestion de ces crédits. Éloignées des différents services, elles avaient beaucoup de difficultés à contrôler leurs dépenses. Ces derniers pouvaient augmenter leur consommation et mettre devant le fait accompli les responsables des approvisionnements. En confiant la responsabilité du contrôle aux directions opérationnelles, la direction du CHRU concentre l'activité des directions fonctionnelles sur leur rôle d'acheteur. Les directions fonctionnelles n'ont plus de relation directe avec les services, seulement avec les établissements.

Le budget géré par un hôpital comme l'hôpital cardiologique s'élève à 69 millions de F. La direction a non seulement la liberté de le répartir, mais aussi elle a la possibilité de modifier à l'intérieur des dépenses médicales la ventilation entre médicaments et petit matériel. Elle peut également s'opposer à des commandes de produits particulièrement coûteux si la ligne budgétaire est déjà engagée.

"J'ai une fois, en novembre, refusé un défibrillateur (160 000 F). J'ai fait attendre les médecins jusqu'en janvier. Le patient pouvait attendre, il ne s'agissait pas d'une urgence. Les médecins ont fait une pression affective très forte, ils m'ont fait culpabiliser, mais je n'ai pas lâché".

Chaque directeur est responsable du budget de son établissement et donc des budgets de chacun des services. Il a l'obligation de contrôler chaque mois les consommations. En cas d'écart important par rapport

aux prévisions, il doit alerter les centres de responsabilité et les aider à rechercher des solutions.

Si d'après les responsables d'établissements rencontrés, cette procédure budgétaire a permis de contenir les coûts et d'éviter certains gaspillages, il ne semble pas qu'elle comporte toutes les caractéristiques attendues d'un budget. En effet, d'après Anthony (1988) par exemple, le processus devrait avoir le déroulement suivant : - la direction fixe un ensemble de directives communiquées aux responsables opérationnels ; - chaque manager propose pour son centre de responsabilité un budget cohérent avec le plan à long terme et les directives ; - les services du contrôle de gestion agrègent les budgets, examinent leur cohésion et s'assurent que la performance prévue est satisfaisante. Sinon, les directives peuvent être modifiées et les propositions budgétaires révisées. Ce qui apparaît primordial est la participation des niveaux inférieurs. Le budget approuvé apparaît alors comme un contrat passé avec son supérieur hiérarchique. En cours d'année, si les objectifs ne sont pas atteints, les écarts seront analysés ensemble par le supérieur et son subalterne. Éventuellement, des mesures correctrices seront envisagées. La réalisation d'un budget n'est pas nécessairement une fin en soi. Un dépassement de dépenses peut même être une bonne chose. Imaginons qu'une entreprise craigne l'arrivée d'un concurrent, le fait d'avoir augmenté à court terme considérablement les dépenses de recherche et développement peut s'avérer fort judicieux si cela permet d'être le premier innovateur sur le marché.

Lorsque nous comparons ces éléments de réflexion de base avec la situation rencontrée au CHRU, nous pouvons nous demander s'il s'agit toujours d'une gestion budgétaire. On ne trouve pas trace d'élaboration de projets de budgets par les services eux-mêmes. L'aspect contrat semble particulièrement défaillant. Ce qui est dominant est le souci de contrôler les coûts et d'éviter les

dépassements. Plus fondamentalement, et nous nous reportons une fois de plus ici à la description de la structure organisationnelle proposée au chapitre I, peut-on parler de relation strictement hiérarchique entre responsables de services cliniques et directeur d'établissement ? Le centre opérationnel n'est pas dans une position subalterne. Le schéma précédent apparaît donc inopérant. Une façon pessimiste de voir les choses serait de considérer qu'on a affaire à un transfert abusif d'une technologie développée dans un cadre tout différent, celui de l'entreprise privée. De plus, et comme nous le développerons au chapitre IV, les asymétries d'information sont aussi très élevées dans le secteur d'activités de la santé. Le sommet hiérarchique, démuni et relativement impuissant, chercherait-il à travestir ses essais de renforcement du contrôle des dépenses en empruntant les formes modernistes d'un discours gestionnaire venu d'ailleurs ? Le rituel primerait-il ? Ou au mieux les administratifs espéreraient-ils assoupir la vigilance des médecins pour réaliser les économies qu'impose la situation financière actuelle ?

"Nous nous proposons d'apporter les conseils techniques, conceptuels et méthodologiques, basés sur une vision transversale et neutraliste de la gestion" (un cadre administratif).

Cette interprétation fait à nos yeux la part trop belle aux jeux de pouvoir. En poursuivant notre grille de lecture, nous proposons l'analyse suivante.

Il ne faut pas oublier que les budgets décentralisés sont apparus en même temps que la démarche stratégique. Ils sont d'ailleurs présentés comme fortement complémentaires.

"La démarche stratégique et les budgets de services ont été mis en place en même temps. Ça va dans le sens d'une participation des médecins. Monsieur Grateau a bien agi car il a prévenu le resserrement des budgets par la tutelle" (le président de la CME).

L'idée est toujours ici de rapprocher l'administration et l'opérationnel médical dans un comportement coopératif.

"La démarche stratégique remet en cause la direction de l'hôpital. Il ne faut pas qu'elle se mette en clivage avec les médecins".

Ces propos tenus par un responsable administratif élevé illustre bien le sentiment qu'il n'y a pas de relation hiérarchique stricte. L'autorité ne s'exerce pas verticalement, d'un sommet administratif vers des services cliniques en position subalterne. Il est tout aussi difficile de présenter ces relations comme purement horizontales entre services de même niveau. De par le statut de l'hôpital, le directeur général a, en matière d'administration, une autorité spécifique. Si à l'intérieur de l'ensemble des administratifs s'exercent des relations strictement hiérarchiques (par exemple, entre la direction générale et les directions des établissements), nous qualifions autrement les relations particulières entre direction administrative et chefs de service : ni verticales, ni horizontales, et donc à défaut "diagonales". Pour maintenir une forte cohésion dans ce sens, il est nécessaire de développer un comportement très coopératif.

Pour atteindre cet objectif, le principe du budget décentralisé a permis de faire redescendre une partie de l'autorité administrative au niveau des directeurs d'établissements beaucoup plus proches des chefs de services et des surveillantes chefs.

"Le directeur d'établissement est le représentant de la direction générale. C'est un «petit directeur», comme les infirmières sont de «petits médecins»." (propos tenus par un directeur d'établissement).

Cette décentralisation a permis de rapprocher les acteurs. Les responsables administratifs sont mieux informés des spécificités de leurs services cliniques. Ils peuvent plus directement associer les médecins à la rigueur budgétaire.

"On a beaucoup travaillé avec le corps médical qui accepte maintenant la notion de budget. Ici, on a cinq gros services qui consomment 80 % des crédits de l'établissement. On les suit énormément. Dès que ça ne va pas, on voit les chefs de services" (propos tenus par un directeur d'établissement).

Il ne faut pas oublier non plus le rôle particulièrement important que jouent dans ce domaine les surveillantes chefs.

"Les surveillantes chefs, c'est par elles que passent les demandes budgétaires et les demandes de moyens. C'est avec elles qu'il faut discuter". (un cadre administratif).

"La contrainte budgétaire entre progressivement dans les préoccupations quotidiennes et stratégiques des services. Les surveillantes y consacrent du temps (trop), les chefs de services également (pas suffisamment)." (un cadre administratif).

Dans ce rôle, les directeurs des établissements disposent de quelques moyens de négociation. Ils peuvent, par exemple, intervenir sur la répartition du budget entre les services, ils peuvent modifier la répartition entre les dépenses de médicaments et les dépenses de petit matériel. Mais surtout n'oublions pas, comme nous l'avons vu précédemment, qu'ils peuvent aider à élaborer et à défendre les demandes d'activités nouvelles. Enfin, en cas de difficulté exceptionnelle et justifiée, ils peuvent négocier quelques corrections budgétaires avec la direction générale.

"S'ils prouvent qu'ils ont plus d'activité ou qu'ils ont été sous-dotés, des corrections sont faites en début d'année. Par exemple, l'hôpital Swynghedauw a obtenu cette année 100 000 F de plus car il était sous-doté".

(propos tenus par un responsable administratif).

On voit donc que si les directeurs d'établissements ont hérité d'un rôle ingrat (contrôler les dépenses effectuées par des médecins sur lesquels ils n'exercent pas une autorité hiérarchique), ils disposent cependant

de quoi s'engager dans des négociations et des transactions. Respectez vos budgets et je coopérerai.

Les résultats semblent satisfaisants si on se fie aux propos des uns et des autres.

"Globalement, on arrive à tenir le budget sans refuser de malade, mais on a allongé les listes d'attente". (un directeur d'établissement).

"Les médecins sont sensibilisés aux données budgétaires. A Lille, on n'a pas trop de problème car le directeur a eu un comportement préventif du durcissement du rationnement. Toutefois, c'est dur, tout est contingenté, on peut faire X greffes, on peut poser X défibrillateurs, etc..." (un médecin).

"On a amené le corps médical à s'approprier un certain nombre de contraintes. Ici le budget 94 n'a surpris personne. Il est passé, il n'y a pas eu de crise". (un responsable administratif).

En dépit des limites précédemment signalées, les directeurs d'établissements semblent avoir trouvé quelques points positifs dans leur nouveau rôle qui n'est pas seulement répressif mais qui peut être incitatif.

"J'ai réussi à leur faire déplacer (les médecins) des fonds prévus pour la pose de pacemaker vers des défibrillateurs. Dans ce cas, j'ai mis en avant la valorisation scientifique". (un directeur d'établissement).

"Quand des médecins disent que leur budget n'est pas augmenté, je leur réponds qu'ils n'avaient qu'à présenter un projet d'activité nouvelle". (un directeur d'établissement).

Certains responsables financiers du CHRU reconnaissent cependant que le système a connu récemment une crise. Certains voulaient arrêter, d'autres souhaitaient aller plus loin. Pour bien comprendre l'origine de ces difficultés, il faut se reporter à la place particulière que tient le directeur d'établissement.

"La direction de l'établissement canalise également toutes les tensions qui découlent de la rareté des ressources dans les services. Elle exerce une sorte de «huilage» entre les services". (un responsable financier).

En dehors des éléments de satisfaction déjà relevés qu'ils peuvent ressentir, les directeurs d'établissements ont été affectés par des mesures qu'ils considèrent beaucoup moins agréables. Fin 1992, la direction générale a incité les directions fonctionnelles à décentraliser des comptes à évolution non contrôlée (téléphone, travaux d'entretien). Les directions d'établissements n'ont pas été associées à cette décision qui ne fait que renforcer leur rôle répressif. Par ailleurs, les bases de leurs budgets sont restées les mêmes depuis 1988, à l'exception de la prise en compte des activités nouvelles. Cependant, les activités ont pu se modifier en quantité et en nature sans que cela soit pris en compte dans la définition du budget. De nombreux directeurs d'établissements regrettent par ailleurs le manque de souplesse du système. Les transferts de crédits sont limités en montant (maximum de 5%) et interdits du médical vers le non médical. Enfin, il subsiste un certain nombre d'incohérences ou d'incompréhensions dans les rapports avec les directions fonctionnelles. Par exemple, depuis 1993, certains travaux d'entretien sont de la responsabilité des directions d'établissements. Mais les équipes techniques appartiennent toujours à une direction fonctionnelle. La programmation de ces travaux décentralisés est en conséquence sujette aux exigences de la programmation générale. Un autre cas anecdotique d'incompréhension est fourni par l'exemple suivant. Une direction d'établissement peut chercher à récompenser un service en lui

autorisant une dépense exceptionnelle en fournitures de bureau. Au même moment, une direction fonctionnelle chargée de ces achats peut prendre la décision de la bloquer parce qu'elle aura constaté une augmentation générale et dangereuse des dépenses de fournitures.

On voit donc que pour fonctionner de manière satisfaisante, ce système doit laisser une marge de manoeuvre suffisante au niveau des crédits budgétaires pour que la direction de l'établissement se sente suffisamment armée pour négocier le contrôle des dépenses avec les services. Si cet équilibre est rompu, le système sera rejeté par ceux qui en sont la cheville ouvrière. Bien évidemment, ils peuvent compter sur la compréhension des médecins mais elle n'est pas toujours suffisante...

"Les médecins sont sensibles aux budgets. Bien sûr, on a de tout. Ça va du médecin qui fait très attention à celui qui se moque complètement de dépasser son budget. On a un exemple avec un chirurgien. Depuis deux ans, il dépasse largement son budget. On a essayé de lui faire comprendre gentiment, mais maintenant on va le bloquer" (un médecin membre de la CME).

Quelles sont les réponses actuellement envisagées pour dépasser ces difficultés ? Elles sont au nombre de deux et elles conduiront, si elles sont réalisées, à une transformation certaine de l'outil budgétaire. D'une part, on évoque l'élargissement du champ de la décentralisation. D'autre part, certains envisagent des évolutions profondes dans les structures mêmes de l'administration.

On peut entendre des positions maximalistes en matière de décentralisation. Elles sont surtout le fait de cadres administratifs.

"Actuellement, les cliniciens ont à leur disposition 14 % des crédits. C'est peu car ils génèrent beaucoup de dépenses. Ça serait intéressant d'y associer les budgets de personnel et les charges induites par patient (imagerie,

bloc, biologie, exploration fonctionnelle). Si on veut aider les cliniciens à gérer leur budget, il faut élargir le budget. On peut aller jusqu'à associer l'hôtellerie".

"Je pense qu'il faudrait décentraliser le personnel sur les budgets de services mais c'est difficile. A l'avenir, il faudrait aller vers ça car les établissements auraient beaucoup plus de responsabilités au niveau du personnel".

"Les comptes de dépenses ne sont pas assez nombreux pour pouvoir véritablement jouer dans l'enveloppe budgétaire".

On comprend fort bien l'intérêt qu'a le sommet administratif à vouloir décentraliser ces nouvelles dépenses pour que le contrôle de leur évolution soit mieux assuré. Il fait valoir à l'attention des directions d'établissements qu'elles y gagneraient en marge de manoeuvre. Leurs possibilités de négociation s'en trouveraient accrues. L'argument mérite discussion. Il suppose d'abord que de réelles possibilités de transfert de crédits de compte à compte soient laissées à l'initiative des directions d'établissements. Par exemple, si des économies sont réalisées en imagerie, il faudrait que le service puisse bénéficier de l'opportunité d'acheter un petit matériel médical plus performant mais plus onéreux. Ce simple exemple conduit à de nouvelles interrogations. Pour que des dépenses d'imagerie soient décentralisées au niveau d'un service, il faudrait que le CHRU dispose de prix de cession interne. C'est actuellement un sujet de préoccupation. Une étude porte sur la décentralisation des budgets relatifs aux actes médico-techniques et sur les prix de cession interne de ces actes.

"On a un projet de prix de cession interne pour le laboratoire. Bien entendu, on décentraliserait ce budget aux services médicaux. Mais quel prix va t'on mettre ? Comment le système d'information va t'il être géré ?

Quel sera l'intéressement aux résultats ?" (un cadre administratif).

Comme l'indique Burlaud (1992), les prix de cession interne peuvent avoir comme objectif la minimisation des coûts, dans le cas où le centre d'activité est un centre de coûts. Cette préoccupation est très présente au CHRU.

"Si on met en place des prix de cession interne, on va décentraliser les budgets pour les actes médico-techniques. On fait le pari qu'on peut gagner de l'argent qu'on redéploierait". (un cadre administratif).

Comme le notent Bafcop, Bouquin et Desreumaux (1990), les prix de cession interne revêtent une certaine complexité. "Il s'agit de résoudre un problème à multiples facettes, où les paradoxes, sinon les contradictions, foisonnent : comment concilier le tout et la partie, l'intérêt global et l'intérêt local,..., la nécessaire coopération et l'antagonisme des intérêts lorsque les flux internes deviennent des transactions ?" Ainsi, que ferait-on au niveau général du CHRU si un équipement d'imagerie était moins utilisé, que les coûts d'amortissement et de personnel attaché resteraient fixes alors que, par ailleurs, les dépenses en petit équipement médical augmenteraient ? Les dépenses de personnel posent des problèmes tout aussi redoutables. Comme les salaires sont ceux de la fonction publique, les seules libertés qui pourraient être laissées à l'établissement seraient celles de la suppression et de la création de postes au sein de chaque service. Comme il n'y a pratiquement plus de création de postes, augmenter l'effectif d'un service ne pourrait se faire qu'au détriment d'un autre service dans le même établissement. Ceci est beaucoup plus difficile à traiter que le problème des activités nouvelles par exemple. Dans ce dernier cas, il s'agit de répartir un accroissement de moyens.

Si on comprend l'intérêt de ceux qui prônent plus de décentralisation, on peut comprendre aussi les réticences de ceux qui en prônent moins, voire qui s'y opposent. Le système ne conservera

son efficacité, c'est-à-dire permettre la maîtrise de l'évolution des dépenses tout en évitant la désintégration, qu'à condition que les responsables d'établissements aient les moyens de leur politique face aux médecins. Ces derniers ne sont pas prêts à s'investir de gaieté de coeur dans une gestion budgétaire de plus en plus étendue. Ils l'acceptent comme moindre mal tant qu'ils conservent la liberté de leur exercice et l'opportunité de se développer.

"Il y a deux ans, on parlait beaucoup de restriction. Actuellement, c'est plus clair. Nous sommes limités, mais dans une enveloppe définie et nous pouvons quand même faire des choses qui permettent le progrès. On nous demande de faire des choix, mais à mon avis ce n'est pas à nous de les faire. Que nous soyons informés c'est bien car nous pouvons essayer de juguler certaines dépenses, mais pas toutes. Il ne faudrait pas arriver à ne plus pouvoir traiter. Actuellement, nous pouvons traiter. On nous demande de faire des choix mais je n'ai pas l'impression d'avoir le couteau sous la gorge. Les enveloppes budgétaires n'augmentent pas sauf s'il y a activité nouvelle. Et ça, ça nous permet de progresser. Si je n'avais pas ça, ça ne m'intéresserait pas. Moi, mon métier, c'est soigner". (un médecin).

L'évolution du système de budgets décentralisés devra, pour rester efficace, respecter cet équilibre délicat entre administratifs et professionnels. Il faut que chacun y trouve son compte dans cette procédure de gestion.

La deuxième voie envisagée pour renforcer l'efficacité du contrôle budgétaire est d'agir sur la structure administrative. L'association des médecins et des administratifs s'est d'abord élaborée au sommet, dans le cadre du choix des activités nouvelles.

"Ce qu'on n'a pas pu faire tout de suite, c'est de s'attaquer aux structures de décision. C'est en train de se

faire, il y a une nécessité d'avoir un comité de direction médico-administratif". (un cadre administratif).

Cela commence à se faire dans le cadre de projets spécifiques, lorsqu'il s'agit de rééquilibrer des moyens quand un établissement est surdoté par rapport à son activité.

"On lance un projet de travail sur la manière d'allouer les ressources en associant directeurs et médecins, afin de faire en sorte que les moyens soient alloués au plus près de l'activité. Ça prend du temps et on pense obtenir un rééquilibrage entre établissements pour 1995". (un cadre administratif).

Certains pensent à une évolution encore plus profonde. La décentralisation de la gestion pourrait s'effectuer jusqu'au niveau d'un groupe de services ayant des activités proches.

"On veut de plus en plus former et associer les médecins à la gestion. Par exemple, dans le cadre d'un projet d'ouverture d'un nouveau département, on voudrait qu'à côté du médecin chef, il y ait un gestionnaire en poste". (un cadre administratif).

En resserrant les liens tissés entre le monde administratif et celui des professionnels, on attend l'accroissement des échanges, un développement plus coopératif qu'autoritaire.

Cette analyse du système actuel et de ses développements en cours ne correspond ni au système de planification à court terme développé dans les entreprises où des contrats se nouent tout au long de la hiérarchie pour atteindre des objectifs fixés par la stratégie, ni à un nouveau rite développé par "les thuriféraires de l'hôpital-entreprise préoccupés de transférer à l'hôpital les outils de gestion de l'entreprise privée" (Claveranne, 1993). La procédure budgétaire a ses caractéristiques propres adaptées aux spécificités de la structure de l'organisation. Même si elle en est encore à ses débuts, elle nous semble relever du contrôle de gestion car les choix budgétaires à court

terme sont effectués avec un minimum de cohérence avec la démarche stratégique et la structure organisationnelle spécifique. Cette conclusion nous paraît en adéquation avec l'appréciation suivante de Cauvin et Coyaud (1990) : "le contrôle de gestion procède d'un *état d'esprit* , d'une philosophie intégrative, unifiante de l'entreprise, ces aspects techniques étant limités et fonction des réalités particulières à chaque organisme ou entreprise... La logique du contrôle n'est jamais le plaquage d'un outil extérieur à finalité globale et générale : c'est au contraire *la production par étapes* (un système se "sophistique" avec l'expérience) *d'outils adaptés à une démarche spécifique*".

III - LE TABLEAU DE BORD ET LES AUTRES OUTILS DE SUIVI.

Malo (1992) distingue deux conceptions du tableau de bord. "Le tableau de bord, banque de données", recense un nombre souvent élevé, "d'informations rétrospectives utiles pour la gestion : - indices d'activité (monétaires ou quantitatifs), - indices d'utilisation des moyens (heures ouvrées, absentéisme, niveau des stocks, etc...), - ratios." D'après l'auteur, ces tableaux de bord indigestes et incomplets servent effectivement peu à prendre des décisions. Tout au plus, ils donnent aux cadres une meilleure compréhension de la situation générale de l'entreprise. "Le tableau de bord au service de la décentralisation" ne fait apparaître, pour chaque responsable, que les seuls "indicateurs pertinents (application du principe de gestion par exception) : - pour l'aider à prendre sa décision, - pour suivre l'exercice de sa délégation (évolution des performances du domaine délégué)". Ces tableaux de bord sont multiples. Ils s'emboîtent dans une structure

gigogne. Les informations proposées aux niveaux inférieurs s'agrègent au fur et à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie. Les sources d'information ne sont pas seulement comptables, mais elles doivent en toute circonstance privilégier la rapidité de transmission.

Malo rappelle que le tableau de bord est un outil de conception déjà ancienne. Dès les années 30, certains le comparaient aux instruments mis à la disposition des aviateurs pour conduire leurs machines. Leur fonction était donc d'aider le chef d'entreprise à "piloter" son organisation. S'aidant des travaux de Birnberg, Turopolec et Young (1983), Malo fait valoir que ces instruments ont d'abord été développés dans le cadre d'industries (situation 1) où les comportements sont fortement standardisés et les mesures de la production bien définies. Il s'inquiète de savoir si, dans le domaine des tableaux de bord, on n'assiste pas aussi à des essais de transfert trop rapide dans le cadre d'organisations très différentes. Les concepteurs de tableaux de bord sacrifieraient-ils au "mythe que tous les problèmes peuvent être réduits à la situation 1 si nous acceptons de les étudier dur et longtemps" ? (Birnberg et alii, 1983). Les travaux de Ducrocq (1990) pourraient supporter cette crainte. Son étude auprès de responsables médicaux du secteur de l'hôpital public montre qu'une part relativement faible d'entre eux sont susceptibles de modifier leur comportement après la lecture d'un tableau de bord. Ces résultats sont présentés au tableau n° III-8. L'outil serait-il donc inadapté au cas de l'hôpital public ?

La pratique du CHRU de Lille a été dans ce domaine très pragmatique. L'objectif affiché n'a jamais été de mettre en place un système global de pilotage. L'apparition des tableaux de bord au sein des directions opérationnelles (donc dans les services médicaux) est contemporaine de la mise en oeuvre de la démarche stratégique et de la décentralisation budgétaire. Le tableau de bord n'a pas été considéré comme le seul moyen de contrôle de l'exécution du budget. Il a été

complété, en particulier, par les "palmarès" de consommations et les "indicateurs d'analyse budgétaire" (IAB). Ces outils de suivi procèdent de la même volonté d'associer médecins et administratifs dans les choix et la gestion à l'hôpital. Ils ont été construits et leur élaboration se poursuit progressivement, comme il en a été dans les deux domaines précédents.

ÉCARTS APPARAISSANT DANS UN TABLEAU DE BORD ET TOUCHANT À :	POURCENTAGES DE PERSONNES SE DÉCLARANT SUSCEPTIBLES DE MODIFIER LEUR COMPORTEMENT
- Admissions, journées, durée de séjour.	41 %
- Actes produits	31 %
- Effectif non médical	12 %
- Actes médico-techniques	29 %
- Produits pharmaceutiques	33 %

Tableau n°III-8 : Tableaux de bord et perceptions des écarts, d'après Ducrocq (1990)

1) Le tableau de bord au CHRU.

C'est en 1991 que l'Unité de conseil en gestion a mis en place un tableau de bord à destination des services. Ce tableau a été élaboré avec la participation des médecins et des surveillantes. Dans

certains établissements, les informations sont remaniées à leur initiative pour répondre à leurs besoins propres.

"Les choix des indicateurs des tableaux de bord de gestion budgétaire ont été faits avec les médecins et les surveillantes. On leur demande de gérer un budget, il faut les aider. En conséquence, nous leur donnons l'information qu'ils souhaitent avoir". (un consultant interne).

Des règles de transparence ont également été posées quant à l'utilisation éventuelle de cette information. Chaque information reste réservée à l'usage des gestionnaires et des chefs de services concernés. Elle ne fait l'objet d'aucune communication générale et elle ne peut pas être utilisée par d'autres services.

"Ici, il y a équilibre entre les deux forces, directeurs et médecins. Le contrat passé est relativement symétrique et transparent au niveau de l'information. Nous retournons l'information aux médecins et elle n'est diffusée à personne d'autre. C'est un outil de compréhension". (un cadre administratif).

La mise en oeuvre a été accompagnée d'un gros effort de formation et de sensibilisation à l'attention des médecins et des surveillantes. Il est particulièrement important que ces derniers comprennent au mieux les règles économiques qui régissent à l'heure actuelle le fonctionnement de l'hôpital.

"Depuis quatre ans, il y a des progrès. Mais il y a encore quelques médecins qui croient que plus on fait d'entrées, plus on a de ressources". (un consultant interne).

La direction financière transmet chaque mois à chaque établissement une disquette à partir de laquelle le correspondant de gestion établit les états suivants :

- un tableau récapitulatif de l'évolution des dépenses et des activités (voir tableau n° III-9),

ÉTABLISSEMENT :
 INTITULÉ C.R. :
 INTITULÉ C.A. :

Budget décentralisé - H

Cumul à fin

Activités

INDICATEURS GÉNÉRAUX

	1993	Évolution par rapport à 1992		1992
		Écart	%	
Nombre de patients traités		0		
Nombre d'entrées		0		
Nombre de séances		0		
Nombre de journées		0		
Nombre de consultations		0		

AUTRES INDICATEURS

	1993	Évolution par rapport à 1992		1992
		Écart	%	
Durée moyenne de séjour (j)		0	-	
Durée moyenne hospitalisation (j)		0	-	
-		-	-	
Moyenne d'âge (an, mois)		0,00	-	
Taux d'occupation des lits %		0,00	-	

Dépenses

DÉPENSES CUMULÉES

	1993	Évolution par rapport à 1992*		1992
		En francs	Écart	
		0		
	0	0		
	0	0		

942 1 Dépenses pharmaceutiques
 942 2 Petit matériel médical
 942 1 + 942 2
 Autres
 Toutes dépenses confondues

CRÉDITS CONSOMMÉS

	Crédits Accordés	Crédits Consommés	% Crédits Consommés	1992
	0	0		
	0	0		

942 1 Dépenses pharmaceutiques
 942 2 Petit matériel médical
 942 1 + 942 2
 Autres
 Toutes dépenses confondues

Coût/Activité

	En francs		Écart en frs	Écart en %
	1993	1992		
Dépenses 942 1 + 942 2*				
Coût/Patient				
Coût/Entrée + Séance				
Coût/Journée				
*hors 942 241				

* hors 942 241

Tableau n° III-9: Tableau de bord de gestion budgétaire

Source : CHRU de Lille.

- un tableau comparatif pour tous les comptes de dépenses décentralisés entre les crédits autorisés, les dépenses prévues, les dépenses réalisées et les dépenses de l'année précédente,
- un tableau détaillant le suivi des activités : nombre de patients traités, nombre de nouveaux patients, taux de réhospitalisation, mode d'admission, taux d'occupation des lits, etc... ,
- des tableaux présentant par service les mêmes indicateurs d'activité et de dépenses,
- un tableau récapitulant les plus grandes évolutions d'activité ou de dépenses au niveau des services (voir tableau n° III-10).

Comme en témoignent ces documents, le nombre d'informations traitées reste limité. L'objectif principal est de s'assurer que les dépenses pharmaceutiques et de petit matériel médical évoluent de manière compatible avec les crédits qui ont été décentralisés. Comme des écarts dans ces consommations peuvent trouver leur explication dans des variations d'activité, des indicateurs d'activité sont proposés à des fins de comparaison.

Ce travail se présente donc comme un contrôle a posteriori, il en possède toutes les limites mais il a déjà l'avantage de sensibiliser en permanence le corps médical.

"Les médecins sont sensibilisés aux données budgétaires. Dans l'ensemble, c'est bon. Pour preuve, en CME, les médecins ont demandé à avoir plus tôt les tableaux de bord. Par exemple, certains recevaient en novembre le tableau de mars et ne pouvaient donc pas rectifier le tir. Maintenant, on les a plus vite". (un médecin).

Les correspondants de gestion complètent cette information a priori par un effort de prévision en cours d'année dans le cadre de l'élaboration des comptes administratifs anticipés. Cet exercice semble beaucoup plus délicat et la place de l'information prévisionnelle est de ce fait réduite.

ACTIVITÉ CUMULÉE A FIN DÉCEMBRE 1993

En nombre de patients traités

LES PLUS GROSSES AUGMENTATIONS				
N°C.A.	INTITULE C.A.	NB PATIENTS TRAITÉS		
		1992	1993	% évol.
7583	CARDIO C - UNITÉ VASCULAIRE	226	248	9,73
7540	CARDIOLOGIE B	1431	1485	3,77
7620	C.C.V.B.	672	676	0,60
7630	RÉANIMATION CHIRURGICALE	1596	1600	0,25

LES PLUS GROSSES CHUTES				
N°C.A.	INTITULE C.A.	NB PATIENTS TRAITÉS		
		1992	1993	% évol.
7510	MÉDECINE INTERNE/H.T.A.	656	605	-7,77
7600	C.C.V.A.	1494	1388	-7,10
7640	SOINS INTENSIFS	2089	1978	-5,31
7580	CARDIOLOGIE C	1595	1512	-5,20
7500	CARDIOLOGIE INFANTILE	965	935	-3,11
7520	CARDIOLOGIE A	1616	1592	-1,49
	TOTAL CARDIO	8375	8188	-2,23

En taux d'occupation des lits

LES PLUS GROSSES AUGMENTATIONS				
N°C.A.	INTITULE C.A.	NB PATIENTS TRAITÉS		
		1992	1993	% évol.
7583	CARDIO C - UNITÉ VASCULAIRE	61,4	65,3	3,90
7620	C.C.V.B.	76	76,4	0,40
7630	RÉANIMATION CHIRURGICALE	71,3	71,5	0,20

LES PLUS GROSSES CHUTES				
N°C.A.	INTITULE C.A.	NB PATIENTS TRAITÉS		
		1992	1993	% évol.
7580	CARDIOLOGIE C	86	79,9	-6,10
7540	CARDIOLOGIE B	72,9	68,8	-4,10
7600	C.C.V.A.	65	61,6	-3,40
7520	CARDIOLOGIE A	80,3	77,1	-3,20
7640	SOINS INTENSIFS	103,3	100,9	-2,40
7510	MÉDECINE INTERNE/H.T.A.	60	59,6	-0,40
7500	CARDIOLOGIE INFANTILE	55,8	55,7	-0,10
	TOTAL CARDIO	73,2	70,9	-2,30

Tableau n° III-10: Palmarès des plus grandes évolutions d'activité

"On aimerait avoir plus souvent les comptes anticipés mais c'est dur. En août et septembre, tout le monde doit le faire. C'est très difficile de les obtenir". (un cadre administratif).

Une autre limite de ce tableau de bord est qu'il permet de n'obtenir que des coûts par service, donc il reste d'une utilité moindre pour interpréter les sources d'écart importants. En effet, les pathologies au sein d'un même service peuvent être différentes et expliquer des recours à des thérapies plus ou moins onéreuses.

"On peut sortir un coût par service, mais quand on a ça, on n'a rien dit. Les coûts de l'activité médicale dans un même service sont très variés en fonction de la pathologie, du traitement mis en place, de la technologie utilisée. Actuellement, les systèmes d'information hospitaliers ne sont pas orientés vers le coût des activités médicales. Ils ne permettent pas d'évaluer les consommations par patient. Il va nous falloir plusieurs années pour le faire". (un cadre administratif).

Nous aborderons au chapitre VI les innovations à venir en matière de mesure de l'activité hospitalière. Mais sans attendre, le CHRU de Lille a cherché à améliorer l'efficacité du suivi de sa gestion décentralisée, d'une part en procédant à des contrôles par exception des consommations les plus élevées, d'autre part en élaborant des indicateurs "grossiers" de prise en compte de l'activité. Ces deux aspects sont développés ci-après.

2) Les autres outils de suivi.

Chaque mois, à partir de l'information communiquée par la direction des approvisionnements, est établie une liste des médicaments par consommations décroissantes. Ce tableau, encore appelé "palmarès" des produits, indique également les quantités consommées, les prix unitaires, l'importance relative de chaque consommation et les pourcentages cumulés. Ce document guide le responsable de gestion de chaque établissement dans le choix des produits les plus sensibles dont il est indispensable de surveiller les consommations. Deux critères sont pris en compte à ce stade, l'importance relative de la consommation et le prix unitaire du médicament. Par exemple, dans l'illustration fournie au tableau n° III-11, les produits a et b représentent près des 2/3 de la valeur des consommations totales et le produit i a un coût unitaire particulièrement élevé. D'après ces critères, ces trois produits méritent d'être surveillés. Le même travail est fait pour le petit matériel médical. L'implantation de ce système de suivi des consommations a été réalisée avec l'aide de l'unité de conseil en gestion. Pour des petits matériels particulièrement onéreux, ces analyses ont été l'occasion de revoir la méthode d'achat.

"Cela nous a permis de nous rendre compte qu'au bloc opératoire, il ne fallait pas avoir un stock important de matériel coûteux. Maintenant, on a réduit au minimum le stock qui n'est plus constitué que de matériel laissé en dépôt-vente par les fournisseurs. Quand on pose quelque chose, on recommande et on paie. Ce service a été obtenu par la direction des approvisionnements après négociation avec les fournisseurs." (un directeur d'établissement).

Établissement X	Centre d'activité Y
--------------------	------------------------

PALMARES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Libellé du produit	Quantité consommée	Prix Unitaire	Valeur de la consommation	% de la consommation	% cumulés
produit a	6 000	60 F	360 000 F	38,5 %	38,5 %
produit b	2 500	100 F	250 000 F	26,8 %	65,3 %
produit c	3 000	40 F	120 000 F	12,8 %	78,1 %
produit d	9 000	9 F	81 000 F	8,7 %	86,8 %
produit e	2 000	20 F	40 000 F	4,3 %	91,1 %
produit f	2 000	15 F	30 000 F	3,2 %	94,3 %
produit g	3 000	9 F	27 000 F	2,9 %	97,2 %
produit h	4 000	4 F	16 000 F	1,7 %	98,9 %
produit i	20	500 F	10 000 F	1,1 %	100 %
TOTAL			934 000 F	100 %	

Tableau n° III-11 : Illustration d'un palmarès.

Ces palmarès de consommations sont complétés par l'édition d'indicateurs d'analyse budgétaire.

L'unité de conseil en gestion a cherché à établir un lien entre les consommations les plus sensibles et les caractéristiques de l'activité du service concerné. Ce travail est effectué en collaboration avec les surveillantes et les médecins.

"Il y a plusieurs séances de travail avec les surveillantes et les médecins intéressés. Je demande pour quel type de patient ils utilisent tel produit et ensuite nous faisons des regroupements. Nous voyons alors que tel type de malade revient fréquemment dans les produits sensibles. Il va devenir indicateur budgétaire". (un consultant de l'unité de conseil en gestion).

L'indicateur budgétaire correspond donc à une catégorie de patients "onéreux". Cette classification est plus ou moins difficile à élaborer

selon les spécialités, mais dans tous les cas elle est réalisée en collaboration avec le personnel soignant. Lorsque l'activité est très technique, la méthode est relativement plus facile à mettre en oeuvre.

"On fait le suivi des ressources par le biais d'indicateurs. Ici, en cardiologie, c'est facile car c'est technique. Par exemple, nous connaissons le coût d'un stimulateur ou le coût d'une opération cardiaque. La cardiologie est une discipline très coûteuse et il faut exercer un suivi énorme pour éviter les dérapages. L'indicateur du patient dit "coûteux" nous permet de les expliquer". (un directeur d'établissement).

La connaissance d'un indicateur d'analyse budgétaire permet de construire pour la population concernée une fiche de consommations et de mener un suivi mensuel en volume et en francs. La démarche théorique suivie est présentée au schéma n° III-8.

Cependant, sa mise en oeuvre pose souvent de réelles difficultés. Par exemple, pour identifier les produits pharmaceutiques consommés, il est indispensable de disposer d'un protocole.

"Pour chaque indicateur d'analyse budgétaire, on va construire une fiche des consommations et là on a besoin des médecins, notamment quand un protocole médical n'existe pas. On demande aux médecins de créer un protocole moyen qui ne correspond pas à une pratique médicale réelle. Ça, c'est dur. Au Cardio, c'est bien mis en place, mais dans d'autres secteurs ce n'est pas systématique. Par exemple, on n'a pas réussi à le faire en médecine générale à Huriez, la discipline ne s'y prête pas. Dans d'autre cas, les gens n'étaient pas motivés car ça prend du temps de conception et de suivi". (un consultant de l'unité de conseil en gestion).

IDENTIFICATION DE L'INDICATEUR PAR LES PRODUITS

VALORISATION DE L'INDICATEUR

SUIVI MENSUEL EN VOLUME

SUIVI MENSUEL EN FRANCS

I.A.B. xxxx

Palmarès des consommations 602 1 & 602 2	
P1	
P2	
P3	
.../...	
Pn = 80% des dépenses Les produits sensibles sont en tête de palmarès	

Produits sensibles

I.A.B. yyyy

I.A.B. zzzz

.../...

FICHE CONSOMMATIONS			
Intitulé produit	Q	PU	Mt
P1			
P2			
P3			
.../...			
S/total 602 1			
S/total 602 2			
Total			

X

Nombre de I.A.B. xxxx

602 1	F
602 2	F
Total	F

FICHE CONSOMMATIONS			
Intitulé produit	Q	PU	Mt
P1			
P2			
P3			
.../...			
S/total 602 1			
S/total 602 2			
Total			

X

Nombre de I.A.B. yyyy

602 1	F
602 2	F
Total	F

FICHE CONSOMMATIONS			
Intitulé produit	Q	PU	Mt
P1			
P2			
P3			
.../...			
S/total 602 1			
S/total 602 2			
Total			

X

Nombre de I.A.B. zzzz

602 1	F
602 2	F
Total	F

602 1	F
602 2	F
Total	F

Total des indicateurs du C.A.:

602 1	F
602 2	F
Total	F

Total des dépenses du C.A.:

602 1	%
602 2	%
Total	%

Taux de couverture du C.A.:

Schéma n° III-8 : Démarche théorique de suivi des consommations à partir des indicateurs d'analyse budgétaire - Source : CHRU de Lille.

Nous voyons donc que la méthode suivie, qui cherche avant toute chose à associer opérationnels et administratifs dans la compréhension de l'évolution de dépenses directement maîtrisables, se heurte à deux types de difficultés. La première vient de la quasi impossibilité de pouvoir réduire à des schémas simples les interventions médicales. Si le modèle sous-jacent est fruste, le système perd de sa crédibilité auprès de ceux qui sont les premiers concernés : médecins et personnel soignant. La seconde difficulté vient de la lourdeur du système de calcul. Actuellement, le système d'information hospitalier ne permet pas d'effectuer ces traitements. Toutes ces estimations doivent être retraitées au niveau des établissements. Pour ne pas décourager les utilisateurs, le nombre d'indicateurs est limité à 5 ou 10 par centre d'activité. En dépit de ces recommandations, s'il n'y a pas une forte implication de la direction de l'établissement, l'échec est prévisible. Ainsi, dans l'un des hôpitaux où les changements de directeur ont été fréquents ces dernières années, le système ne fonctionne pas, les surveillantes étant découragées car on leur a trop demandé auparavant.

Pour que ces instruments de suivi conservent leur efficacité, il ne faut pas oublier leur finalité première, à savoir sensibiliser en permanence le personnel médical et soignant à l'importance des coûts engagés. Nous rejoignons Burlaud et Simon (1992) qui notent qu' "au-delà des objectifs traditionnels, l'analyse des coûts satisfait des objectifs socio-organisationnels beaucoup plus convaincants. ...(Elle) est d'abord l'adoption d'une forme de « langage de la rareté »." A ce stade, la surveillante joue un rôle particulièrement important. D'une part, elle est en relation directe avec le responsable de la cellule budgétaire de l'établissement à qui elle communique les informations nécessaires au suivi des indicateurs ; elle est la première sensibilisée. D'autre part, elle joue un rôle de relais vis-à-vis des médecins et des infirmiers. Elle peut, par exemple, inciter les médecins à recourir à des matériels moins onéreux.

"Je fais beaucoup le lien avec les médecins. Par exemple, je les incite à utiliser tel matériel plutôt que tel autre. Ça nous permet d'avoir des prix en faisant des appels d'offres. La santé, ça coûte. Ça ne peut pas continuer comme ça. Si on veut faire des économies, il faut savoir ce que ça coûte. Je suis obligée de le faire car le bloc opératoire coûte cher et il faut justifier son budget".
(une surveillante chef).

Il n'y a pas que les choix de matériel qui sont concernés, la surveillante peut développer une pédagogie quotidienne afin d'éviter du gâchis.

"Pour les infirmières, on affiche le prix des choses. Je suis souvent sur le terrain et je vois comment le matériel est utilisé. Je peux reprendre gentiment une infirmière, un médecin pour éviter les gâchis". (une surveillante chef).

Une autre source d'amélioration de l'efficacité réside dans la réutilisation de matériel tout en maintenant des conditions de santé et d'hygiène satisfaisantes.

"Il y a des matériels à usage unique qui sont chers. On les restérilise et on les réutilise. Je préfère ça. Dans certains cas, ils ne disent rien et réutilisent sans restériliser".
(une surveillante chef).

Le coût d'une défaillance en matière d'hygiène peut être considérable. Les antibiotiques peuvent figurer parmi les consommations importantes pour des patients dits "coûteux". L'infection est bien sentie comme une défaillance, tant au niveau santé qu'au niveau économique.

"L'hygiène hospitalière est très importante car les infections coûtent cher. On doit avoir peu d'infections, c'est un indicateur de qualité des soins. Si la courbe monte, c'est que ça ne va pas bien". (une surveillante chef).

En résumé, les outils de suivi doivent permettre de prendre des mesures correctrices, sinon ils n'ont pas d'intérêt. Nous sommes loin d'un système de pilotage mécanique. Avec des objectifs pourtant limités au seul contrôle de produits pharmaceutiques et de petit matériel médical, le succès de la démarche va dépendre de la qualité de la "diffusion" de l'information à partir du monde administratif vers le monde médical ou soignant. Si nous avons vu que la démarche stratégique pouvait avoir parmi toutes ses conséquences, celle de rendre le chef de service plus disponible à l'écoute des contraintes financières, nous voyons que le succès de la démarche ici suivie en matière de contrôle de gestion dépend de la qualité du relais que constitue la surveillante. Elles en ont d'ailleurs parfaitement conscience.

"Les médecins pensent qu'on leur en demande toujours plus. Ils n'ont pas le temps. A l'hôpital, on se repose sur les cadres et les soignants. Tout retombe là. Les médecins, s'ils aiment l'informatique, ils vont en faire. Sinon, ils demandent aux autres". (une surveillante chef).

L'une des difficultés majeures dans la mise en oeuvre de cette forme de contrôle est en conséquence la disponibilité de ce personnel. Leur qualification première est relative aux soins. Certaines surveillantes ont peu de goût pour les activités administratives et sont donc peu participatives. Et même pour les mieux disposées, revient toujours cette réserve :

"Attention à la gestion. Oui, mais il ne faut pas oublier les soins. On ne peut pas passer tout son temps à gérer". (une surveillante chef).

Cette fragilité rencontrée dans cet exercice du contrôle est renforcée par la difficulté de mise en oeuvre de modalités plus coercitives. Il est difficile d'imaginer des mesures plus autoritaires si on ne veut pas perdre les avantages retirés de la démarche stratégique.

On ne peut pas être à la fois autoritaire et désireux d'obtenir la confiance des médecins. Cela ne veut pas dire qu'à l'occasion un directeur d'établissement ne prend pas de mesures énergiques à l'encontre de médecins. Ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué, dans une circonstance précise un directeur a interdit au mois de novembre la pose d'un matériel et a obligé l'équipe médicale à attendre jusqu'au mois de janvier. Ce n'était pas la recherche d'une économie ponctuelle qui a justifié ce mouvement, mais bien la volonté de faire comprendre aux partenaires médecins que les engagements étaient faits pour être respectés. Une fois ce capital de crédibilité acquis, ce directeur était dans une position beaucoup plus avantageuse pour négocier avec les médecins des dépassements ponctuels qui pouvaient se justifier.

L'un des intérêts de cette étude clinique est de porter notre attention, non pas sur un des domaines de l'hôpital où l'activité est de type mécaniste comme la restauration ou la blanchisserie, mais sur les services opérationnels où l'activité médicale devient prépondérante. Dès qu'on se situe à la charnière de l'économique et du médical on a le sentiment d'être toujours sur le fil du rasoir, étroitement dépendant de la bonne volonté des uns et des autres. Il est intéressant de constater que le CHRU de Lille n'a pas cherché à mettre en oeuvre systématiquement des instruments de contrôle "fermés". Seule la démarche est générale, mais sa mise en oeuvre n'est pas autoritaire. Les services peuvent accepter de s'y soumettre ou non. Quand ils l'acceptent, ils participent à l'élaboration des indicateurs avant de devoir les suivre. A la date où cette étude a été conduite, tout le CHRU n'était pas concerné et le développement se faisait là encore en tache d'huile. Ce pragmatisme a sa contrepartie, il laisse quelque peu les uns et les autres sur leur faim. Les uns regrettent la lourdeur de la tâche et parfois même son manque de "finesse" dans l'appréciation (on ne peut pas s'intéresser qu'aux économies).

"On pourrait faire davantage d'économies mais ce n'est pas si simple. Par exemple, il est sûr que des examens

sont inutiles et redondants, mais comment faire ? Un interne reçoit le malade à l'entrée, il fait beaucoup d'examens pour se couvrir. Si je recevais les entrées, comme je suis plus expérimenté, je ferais peut-être la moitié des examens prescrits. Mais si je fais cela, qui va faire mon travail ?" (un médecin chef de service).

De leur côté, les administratifs laissent poindre leur frustration de ne pouvoir s'engager plus avant dans la recherche de gains de productivité.

"Au niveau des services médicaux, il n'y a pas de gain de productivité. Les surveillantes, les infirmières, etc... reproduisent la hiérarchie. Elles veulent être les seuls maîtres en termes de soins. Pour l'instant, on n'a pas encore touché à l'organisation des unités. Elles n'ont pas encore conscience d'être à la tête de PME, elles s'abritent derrière le patient." (un directeur d'établissement).

Ce qui a permis de dépasser ces contradictions et de maintenir une bonne intégration est sans nul doute le fait que le CHRU a toujours su se ménager les ressources nécessaires à un exercice satisfaisant des obligations médicales et à en faire partager le sentiment.

"Au CHRU, on n'a pas trop de problèmes. On n'a jamais empêché quelqu'un d'opérer, faute de budget. Les médecins rencontrent des confrères à des congrès et ils savent que ce n'est pas partout pareil". (une surveillante chef).

Cette analyse clinique nous a permis de mettre en évidence que l'émergence d'un contrôle de gestion est apparue concomitamment avec la volonté interne, très incarnée ici dans la personne du directeur général, de surmonter les périls nés d'un

rationnement des ressources. Le développement de nouveaux outils de gestion s'est fait conjointement avec la mise en place d'une démarche stratégique. La compréhension de l'utilité des uns ne peut être obtenue que de leur couplage avec l'autre. En suivant la grille d'analyse que nous avons proposée, nous avons successivement pu constater qu'aux trois niveaux de contrôle (programmation des activités nouvelles, budgets décentralisés, tableau de bord et outils de suivi), l'introduction de méthodes nouvelles ne s'est pas effectuée à travers un transfert de méthodes et de techniques déjà éprouvées ailleurs. Les procédures n'adoptent pas la seule forme d'un rituel. Elles ne sont pas non plus uniquement le théâtre de jeux de pouvoir qui se cacheraient derrière le paravent de la meilleure gestion. Toujours partielles, parfois dénoncées comme lourdes ou insuffisantes, ces innovations en matière de contrôle prennent leurs racines profondément dans le vécu de l'organisation. A la fois, elles témoignent de son originalité (il s'agit d'une bureaucratie professionnelle), et elles sont peut-être aussi des ferments de son évolution. En ce sens, cette étude illustre le concept de "comptabilité en action" proposé par Hopwood (1987). Par ailleurs, nous avons eu l'opportunité de pouvoir observer l'émergence elle-même. Le système que nous avons étudié n'est pas encore achevé, il est en train de se déterminer, toutes les contraintes et les forces qui le modèlent et vont le modeler jouent encore pleinement. Contrairement aux approches caractéristiques du mouvement de la Contingence où les propriétés d'un modèle sont rapprochées des caractères de son environnement quand le modèle est déjà élaboré, nous avons pu saisir certains rapports avant que la boîte noire ne soit refermée. En contrepartie, nous supportons l'inconvénient de ne disposer que d'éléments encore fragmentaires dont la cohésion d'ensemble n'est pas encore assurée.

Pour conclure ce chapitre et cette partie, nous souhaitons mettre en évidence les traits les plus saillants d'un système de contrôle de gestion au sein d'un hôpital public. Rappelons en premier lieu que ce dernier est une bureaucratie professionnelle. Médecins chefs et directeurs d'établissements n'entretiennent pas de relations simples et hiérarchiques. Nous les avons qualifiées de "diagonales" et nous reviendrons sur ce point en seconde partie. L'organisation doit rester "sous contrôle" avec à sa tête pilote et copilote, sans que l'on sache toujours qui est le pilote et qui est le copilote. L'architecture du système de contrôle de gestion que nous avons dégagée de notre étude clinique accorde une place à ce rapport qu'entretiennent ces deux acteurs principaux. Nous avons ainsi retenu trois niveaux : celui du service opérationnel, celui du sommet administratif et enfin, celui d'une instance originale, la commission médico-administrative où participent les uns et les autres.

L'organisation reste "sous contrôle", mais elle évolue dans une direction choisie et partagée. Les choix de stratégie ne peuvent pas être effectués par les seuls membres du sommet administratif. Le pouvoir des médecins et leur expertise sont tels qu'ils ne peuvent pas être tenus à l'écart. En ayant mis en place une démarche stratégique qui implique totalement les médecins, la direction générale du CHRU de Lille a proposé en la matière une solution originale qui garantit une forte intégration au sein de l'établissement. On peut dire qu'un sens commun à tous est ainsi fixé, en particulier pour les trois niveaux de gestion que nous avons précédemment distingués.

Le système de contrôle de gestion devrait permettre de garantir que chacun agisse dans la direction communément acceptée. Il suppose, entre autres, que l'organisation dispose d'une part d'un système d'information pertinent sur les actions prises et leurs conséquences, d'autre part d'un système d'incitation suffisamment

puissant. Sur ce dernier point, la bureaucratie professionnelle présente des difficultés certaines. Contrairement à ce qui se passe au sein d'une entreprise privée, il n'est guère possible d'offrir des systèmes de rémunération incitatifs. Ceci est particulièrement vrai au sein d'un hôpital public où les rémunérations sont fonction de grilles nationales. Nonobstant cette difficulté, nous avons montré que, dès qu'elle était suffisamment autonome, l'organisation pouvait dégager des leviers originaux en la matière. Il n'y a pas de bonus, mais il y a le financement des activités nouvelles. L'important est ici d'utiliser l'élément qui est perçu comme une récompense par celui qui en bénéficie. Notons au passage qu'il se peut que dans une autre bureaucratie professionnelle, la récompense prenne une autre forme que celle décrite au CHRU de Lille. La proposition est ici beaucoup plus générale.

Veiller à ce que chaque acteur agisse dans le sens souhaité exige la présence de systèmes d'information. En matière de contrôle de gestion, il est habituel de recourir dans ce cas aux budgets. Nous avons vu, dans le cadre du CHRU de Lille, que la mise en oeuvre de budgets de services a été l'initiative la plus précoce et la plus marquante. C'est aussi un remarquable point de rencontre entre le sommet administratif qui a la charge d'opérationnaliser les restrictions budgétaires et le centre opérationnel qui doit internaliser dans ses comportements les conséquences de la rareté des ressources. C'est pourquoi nous choisissons cet outil du contrôle de gestion comme objet de notre étude théorique au cours de la seconde partie.

Nous venons de rappeler les caractéristiques principales d'un système de contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle comme l'hôpital. Il nous reste à nous interroger sur son efficacité potentielle, tout particulièrement à travers le budget de service, le premier outil à avoir été mis en oeuvre, celui aussi sur lequel les acteurs ont des marges de manoeuvre. Il est douteux a priori

qu'au sein d'une organisation aussi complexe, on puisse attendre une efficacité pleine et entière en toute circonstance. Aussi souhaitons-nous nous interroger sur les conditions qui doivent être remplies pour que cet outil s'avère efficace. Cette étude privilégie le budget de service, mais elle pourrait porter aussi sur d'autres outils. Ce n'est que l'état encore peu développé du contrôle de gestion à l'hôpital qui a guidé notre choix en la matière. L'étude qui va suivre se veut illustrative d'une interrogation plus générale.

Pour répondre à cette interrogation, nous aurions pu mener une étude empirique. Cependant, nous ne disposons pas d'un recul suffisant. Il n'est guère envisageable de constituer un échantillon statistiquement représentatif. Nous avons choisi une autre méthode. Au cours de la seconde partie, nous allons essayer d'apporter une réponse à travers une modélisation théorique et des études de statique comparative.

DEUXIÈME PARTIE :
L'EFFICACITÉ DES OUTILS DE
CONTRÔLE : UNE ANALYSE POSITIVE
DU BUDGET DE SERVICE.

Comme nous l'avons annoncé dans l'introduction générale, notre choix méthodologique principal nous conduit à élaborer une représentation formalisée et positive du mécanisme de contrôle de gestion que nous avons observé au CHRU de Lille. Nous pensons qu'une construction de la sorte, par sa logique interne, est de nature à renforcer la validité scientifique de la représentation qualitative et inductive que nous avons proposée en première partie.

Cette seconde partie, intitulée "l'efficacité des outils de contrôle : une analyse positive du budget de service", est donc entièrement consacrée à ce développement complémentaire. Nous avons préféré concentrer notre attention sur le seul budget de service. Les principales raisons sont que dans la littérature du contrôle, le budget occupe traditionnellement une place centrale. De plus, au CHRU de Lille, il est apparu comme le premier outil de gestion, autour duquel des marges de manoeuvre se manifestent au profit ou au détriment des principaux acteurs.

Ce développement théorique présente également plusieurs autres intérêts. En nous obligeant à prendre en compte un certain nombre d'interrelations, il nous permet de mieux comprendre les enjeux d'une politique budgétaire au sein d'une bureaucratie professionnelle comme l'hôpital. Une telle étude positive permet aussi de disposer d'un outil rigoureux pour tester l'efficacité de nouveaux indicateurs et de nouvelles politiques de contrôle. Enfin, elle nous donne l'occasion d'évaluer la pertinence d'un cadre théorique particulier, celui des théories de l'agence et des transactions informelles, en l'adoptant au cas de l'hôpital. C'est en quelque sorte un test de robustesse de ces théories.

Le chapitre IV, intitulé "incertitude de l'activité hospitalière et incitation budgétaire", a pour objectif principal d'exposer l'outillage théorique nécessaire à notre modélisation. Nous

empruntons à l'approche organisationnelle du contrôle en mettant l'accent sur l'importance de la mesure des performances et l'évaluation des attitudes. Nous supposons que les différents acteurs n'ont pas toujours d'objectifs convergents et nous délaissions l'approche suggérée par Ouchi (1979) de réduction de cette divergence par des mécanismes de socialisation. En revanche, nous accordons une grande importance au concept de risque qui entoure les décisions. Ce choix nous conduit à privilégier par la suite le modèle de l'agence comme point de départ de notre analyse. Eisenhardt (1985) a montré que cette perspective théorique complète utilement l'approche organisationnelle du contrôle lorsqu'on souhaite prendre en compte la variable de risque. Étudiant le cas spécifique d'un hôpital public, nous aurons le souci constant, tout au long de ce chapitre, de développer les bases d'une modélisation, certes inspirée de l'agence, mais adaptée au cas d'une bureaucratie professionnelle. Pour ce faire, nous emprunterons à d'autres courants, et en particulier à celui des transactions informelles. Nous aurons également l'occasion de rappeler les contributions les plus marquantes à l'analyse positive du budget. Ainsi apparaîtra la filiation entre notre analyse et un courant de la recherche comptable.

Le chapitre V, intitulé "l'efficacité théorique du budget dans une bureaucratie professionnelle", propose un modèle spécifique élaboré à partir des fondements théoriques présentés au chapitre précédent. Afin d'obtenir des solutions explicites, nous avons préféré étudier des cas particuliers en retenant des formes simplifiées pour les fonctions d'utilité et les fonctions de coûts. En suivant une voie déjà empruntée par Demski et Feltham (1976), nous avons eu recours à la construction de nombreux exemples numériques afin de mieux apprécier les résultats obtenus.

Le chapitre VI, intitulé "connaissance de l'activité et choix d'une politique budgétaire", recourt au modèle théorique précédent

pour proposer une étude de l'efficacité des stratégies de contrôle budgétaire auxquelles peut avoir recours le sommet administratif. Une attention toute particulière sera apportée dans ce cadre au problème de l'acquisition par la direction d'une information plus fine sur l'activité réelle des services. Ce sera l'occasion en particulier d'évaluer l'intérêt potentiel que revêtent les nouvelles méthodes de suivi de l'activité hospitalière, comme les Groupes Homogènes de Malades (GHM) dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

CHAPITRE IV :

INCERTITUDE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE ET INCITATION BUDGÉTAIRE.

Le contrôle de gestion doit permettre de s'assurer que chacun au sein de l'organisation décide et agit dans le sens choisi par la stratégie. Pour atteindre un tel objectif, il est indispensable que divers mécanismes d'incitation soient mis en place pour entourer les actions de chacun. Les récompenses, mais aussi les sanctions doivent être dessinées de façon à ce que cette cohérence soit atteinte. Pour sanctionner ou récompenser, il faut encore pouvoir observer les actes de chaque membre, ou du moins les résultats qu'ils ont obtenus. La complexité de l'organisation du travail est le plus souvent telle qu'il est vain d'imaginer qu'il soit possible d'observer de manière parfaite les actes et les performances des uns et des autres. Les mesures de résultat utilisées sont dès lors imparfaites. Les aléas qui entourent l'activité ne font qu'accroître la sévérité du problème. Ainsi, des problèmes d'incertitude, de connaissance imparfaite et d'incitation sont-ils étroitement imbriqués.

Dans une première section, nous allons présenter les sources d'incertitude propres à l'activité hospitalière. Celles-ci étant identifiées, nous nous attachons ensuite à rappeler la problématique générale de la décision dans un tel environnement. La seconde section de ce chapitre a pour objectif d'envisager simultanément les problèmes de partage de risque et d'incitation. Le point de départ de notre analyse est cette fois donné par le modèle général du principal et de l'agent. La structure particulière de la bureaucratie professionnelle hospitalière ne permet pas d'utiliser tel quel ce modèle théorique. Nous proposons un cadre approprié à ce modèle original. Dans ce cadre théorique, il nous est alors possible de préciser les lignes d'une analyse de l'outil budgétaire, à la fois source d'information et d'incitation.

Notre choix de l'outil budgétaire a été guidé par deux constatations. D'abord, l'étude clinique précédente a mis en évidence l'apparition rapide du budget de service comme premier instrument pour contrôler les coûts décentralisés. Il nous est apparu intéressant de nous interroger au plan théorique sur la primauté de cet instrument dans un contexte aussi particulier que celui de l'hôpital. Ensuite, il existe déjà différents travaux publiés sur l'étude de la pertinence du mécanisme budgétaire dans le cadre de la relation principal - agent. Notre travail peut donc s'inscrire dans ce prolongement.

Enfin, des travaux récents ont souligné l'importance d'autres mécanismes pouvant guider les relations entre individus au sein d'une organisation. Il s'agit de la perspective ouverte par l'étude des transactions informelles. Dans ce cadre, sont traités à la fois des aspects de transfert d'information, mais aussi d'incitation. Le concept de confiance qui est développé permet à la fois de trouver l'origine d'inefficiences et à l'opposé de dégager des facteurs d'efficacité. Nous allons voir comment cette perspective peut enrichir le cadre théorique que nous proposons pour la bureaucratie professionnelle hospitalière.

SECTION 1 : UNE GESTION EN INFORMATION IMPARFAITE.

Nombre de décisions de gestion à l'hôpital doivent se prendre en situation d'information imparfaite. Ceci est le corollaire, d'une part de la difficile mesure du produit hospitalier, d'autre part des caractéristiques structurelles, notamment la dualité des acteurs. Le champ de l'économie de l'incertain nous sert ici de support. D'abord, nous exposons les différentes sources de risque qui font peser de l'incertitude sur l'activité hospitalière. Puis, nous étudions la fonction de l'information au niveau des décisions en situation de risque. Enfin, nous présentons les principaux modes d'échange d'information pour aider à la décision. L'objectif de notre thèse est de s'intéresser à la place du contrôle de gestion au sein d'un hôpital public. Nous nous centrons donc sur les cadres d'échange d'information qui contribuent au contrôle de gestion.

I - LES DIFFÉRENTES SOURCES DE RISQUE.

Les décisions qui doivent être prises et les actes qui doivent être réalisés au sein d'un établissement hospitalier apparaissent dans un environnement qui est loin d'être certain. Par exemple, le nombre de patients qui seront hospitalisés dans un mois dans un service donné n'est pas toujours prévisible sans marge d'erreur. L'évolution de l'état de santé d'un patient déjà hospitalisé

n'est pas toujours celle attendue par le praticien. L'activité hospitalière est donc fondamentalement entourée d'incertitude. Nous distinguons dans ce qui suit différentes catégories : l'incertitude pure, le risque provenant de l'environnement, le risque moral et le risque né de la sélection adverse (ou encore antisélection).

1) L'incertitude pure.

L'évolution de la santé publique dépend de facteurs que les professionnels de la santé, et parfois même les hommes, sont loin de contrôler. Par exemple, l'apparition d'une maladie nouvelle comme le SIDA a donné naissance à de nouveaux besoins de soins et a exigé des adaptations de l'outil hospitalier. Dans ce cas, l'événement lui-même ne peut pas être envisagé par anticipation. Personne ne peut dire aujourd'hui ce que sera la nouvelle maladie ou épidémie des années 2010.

Une autre source de difficulté vient de l'apparition brutale, parfois rare, de pathologies déjà connues à l'avance. Supposons, par exemple, qu'un conflit éclate brutalement dans un pays, le système hospitalier doit faire face aux blessures diverses et variées et bien caractéristiques de la guerre. Si l'événement est ici connu, il est pratiquement impossible de fixer à l'avance sa vraisemblance. En 1980, il est probable qu'aucun responsable d'hôpital de Sarajevo ne prenait en considération une telle éventualité dans ses prévisions d'évolution d'activité.

L'incertitude pure, c'est-à-dire les cas où les événements ne peuvent pas être décrits, où lorsque leur probabilité d'occurrence ne peut pas être raisonnablement estimée, entoure certainement l'évolution de l'environnement de l'activité hospitalière. Il est vrai que cette forme d'incertitude ne se prête pas ou se prête mal à une modélisation dans le cadre d'une analyse économique. De plus, on peut considérer qu'elle concerne soit des évolutions à long terme, soit des événements rares et catastrophiques. Nous laisserons de côté, dans la suite de ce travail, ces considérations.

2) Le risque provenant de l'environnement.

Il existe bien d'autres aléas qui ont une influence sur la vie de l'hôpital et pour lesquels les acteurs disposent de plus d'informations sur la vraisemblance de leur occurrence. En matière d'entrées, chacun peut observer beaucoup plus d'accidentés de la route lors de week-ends longs et pluvieux comme celui de la Toussaint. En matière d'épidémie, ce sont au cours des mois de novembre et de décembre que les services de pédiatrie doivent faire face à de nombreux cas de bronchiolite. Ainsi, même si les arrivées ne peuvent pas être prévues avec certitude, les praticiens disposent d'éléments d'information statistique. Notons au passage que, dans d'autres domaines de l'activité hospitalière, l'incertitude en matière d'entrées peut être pratiquement éliminée si l'intervention ne nécessite aucune urgence et peut être ainsi prévue.

L'incertitude peut entourer aussi l'évolution de la santé du patient durant son séjour à l'hôpital. Des complications peuvent

toujours apparaître ; mais là encore, lorsqu'il s'agit de pathologies fréquemment traitées dans un service, le professionnel dispose d'un historique qui lui permet à l'avance d'associer des mesures de vraisemblance à chaque durée d'hospitalisation possible.

Nous voyons dans ces deux derniers cas combien l'information statistique va être importante. A chaque variable considérée, par exemple le nombre d'entrées, la durée de séjour, nous associons, par souci de formalisation, une distribution de probabilités liées à chaque éventualité. On peut parler ici de probabilités objectives. L'économiste Knight a introduit la distinction entre "risque" et "incertitude", il suggère que l'on réserve le terme de "risque" aux situations dans lesquelles existent des probabilités (Malinvaud, 1977). Nous adoptons cette distinction et c'est donc de "risque" que nous allons parler dans la suite.

Notons à ce stade l'importance des concepts d'état, d'événement et de signal. Si nous prenons, par exemple, l'arrivée d'un patient dans un service de chirurgie, un praticien peut estimer que la durée de séjour pour une telle intervention varie de 5 à 20 jours. La variable durée peut donc prendre 16 valeurs différentes. Un séjour de 7 jours sera considéré comme un état particulier. A cet état particulier est associée une probabilité d'occurrence, par exemple 3 %. Il en est de même pour chacun des 15 autres états. Si le diagnostic à l'entrée produit des signes cliniques indiquant que le terrain est favorable, le praticien dispose d'un signal complémentaire. Par exemple, il peut tirer de ce signal l'information suivante : la probabilité que le séjour soit supérieur à 10 jours est nulle et les probabilités associées aux états 5 j., 6 j., 7 j., 8 j., 9 j., 10 j., sont révisées à la hausse, conditionnellement au signal reçu. Le schéma n° IV-1 illustre cet exemple.

3) Le risque moral.

Le problème du risque moral est bien connu dans le domaine de l'économie de l'assurance (Laffont, 1985). Pour une revue des articles dans ce domaine, voir Arnott (1991). On le retrouve dans l'analyse économique du fonctionnement de l'hôpital. Rappelons d'abord son argument essentiel à travers un exemple tiré de l'assurance. Supposons qu'un agent dispose d'une richesse R et qu'un sinistre de taille L puisse survenir avec une probabilité Π . La richesse espérée de cet agent est soit $R - L$ si le sinistre se réalise, soit R si le sinistre ne se réalise pas. Afin d'éliminer du risque, l'individu peut souscrire une police d'assurance couvrant en partie ou en totalité le risque couru. Supposons qu'il choisisse une assurance totale. Il lui en coûte initialement le paiement d'une prime p . S'il n'y a pas de sinistre, la richesse de l'individu est égale à $R - p$. S'il y a sinistre, la richesse de l'individu est égale à $R - L - p + L$, le dernier terme correspondant à l'indemnité versée par la compagnie d'assurance. Sa richesse s'établit encore à $R - p$ dans ce cas. La prime payée à la compagnie d'assurance sera fonction de la probabilité de sinistre, de l'importance du dégât L et, très certainement, des frais administratifs de cette société.

Supposons maintenant que cet individu puisse influencer par sa conduite la probabilité d'accident. Il peut s'agir ici d'un usage plus attentionné ou d'un meilleur entretien du bien en question. Supposons qu'il en coûte une somme x pour diminuer la probabilité de sinistre à un niveau de $\Pi(x)$. Si la compagnie d'assurance est tenue informée de ce nouveau comportement, elle diminuera sa prime à un niveau $p(\Pi(x))$. La richesse de l'individu s'établit alors à $R - x - p(\Pi(x))$. Il est clair que cet agent aura intérêt à engager des dépenses d'autoprotection tant que ces dernières seront compensées par une

réduction supérieure ou égale de la prime d'assurance. D'un point de vue économique, l'autoprotection s'avère pour partie supérieure à l'assurance et elle permet d'accroître la richesse de l'agent.

Il serait donc optimal de mettre en place de telles politiques. Mais en pratique, le problème est que la compagnie d'assurance est dans l'impossibilité d'observer x . Que se passe-t'il si elle anticipe un comportement moyen d'autoprotection et diminue la prime p d'une quantité fixe q ? Dans ce cas, il est clair que l'agent a tout avantage à ne pas s'engager dans des dépenses d'autoprotection tout en réglant une prime seulement égale à $p-q$. Sa richesse s'élève alors à $R-p+q$. A terme, la société d'assurance constatera la dégradation de ses risques et augmentera le montant de ses primes au niveau initial de p . Du fait de son incapacité à constater que le comportement de ses clients est bien celui qu'elle a anticipé au moment où elle a fixé son tarif, la société d'assurance est exposée à un risque moral, c'est-à-dire à un risque de comportement déviant de la part de ses clients. La présence de ce risque moral interdit la mise en place d'une politique optimale de couverture des risques qui associerait à l'assurance l'autoprotection. Il en résulte une baisse de la richesse pour les acteurs de l'économie.

Des difficultés d'ordre semblable se rencontrent dans l'activité hospitalière. Supposons qu'afin de réduire le temps moyen de séjour des patients dans son service, un médecin exige de son équipe d'infirmières la mise en place d'un protocole de soins très contraignant. En contrepartie de cet effort exigé, le responsable de service accepte que le roulement de travail du personnel infirmier soit amélioré. Au passage, on peut supposer aussi que la réduction de la durée moyenne des séjours allège globalement la charge de travail. Les bénéfices de cette initiative intéressent bien évidemment les patients, mais aussi l'équipe soignante dans sa globalité. En revanche, si on se situe ponctuellement au niveau d'un agent réalisant un soin auprès

d'un patient, le problème peut être totalement différent (en faisant abstraction de sa conscience professionnelle), l'agent peut ponctuellement avoir intérêt à "oublier" le protocole contraignant de soins et fournir un effort plus réduit. Notons que les conséquences négatives éventuelles de cet acte isolé seront difficilement attribuées à cet agent en question (voir chapitre I). Dans ce cas, l'agent escompte bénéficier de l'avantage général sans avoir à en payer le prix particulier. Bien évidemment, à terme, si tous les agents agissent avec cette même "rationalité", l'initiative de départ est condamnée.

A l'instar de la compagnie d'assurance, il n'est pas possible ici de mettre en place un protocole de soins par ailleurs optimal, du fait de l'impossibilité pour un médecin d'observer les comportements de chacun des membres de l'équipe soignante. Ces problèmes de risque moral ne se limitent pas au sein de l'hôpital aux seules relations entre médecins et infirmiers. Comme nous l'avons vu précédemment, les contributions des uns et des autres sont difficiles à isoler à l'intérieur d'un système fortement couplé. Ceci implique qu'il est très souvent difficile aux uns de vérifier que ce qu'ils ont demandé de faire aux autres l'a été dans les conditions qu'ils espéraient.

A ce stade, on peut citer un autre exemple tiré de l'expérience américaine. Afin d'accroître l'efficacité économique des établissements hospitaliers, un système de financement par pathologie (voir chapitres I et VI) a été mis en place. Ses initiateurs en attendaient une production de soins égale mais à moindre coût. Cette augmentation de "productivité" devait être supportée par les équipes professionnelles. Certains n'ont pas manqué de dénoncer une "perversion" du système (voir Kimberly et Minvielle, 1991; Conci Claveranne, 1993). Les malades sortaient plus rapidement des hôpitaux et devaient utiliser plus intensément des unités de soins externes (centres de convalescence, soins à domicile...). Les autorités en

charge du financement manquaient en partie leur objectif parce qu'elles n'étaient pas capables d'observer directement les comportements des équipes soignantes. A la limite, si on poussait le raisonnement à l'absurde, ces autorités devraient anticiper les changements de comportements et le système hospitalier ne pourrait plus offrir qu'une production médiocre, où les patients seraient sortis trop tôt avec les risques de séquelles, de rechutes éventuelles, qui coûteraient peut-être beaucoup plus cher plus tard.

4) Le risque né de la sélection adverse (ou antisélection).

Dans le cas du risque moral que nous venons d'évoquer, la difficulté naît du fait qu'un agent n'est pas certain du comportement d'un autre agent. Il n'a pas les moyens de vérifier que le comportement attendu est effectivement mis en oeuvre. Dans le cas de la sélection adverse, le problème est différent, même si le résultat est proche. L'agent n'est pas certain que ce qu'il demande à l'autre sera effectivement mis en oeuvre parce qu'il ne sait pas si l'autre en a intrinsèquement les aptitudes.

Les problèmes de sélection adverse ont été particulièrement étudiés au cours de ces vingt dernières années, dans des domaines aussi divers que ceux de l'économie du travail (Spence, 1974), l'économie de l'assurance (Rothschild et Stiglitz, 1976 ; Eeckhoudt et Gollier, 1992 ; pour une revue de la littérature, voir Dionne et Doherty, 1991), la finance (Ross, 1977), les marchés de biens (Akerlof, 1970). Nous empruntons au marché du travail un exemple introductif.

Lorsqu'un employeur propose un contrat de travail, il offre une rémunération fonction de la productivité attendue du futur employé. S'il peut observer avec certitude la qualité intrinsèque de chaque candidat, il peut offrir autant de contrats qu'il y a de candidats et moduler les rémunérations proposées en fonction de leurs qualités. S'il ne peut pas observer directement la qualité de chaque candidat, il ne peut proposer qu'un seul contrat qui garantit une rémunération fonction seulement de la qualité moyenne attendue des candidats. Ainsi, il paie trop certains employés peu productifs et paie relativement peu des employés qui se révèlent, après coup, plus productifs que la moyenne. Dans l'ensemble, la somme des salaires payés correspond à la quantité totale de travail fourni. Cette situation reflète cependant un équilibre très instable.

En effet, les employés les plus productifs trouvent la rémunération moyenne proposée insuffisante, eu égard à leurs qualités. Ils déclinent alors le contrat proposé. Seuls, les candidats dont la productivité est inférieure à la moyenne acceptent l'offre. Après coup, l'employeur constate que la quantité de travail fournie, par une population plus médiocre en moyenne qu'il ne l'attendait, est insuffisante, eu égard au montant total des salaires versés. Il ne peut que réviser à la baisse les termes du contrat qu'il propose. Le salaire offert est inférieur et correspond à la qualité moyenne de cette nouvelle population. Cependant, à nouveau, des candidats vont refuser le contrat proposé. Ce sont ceux dont la productivité est supérieure à cette nouvelle moyenne. L'employeur ne manque pas alors de réagir à cette nouvelle dégradation de la qualité moyenne de la population et baisse une fois de plus le salaire offert.

En poursuivant jusqu'à son terme le raisonnement précédent, il apparaît que l'employeur ne peut embaucher que les plus mauvais aux salaires les plus bas. Cette incapacité à observer les qualités intrinsèques des futurs employés conduit à un

fonctionnement désastreux (voire à un non fonctionnement) du marché du travail et est nuisible aux deux parties. Bien évidemment, afin de résoudre ce paradoxe, les auteurs ne manquent pas de proposer des moyens de résolution, imparfaits et coûteux, de ces problèmes nés des risques de sélection adverse (ou antisélection), c'est-à-dire une sélection induite par le contrat offert et contraire aux intérêts de celui qui propose le contrat. A titre d'exemple de résolution, les candidats sur le marché du travail ont avantage à "signaler" leurs véritables qualités en faisant état, par exemple, de leurs diplômes. Notons au passage que cette activité de "signalisation", ici d'acquisition de diplômes, est coûteuse pour les impétrants. Il leur faut financer des années d'étude d'autant plus chères qu'ils veulent transmettre une information favorable. L'élimination totale ou partielle des effets néfastes de la sélection adverse est toujours, en tout état de cause, onéreuse.

Dans le cadre de l'hôpital, on retrouve aussi des situations où les problèmes de sélection adverse apparaissent. Il est vrai que les questions de formation initiale et de recrutement du personnel échappent en partie au problème sus-mentionné. Les professionnels (médecins ou personnel soignant) sont recrutés de manière très homogène après des formations longues et validées par la profession, et dans le cadre de procédures d'accès à la fonction publique. Nous pouvons toutefois proposer des exemples dans d'autres domaines.

Supposons que pour implanter de nouvelles activités, il y ait besoin dans l'hôpital à la fois de plus de moyens et d'un accroissement d'effort de la part du personnel. Incapable d'évaluer le rapport, dans chaque cas, entre effort fourni et produit hospitalier supplémentaire procuré, l'autorité administrative répartit les moyens supplémentaires en fonction d'un rapport moyen. Les services, prêts à fournir un effort élevé et un produit important, trouveront la dotation en moyens insuffisante et n'entreprendront pas leur projet.

Seuls les services à effort faible et productivité médiocre acceptent une offre qui, de fait, les surdotera en moyens. A la limite, on pourrait imaginer que l'autorité, observant après coup des résultats décevants, se fasse de plus en plus chiche dans l'offre de moyens supplémentaires.

Un deuxième exemple peut être fourni par un chef de service excellent dans sa technique professionnelle, mais piètre dans son rôle d'animateur d'équipe. Incapable de discerner a priori les qualités des soignants, il leur offre des conditions de travail moyennes. Les meilleurs éléments ont alors tendance à demander leur affectation dans des services où ils sont davantage reconnus. La qualité moyenne de l'équipe en place baisse. Ce faisant, le responsable réagit négativement et contribue à dégrader encore plus les conditions de travail. Les départs se multiplient et ainsi de suite... Toute personne familière des hôpitaux sait qu'il y a des services qui "tournent" mieux que d'autres, qu'il y a des services où l'ambiance de travail et l'attitude vis-à-vis des patients sont meilleures. La résolution partielle de ce problème de sélection adverse passe par un investissement plus grand en présence et en attention de la part du "patron" de service et de l'encadrement. Là est le coût.

II - INFORMATION ET DÉCISION EN SITUATION DE RISQUE.

L'information est un bien qui, comme les autres biens, peut faire l'objet au niveau de son choix au sein d'une organisation d'une analyse économique. L'objectif de ce développement est de

mettre en exergue la fonction de l'information au niveau des décisions et sa répartition au sein de l'activité hospitalière. Dans un premier temps, nous précisons la notion d'information parfaite en ayant recours à un modèle simplifié de décision. Nous précisons par la suite les notions d'information imparfaite et d'information asymétrique.

1) La décision en information parfaite.

Nous empruntons à Demski (1972) et à Demski et Feltham (1976) le cadre de cette présentation. Supposons qu'il existe une variable d'état S qui prenne un ensemble de valeurs (s_1, s_2, \dots, s_n) . A priori, l'état qui sera réalisé n'est pas connu. Au mieux, et pour caractériser une situation de risque, le décideur peut associer à chaque état s de S une probabilité d'occurrence $p(s)$. Le décideur a le choix entre plusieurs actions a appartenant à un ensemble d'actions A (a_1, a_2, \dots, a_m). Chacune des actions a permet d'atteindre un résultat $r(a,s)$. Le résultat dépend ici de l'état réalisé. Suivant en cela le cadre du modèle de l'espérance d'utilité de Von Neumann et Morgenstern (1954), nous écrivons que la satisfaction atteinte par le décideur en prenant l'action a est mesurée par l'expression : $\sum_{s \in S} p(s) \times U(r(a,s))$, où U est la fonction d'utilité. Dans une telle situation, le décideur choisit la décision $a^* \in A$ qui maximise l'espérance d'utilité. Ce sera donc : $\sum_{s \in S} p(s) \times U(r(a^*,s))$.

Prenons l'exemple suivant : supposons que l'état d'un patient puisse prendre trois modalités (bénin, préoccupant, grave). Le médecin associe à chaque état les probabilités suivantes : $1/3, 1/3, 1/3$.

Il a le choix entre quatre actions qui donnent les résultats suivants en termes d'analyse coût/avantage :

- Si l'action 1 est entreprise, le résultat est égal à 10 si l'état 1 se réalise, 1 si l'état 2 se réalise, et 1 si l'état 3 se réalise.
- Les résultats obtenus avec l'action 2 sont respectivement égaux à 2, 9, 3.
- Avec l'action 3, les résultats sont de 1, 1, 20.
- Avec l'action 4, les résultats sont de 5, 3, 5.

Supposons enfin que la fonction d'utilité du décideur soit de la forme $U = \ln(r)$. Le décideur est adverse au risque ($U' > 0$; $U'' < 0$). On obtient les résultats suivants :

- Si le décideur prend l'action 1, son espérance d'utilité est égale à : $1/3 \ln(10) + 1/3 \ln(1) + 1/3 \ln(1) = 0,768$.
- S'il prend l'action 2, son espérance d'utilité vaut : $1/3 \ln(2) + 1/3 \ln(9) + 1/3 \ln(3) = 1,330$.
- S'il prend l'action 3, $E(U) = 1/3 \ln(1) + 1/3 \ln(1) + 1/3 \ln(20) = 0,999$.
- S'il prend l'action 4, $E(U) = 1/3 \ln(5) + 1/3 \ln(3) + 1/3 \ln(5) = 1,439$.

En conclusion, il choisit l'action 4 qui maximise son espérance d'utilité.

Il est bien clair que, dans l'exemple précédent, l'action 4 n'est optimale que dans la mesure où le médecin ne connaît pas à l'avance l'état du malade et où cette action permet d'atteindre des résultats moyens dans les trois cas. Le praticien aurait tout avantage dans ce cas à acquérir de l'information afin de pouvoir adopter l'action la plus appropriée à chaque état. Nous allons maintenant introduire la notion de système d'information. Un système d'information produit un signal y qui prend les valeurs : y_1, y_2, \dots, y_l , de l'ensemble Y . Les valeurs prises par y sont directement observables par le décideur, quel que soit l'état de la nature. Nous appelons un système d'information parfaite, un système qui produit un signal y tel que, pour tout état de la nature s , correspond une valeur et une seule de y et tel que pour tout signal y il ne correspond qu'une valeur et une seule de s . Le système

d'information réalise dans ce cas la partition la plus fine qui soit de l'ensemble des états (voir schéma n° IV-2).

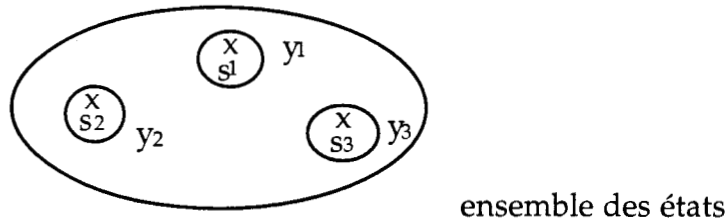


Schéma n° IV-2 : Illustration de la partition de l'ensemble des états par un système d'information parfaite produisant un signal y.

Reprenons le cas de notre praticien et supposons, pour simplifier, que son système d'information soit composé en l'occurrence d'un examen du sang. Le résultat de cet examen peut prendre trois modalités :

- signal y_1 = test négatif => état s_1 bénin ;
- signal y_2 = test positif mais maladie non déclarée (SIDA par exemple) => état s_2 préoccupant ;
- signal y_3 = test positif et maladie déclarée => état s_3 grave.

A la lecture de ces signaux, le médecin peut modifier les probabilités associées à chaque état. Par exemple si le signal 1 est obtenu, il accorde une probabilité conditionnelle de 1 à s_1 et de 0 à s_2 et s_3 . A partir de là, les actions optimales sont les suivantes.

- Si le signal 1 est obtenu, l'action a_1 est optimale et permet d'atteindre un niveau d'utilité de $\ln(10) = 2,303$ ($\ln(10) > \ln(2)$, $\ln(10) > \ln(1)$, $\ln(10) > \ln(5)$).

- Si le signal 2 est obtenu, l'action a_2 est optimale et permet d'atteindre un niveau d'utilité de $\ln(9) = 2,197$ ($\ln(9) > \ln(1)$, $\ln(9) > \ln(3)$).
- Enfin, si le signal 3 est obtenu, l'action a_3 est optimale et permet d'atteindre un niveau d'utilité de $\ln(20) = 2,996$ ($\ln(20) > \ln(1)$, $\ln(20) > \ln(3)$, $\ln(20) > \ln(5)$).

L'obtention d'une information a permis dans chaque cas de prendre une action mieux appropriée et d'atteindre un niveau d'espérance d'utilité supérieur. Nous définissons ici la valeur de ce système d'information comme l'augmentation d'espérance d'utilité obtenue. Notons que l'information n'a pas de valeur en elle-même mais qu'elle en prend à travers le système de décision étudié. Enfin, dans une situation de risque, l'information parfaite constitue le cas le plus favorable, toute acquisition d'information supplémentaire s'avère inutile puisqu'elle ne permet pas de prendre de meilleures décisions et d'améliorer l'espérance d'utilité.

2) La décision en information imparfaite.

Introduisons le concept d'information imparfaite. Supposons que le système d'information ne permette pas de réaliser une partition aussi fine des états de la nature. Pour reprendre l'exemple précédent, supposons que l'examen ne procure que deux signaux : y_1 = test négatif, y_2 = test non négatif. La partition des états de la nature est la suivante, à y_1 correspond s_1 , à y_2 correspondent s_2 et s_3 (voir schéma n° IV-3). Nous appelons ce système d'information produisant cette partition le système d'information I_1 . Il est clair que ce

système I_1 a une valeur moindre qu'un système d'information parfaite mais une valeur supérieure à un système d'information nulle.

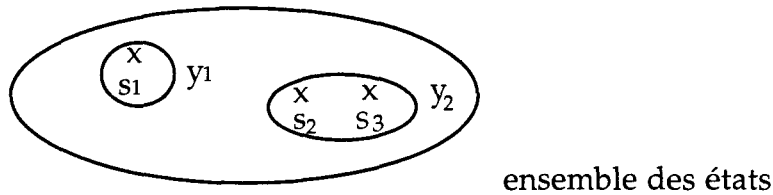


Schéma n° IV-3 : Illustration de la partition de l'ensemble des états par un système d'information imparfaite I_1 produisant un signal y .

Pour illustrer ce point, reprenons l'exemple précédent. Si suivant I_1 , le signal y_1 est obtenu, l'action optimale reste a_1 et permet d'atteindre un niveau d'utilité espérée de $\ln(10) = 2,303$. Si le système d'information I_1 communique le signal y_2 , le problème devient plus complexe. Il nous faut définir à présent les probabilités associées à chaque état de la nature, conditionnellement à l'apparition du signal y_2 . En suivant les probabilités a priori des réalisations des états s_2 et s_3 , la probabilité d'apparition du signal y_2 est égale à $2/3$. En utilisant le théorème de Bayes, nous pouvons définir les probabilités conditionnelles d'apparition de s_2 et s_3 , sachant y_2 , comme : $1/3 : 2/3 = 1/2$.

- Si l'agent choisit, au vu du signal y_2 , l'action a_1 , l'espérance d'utilité atteinte est : $E(U) = 0 \times \ln(10) + 1/2 \ln(1) + 1/2 \ln(1) = 0$.
- S'il choisit l'action a_2 , $E(U) = 0 \times \ln(2) + 1/2 \ln(9) + 1/2 \ln(3) = 1,648$.
- S'il choisit l'action a_3 , $E(U) = 0 \times \ln(1) + 1/2 \ln(1) + 1/2 \ln(20) = 1,498$.
- S'il choisit l'action a_4 , $E(U) = 0 \times \ln(5) + 1/2 \ln(3) + 1/2 \ln(5) = 1,354$.

L'action optimale est a_2 . L'espérance d'utilité est toujours supérieure à celle obtenue dans la situation d'information nulle, mais elle est inférieure ou égale au cas de l'information parfaite.

Supposons maintenant que le décideur ait le choix entre deux systèmes d'information, le système d'information I1 précédemment étudié et le système d'information I2 qui va suivre. Un autre type d'examen permet d'obtenir deux signaux : y'_1 = maladie non déclarée et y'_2 = maladie déclarée. A y'_1 correspondent les états s_1 et s_2 , à y'_2 correspond l'état s_3 (voir schéma n° IV-4).

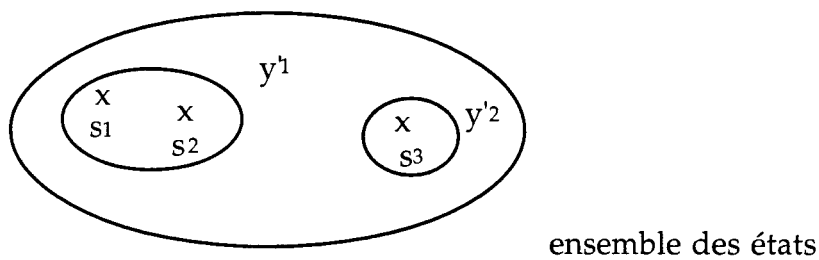


Schéma n° IV-4 : Illustration de la partition de l'ensemble des états par un système d'information I2 produisant un signal y'.

La question est maintenant de savoir si le système d'information I2 est plus fin pour le décideur en question que le système I1. Ou encore I2 permet-il d'obtenir une espérance d'utilité supérieure à ce que permettait I1 ? Si le signal y'_1 est obtenu, les probabilités conditionnelles associées à s_1 et s_2 sont égales à $1/2$.

- A l'action a_1 , correspond une espérance d'utilité égale à 1,151.
- Pour l'action a_2 , $E(U) = 1,445$.
- Pour l'action a_3 , $E(U) = 0$.
- Pour l'action a_4 , $E(U) = 1,354$.

L'action a_2 est optimale dans ce cas. Si le signal y'_2 est obtenu, il est clair que l'action a_3 est optimale et $E(U) = \ln(20) = 2,996$.

Le tableau n° IV-1 récapitule les actions préférées.

	état bénin s_1	état précoc- cupant s_2	état grave s_3
en information nulle	a_4	a_4	a_4
en information parfaite	a_1	a_2	a_3
avec I_1	a_1	a_2	a_2
avec I_2	a_2	a_2	a_3

Tableau n° IV-1 : Tableau récapitulatif des actions préférées.

Nous comparons maintenant les deux systèmes I_1 et I_2 .

Dans un cas sur trois, l'état de la nature s_1 se réalise.

- Si le système I_1 est utilisé, l'action a_1 est prise et l'utilité $U = \ln(10) = 2,303$.
- Si le système I_2 est utilisé, l'action a_2 est réalisée et $U = \ln(2) = 0,693$.

Dans un cas sur trois aussi, l'état s_2 se réalise.

- Avec le système I_1 , l'action optimale est a_2 et $U = \ln(9) = 2,197$.
- Avec le système I_2 , l'action a_2 est aussi choisie et $U = \ln(9) = 2,197$.

Dans le dernier état s_3 , la probabilité de réalisation est aussi de $1/3$.

- Avec I_1 , l'action a_2 est choisie et $U = \ln(3) = 1,099$.
- Avec I_2 , l'action a_3 est choisie et $U = \ln(20) = 2,996$.

En résumé, l'espérance d'utilité obtenue à travers l'utilisation systématique du système I₁ est égale à $(1/3 \times 2,303) + (1/3 \times 2,197) + (1/3 \times 1,099)$, soit 1,866. Avec I₂, $E(U) = (1/3 \times 0,693) + (1/3) \times 2,197 + (1/3 \times 2,996) = 1,962$. Le système I₂ apparaît dans cette situation supérieur au système I₁. Cette supériorité est contingente au cas étudié. En particulier, si nous modifions, soit les probabilités a priori d'occurrence de chacun des états, soit la fonction d'utilité du décideur, nous pouvons obtenir un résultat différent.

Par exemple, si nous prenons une fonction d'utilité exponentielle négative de la forme $U = 1 - e^{-r/2}$ (aversion absolue vis-à-vis du risque constante, et non plus décroissante avec r, le résultat), les résultats seront opposés. Les actions sont changées, le tableau n° IV-2 résume les résultats obtenus.

	s ₁	s ₂	s ₃
I ₁	a ₁	a ₂	a ₂
I ₂	a ₄	a ₄	a ₃

Tableau n° IV-2

Si on calcule l'utilité moyenne associée à chaque système d'information, on trouve pour I₁, $U = 0,920$, et pour I₂, $U = 0,898$. Cette fois, le système d'information I₁ est préféré par le décideur.

Ainsi, pour fournir une comparaison absolue entre deux systèmes d'information, il est nécessaire que le théorème suivant soit vérifié : "La structure d'information 1 est plus fine que la structure

d'information 2 si et seulement si, pour toute probabilité a priori Π et pour toute fonction d'utilité $u(\cdot)$, : $U(Y_1 ; \Pi(\cdot), u(\cdot)) \geq U(Y_2 ; \Pi(\cdot), u(\cdot))$." (Théorème n°1, page 37, Laffont, 1985). Dans notre exemple, au sens de Laffont, nous ne pouvons pas dire qu'un système d'information soit supérieur à l'autre. Certains individus préfèrent I_1 et d'autres I_2 , en fonction de la manière dont ils ressentent le résultat.

A l'évidence, le théorème de Laffont est une condition très sévère. Dès à présent, nous pouvons suspecter que, dans un système aussi complexe que celui de l'hôpital où les acteurs sont divers (voir chapitre I) et rétroagissent entre eux, où les sources de risque sont nombreuses et variées (nous l'avons vu précédemment), la comparaison de divers systèmes d'information est loin d'être évidente. Il semble, dès à présent, qu'il apparaisse fort hasardeux de chercher à évaluer de manière absolue les systèmes d'information. Plus modestement, cette analyse nous suggère qu'il vaut mieux chercher à les apprécier relativement à leur contexte décisionnel. Le système d'information ne peut être apprécié qu'en fonction des caractéristiques propres aux comportements des individus.

3) La décision en information asymétrique.

Si on était en situation d'information parfaite, l'ensemble des acteurs de l'hôpital disposeraient de toute l'information. Comme il est improbable que l'information soit pleinement révélée, se pose alors le problème de savoir de quelle information dispose chaque acteur. A priori il apparaîtrait efficace que l'ensemble des acteurs échangent et partagent l'information qu'ils peuvent se procurer. En

effet, suivant l'analyse précédente, l'apport marginal d'une information nouvelle peut être positif, ou à la limite nul. Dans ce dernier cas, l'information nouvelle ne conduit pas le décideur à modifier ses actions et laisse donc son espérance d'utilité inchangée. Donc ajouter une information supplémentaire ne pourrait être que favorable ou nul, en tout état de cause jamais destructeur.

Cette analyse repose sur un double ensemble d'hypothèses. Le premier a trait à la transmission de l'information à l'intérieur de l'organisation, l'information est supposée ici transmise sans coût, elle ne s'altère pas au sein des canaux de communication. Le deuxième ensemble concerne la capacité de chacun des acteurs à traiter, c'est-à-dire à agréger des ensembles d'informations de plus en plus conséquents. Même si on acceptait l'idée que la capacité à stocker de l'information du cerveau humain est sans limite (d'ailleurs, le thésard le sait bien), l'acquisition puis l'accès, en cas de besoin, à cette information nécessitent toujours du temps. Ainsi, les êtres humains ne sont pas des utilisateurs "parfaits" de l'information, ceci révèle déjà un premier ensemble de limites. Par ailleurs, la capacité à calculer et à évaluer les meilleures solutions face aux problèmes rencontrés est, elle aussi, bornée. En ce sens, nous rejoignons la thèse de la rationalité limitée développée par Simon (1947, 1973). L'information ne va pas s'écouler naturellement et sans friction tout au long de la structure organisationnelle. Il en découle qu'il est raisonnable de faire l'hypothèse que les dotations initiales en informations sont inégales parmi les membres de l'organisation.

En termes d'analyse économique, le problème de l'échange d'information se pose suivant une comparaison coût/avantage. Du point de vue de la gestion optimale d'une organisation, il est opportun que deux acteurs échangent de l'information si la somme des avantages supplémentaires retirés, suite aux modifications des actions qu'ils prennent, est supérieure aux

ressources consommées par la réalisation de cette communication. De cette simple proposition, il découle que tout échange d'information n'est pas opportun. La recherche d'une information symétrique n'est pas non plus un objectif en soi. Une information détenue par un acteur peut fort bien lui être utile pour prendre des décisions appropriées. L'obliger à la communiquer à un de ses collègues, peut être nuisible si les coûts engagés s'avèrent supérieurs à l'utilité retirée.

Ce type d'analyse coût/avantage est loin d'être évident à réaliser. D'une part, nous avons vu précédemment que la mesure de l'avantage retiré était particulièrement complexe. D'autre part, la science économique offre peu d'outils pour aborder sérieusement l'étude du coût de l'information. On peut rappeler accessoirement qu'un courant de travaux économiques a utilisé les résultats obtenus dans la théorie des communications (voir Shannon, 1948, et plus particulièrement la notion d'entropie).

Le problème est ici d'autant plus compliqué que la recherche d'information se fait le plus souvent de manière séquentielle. Par exemple, s'il s'agit d'expliquer le comportement d'un acheteur, on peut reprendre le cheminement d'une quête successive d'informations. Quand l'acheteur s'estime "suffisamment" informé, il procède à l'acquisition. Il est clair que la quête est plus ou moins longue en fonction des informations que le hasard propose en premier lieu à l'acheteur, mais ce dernier peut aussi diriger sa quête. La modélisation d'un tel processus n'est pas chose aisée et l'évaluation du coût reste problématique. On peut transposer cet exemple à l'hôpital. D'une part, les différents examens réalisés auprès d'un patient sont bien une recherche séquentielle d'informations qui s'arrête plus ou moins rapidement en fonction des premiers résultats obtenus. D'autre part, et pour fournir un autre exemple, la recherche d'avis par une autorité administrative, pour justifier l'acquisition

d'un nouveau matériel, peut suivre une évolution comparable selon que les premiers experts sont plus ou moins convaincants.

Il nous apparaît nécessaire de rappeler que les coûts d'information ne se limitent certainement pas aux coûts de développement et d'entretien de la composante informatique des systèmes d'information médicalisée. Bien entendu, il faut se préoccuper aussi des temps passés, de l'énergie dépensée par l'ensemble des acteurs, à l'occasion de tous ces échanges.

Enfin et dernier point, il est indispensable de mentionner que la rétention d'information peut être aussi optimale du point de vue égoïste de certains membres de l'organisation. Nous avons vu au chapitre I que les objectifs des différents acteurs à l'hôpital étaient loin d'être toujours convergents. Certains peuvent avoir intérêt à ne pas communiquer à d'autres une information s'ils anticipent que les autres vont choisir une action qui aura un résultat désavantageux pour eux. Par exemple, un chef de service peut avoir avantage à masquer une relative sous-activité en ne communiquant pas d'information sur la gravité moyenne des cas traités, afin d'éviter que l'administration hospitalière ne procède à une réduction de ses effectifs de personnel soignant. L'asymétrie d'information est alors soigneusement entretenue.

L'analyse coût/avantage d'un échange d'information ne peut pas être conduite comme si l'organisation avait un objectif unique et commun, comme si tous les coûts et tous les avantages se cumulaient dans un seul compte traduisant l'efficacité de l'hôpital. L'analyse des échanges d'information doit aussi tenir compte des spécificités de la structure et de la diversité des objectifs des principaux acteurs.

III - LES DIFFÉRENTS CADRES D'ÉCHANGE D'INFORMATION POUR AIDER À LA DÉCISION.

Il n'existe certainement pas un cadre unique et homogène d'échange d'information utile à la décision. L'objectif de cette thèse est de s'intéresser à la place du contrôle de gestion au sein d'un établissement hospitalier. Aussi souhaitons-nous resituer, dans l'analyse précédente de l'information et de la décision, les principaux modes d'échanges d'information qui contribuent au contrôle de gestion. Nous envisageons dans un premier temps le cadre le plus général et le plus formalisé, celui de la gestion budgétaire et comptable (le budget sera l'objet de notre modélisation ultérieure). Nous abordons ensuite le domaine d'études plus spécifiques qui est celui des analyses de projets, des expertises, voire encore des audits partiels.

Enfin, nous souhaitons souligner l'importance des cadres informels d'échange d'information, d'autant qu'ils ont fait l'objet d'études théoriques nouvelles au cours de ces dernières années. Notre but n'est pas de décrire de manière très détaillée ces échanges informels. Nous souhaitons les situer dans le cadre de notre étude du rôle de l'information dans la prise de décision en avenir incertain. Deux courants peuvent être cités à ce niveau. D'une part, un socle commun et limité d'informations s'érige tout au long de l'organisation, c'est le domaine de la culture d'entreprise. D'autre part, des liens étroits et serrés se nouent entre certains acteurs. Ce sont de petits réseaux de confiance qui facilitent en certains points des échanges rapides d'information.

1) Le cadre budgétaire et comptable.

Notre objectif est de rappeler succinctement les principales caractéristiques des systèmes comptables et budgétaires dans l'économie des échanges d'information à l'hôpital. Ces systèmes permettent de remplir deux fonctions. D'un côté, ils aident à préparer les décisions, c'est le domaine de la gestion prévisionnelle, du contrôle a priori. D'un autre côté, ils sont largement utilisés pour rendre compte de l'activité écoulée, nous touchons ici à la comptabilité historique, au contrôle a posteriori.

Les avantages et inconvénients de ces systèmes budgétaires et comptables proviennent largement d'une des caractéristiques qu'ils doivent posséder, à savoir embrasser en totalité ou presque l'organisation qu'ils concernent. De ce fait, les documents doivent être fortement standardisés, tant au niveau de leur élaboration que de leur présentation. En effet, les données qu'ils contiennent doivent se prêter à des agrégations faciles et à des comparaisons dans le temps et dans l'espace. Ceci explique très largement qu'ils soient élaborés en termes d'unités monétaires puisqu'il est facile d'ajouter ou de soustraire des francs entre eux. Lorsque les indicateurs de gestion contiennent des unités autres que monétaires (nombre de lits, nombre d'entrées...) les opérations d'agrégation deviennent beaucoup plus problématiques.

L'avantage procuré par des informations monétarisées a sa contrepartie. Le choix des méthodes de valorisation devient crucial. Là encore, si on souhaite faire valoir en premier lieu la généralité des documents, il est important de standardiser les conditions de valorisation. Ceci permet, d'une part, de faciliter les comparaisons, d'autre part, de réduire l'intensité des difficultés nées de situations à

fort risque moral. Il est clair que si on laisse à chaque service le soin de valoriser sa propre intervention, il choisira les unités qui lui sont les plus favorables . Nous verrons que la technique même du GHM (Groupe Homogène de Malades) dans le cadre du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) est un essai de solution à ce problème, en substituant à des estimations trop personnelles, des indicateurs communs à l'ensemble de la profession.

Par ailleurs, on fait valoir souvent que la mise en place d'un système budgétaire et comptable permet une gestion beaucoup plus décentralisée. Chaque unité peut mieux traduire ses objectifs au sein de son budget. Chaque document comptable rend compte théoriquement de la qualité des efforts de chaque unité. Cette vue est sans aucun doute idyllique. Elle ne tient pas compte, entre autres choses, des restrictions qu'apporte l'exigence d'un langage unique et commun à tous. Comme nous l'avons vu précédemment, il y a de grandes chances qu'un système d'information commun au plus grand nombre soit d'une finesse réduite pour le plus petit nombre.

Voyons bien cependant que la standardisation a ses avantages. Elle permet des systèmes d'information d'un coût acceptable de fonctionnement. Par exemple, les opérations de contrôle de la validité de la qualité de l'information s'en trouvent simplifiées. Mais on ne peut pas attendre qu'un système à coût de fonctionnement modéré puisse remplir toutes les tâches nécessaires à une gestion efficace. Il doit être complété, et ceci est particulièrement vrai au sein d'une structure aussi complexe que ne l'est la bureaucratie professionnelle hospitalière, pour une production aussi difficile à cerner que celle de soins, dans un contexte où des risques de toutes sortes se cumulent.

2) Expertise et audit ponctuels.

Ce type d'instruments partage un point commun avec le précédent. Il traite à la fois de l'information prévisionnelle (par exemple, l'étude d'une nouvelle activité) et du contrôle a posteriori (par exemple, l'audit détaillé des dépenses liées à la restauration). Cette information peut donc servir à mieux prévoir pour décider d'une action particulière, et à rendre compte pour apprécier l'opportunité d'actions déjà engagées.

A la différence des systèmes budgétaires et comptables, les exigences en matière de standardisation et de présentation de l'information sont ici bien moindres. D'une part, il ne s'agit pas de fournir des éléments pour une appréciation globale du fonctionnement de l'hôpital, l'objectif est ici d'étudier un problème particulier. Il n'est donc pas nécessaire de se soucier des difficultés d'une agrégation ultérieure des chiffres fournis. D'autre part, ce type d'études intéresse dans chaque cas un nombre plus restreint d'acteurs. C'est une équipe limitée qui a la charge de l'élaboration, puis de l'utilisation à des fins de décision des résultats obtenus. L'avantage immédiat se lie au niveau de finesse accru de l'information produite. Chacun des acteurs peut mieux se mettre à l'écoute des problèmes spécifiques de l'autre, accepter de tirer profit des compétences diverses des membres de l'équipe. L'information peut se faire plus technique. Le lien entre la collecte, le traitement de l'information et la décision qui s'en suit est ici beaucoup plus fort. On s'éloigne des nécessités du simple "reporting", la démarche est plus analytique. A titre d'exemple, on peut proposer une étude technique et économique de l'opportunité d'ouvrir un nouveau lactarium au CHRU de Lille, ou encore une étude détaillée du prix de revient des repas pour apprécier l'opportunité d'un recours à la sous-traitance.

Il est judicieux de s'intéresser à la genèse de ces procédures de contrôle ou d'audit. L'idée la plus commune est que ces audits ou contrôles sont initiés "par le haut" pour s'assurer du bon fonctionnement "du bas". L'analyse économique de la production d'information suggère que cette appréciation est trop limitée. Il peut être de l'intérêt d'un responsable de service de suggérer à sa direction l'opportunité de la constitution d'un groupe d'étude, lorsqu'il est persuadé de détenir une information pertinente que sa direction a beaucoup de mal à apprécier. N'oublions pas qu'un audit sérieux de son activité peut s'avérer un moyen efficace pour que sa bonne gestion soit définitivement reconnue par la direction.

De telles études nécessitent un investissement en temps sans aucun doute élevé. Elles ne peuvent être engagées que si elles préparent des décisions qui seront suivies de résultats sensibles pour les principaux acteurs de l'hôpital. Coûteuses, elles ne peuvent pas être systématiques. Elles permettent de rompre avec les habitudes et laissent davantage de place à la créativité. Elles sont parfaitement adaptées aux zones de réelle liberté de manoeuvre des gestionnaires internes à l'hôpital. Elles intéressent plus les marges de gestion que la gestion globale d'un établissement hospitalier.

3) Les échanges informels d'information.

Toutes les formes de traitement de l'information que nous venons d'évoquer impliquent à des degrés divers une formalisation des échanges. Ceci est aussi vrai pour les rapports réguliers et systématiques que pour les études ad hoc et spécifiques. Il

est bien évident que les échanges d'information entre acteurs n'empruntent pas ces seuls canaux formels. Il existe au sein de l'hôpital une grande variété d'échanges informels d'information concernant tout autant la gestion prévisionnelle que le contrôle a posteriori. L'objectif n'est pas ici de fournir une description détaillée de ces types d'échanges, bien plus nous souhaitons les replacer dans le cadre général de l'étude du rôle de l'information dans la prise de décision en avenir risqué. Ces échanges informels ne jouent d'ailleurs pas un rôle séparé et indépendant. Ils peuvent jouer aussi à l'intérieur des procédures formalisées en augmentant considérablement leur efficacité. Ainsi, par exemple, une "bonne" élaboration de budgets peut être favorisée par un climat "positif" entre chefs de services et direction de l'hôpital.

Il est intéressant de noter que ces aspects qui ont été largement étudiés et approfondis par les sciences humaines commencent à être intégrés au sein de l'analyse micro-économique. Deux courants peuvent être cités à ce niveau. D'un côté, certains s'intéressent à la question suivante : pourquoi un capital de connaissances, de taille certes limitée mais commun à tous les acteurs de l'organisation, est-il accumulé ? En d'autres termes, existe-t-il au sein d'une organisation un capital optimal de "culture" commune ? D'un autre côté, d'autres proposent une analyse économique du fonctionnement des bureaucraties et s'intéressent au rôle que joue la "confiance" entre les différents acteurs. Ici, il s'agit de comprendre pourquoi s'accumule de manière optimale un actif particulier, la "confiance" ? A la différence de la "culture" précédente, la "confiance" ne concerne simultanément que des réseaux précis d'acteurs qui vont pouvoir partager entre eux une information très fine?

Le concept de culture organisationnelle a été étudié par les courants plus sociologiques des sciences de gestion. Par exemple, Schein (1984) en propose la définition suivante : "la culture

organisationnelle est la structure d'hypothèses fondamentales qu'un groupe donné a inventées, découvertes ou développées, en apprenant à faire face à ses problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne et qui ont fonctionné suffisamment bien pour être considérées comme valides et, à partir de là, pour être enseignées aux nouveaux membres comme la manière correcte de percevoir, de penser et de ressentir ces problèmes". Comme le note Crémer (1993), cette analyse de Schein met l'accent principalement sur les besoins psychologiques que la culture remplit auprès des membres de l'organisation. Elle permet, par exemple, de réduire leur anxiété devant la décision et possède une fonction stabilisante.

Longtemps ignoré par les économistes et les gestionnaires, ce concept a fait l'objet d'un intérêt nouveau en suivant une ligne d'étude sensiblement différente, c'est-à-dire en mettant tout spécialement l'accent sur les aspects cognitifs. Nous empruntons très largement notre exposé à la contribution récente de Crémer (1993) qui s'inscrit dans le prolongement de travaux plus anciens, ceux de Prescott et Visscher (1980) et même d'Arrow (1974). Crémer définit la culture comme la partie du stock de connaissances qui est partagée par une proportion substantielle des employés de la firme, mais qui n'est pas propre à la population générale dont ils proviennent. Par exemple, un médecin a une culture qui est à l'intersection d'une culture médicale et d'une culture propre à l'établissement hospitalier auquel il appartient. Il a un stock de connaissances commun avec l'ensemble des spécialistes de sa discipline et il a aussi un stock de connaissances qu'il ne partage pas avec eux, mais qu'il partage avec les membres de son hôpital. Seul, ce dernier stock de connaissances partagées au sein de l'hôpital constitue la culture, au sens défini par Crémer. Ce stock commun de connaissances concerne l'existence de modes communs de communication (vocabulaire spécifique : par exemple la dénomination des services ; signaux "parlants" à l'intérieur de l'organisation comme la place d'un bureau ou la place d'un parking),

une connaissance partagée de certains faits (par exemple, la technique utilisée et ses implications), et enfin une connaissance de règles de comportement bien établies. La question qui est posée est celle-ci : sachant la rationalité des différents acteurs, comment la présence d'une culture organisationnelle peut-elle améliorer l'efficacité des communications internes ?

Dans la mesure où l'activité réalisée nécessite une forte coordination entre des acteurs qui n'entretiennent pas nécessairement de relations hiérarchiques directes, mais qui ont des rapports horizontaux (par exemple, la coordination entre un chirurgien et un anesthésiste, la coordination des infirmières), la présence d'une forte culture organisationnelle peut faciliter la décision. Le processus séquentiel de recherche d'information sera plus rapide, une communication adaptée sera moins onéreuse. Cependant l'acquisition d'un stock de culture commune n'est pas gratuite. D'une part, il faut compter avec "l'initiation" de tout nouvel arrivant. D'autre part, elle rigidifie le fonctionnement du service et rend difficile toute évolution profonde qui bouleverserait les codes en place. De ce point de vue, se pose pour l'économiste le problème de l'accumulation optimale d'un tel stock de connaissances.

Dans notre modélisation ultérieure, nous considérons la culture organisationnelle comme une donnée exogène, tout en reconnaissant son importance pour la détermination de modalités d'un contrôle de gestion efficace. Notre modélisation est une coupe à un moment précis où la culture est donnée. Dans cette durée, la culture n'a pas le temps de changer, mais telle qu'elle est, elle joue bien évidemment un rôle. En ce sens, il ne s'agit pas d'une variable, mais bien d'un paramètre. Le temps de mise en oeuvre d'un outil de gestion (le budget par exemple) est beaucoup plus court que le temps du changement culturel. Ce dernier est lent et progressif. Les différents acteurs que nous avons rencontrés au CHRU de Lille parlent souvent

des différences culturelles. Ils disent qu'il faut en tenir compte, mais qu'on ne décide pas de changer la culture et que les outils sont adaptés à la culture. Les évolutions culturelles demandent beaucoup de temps et d'énergie. Vu cette différence dans les temps, nous considérons que sur la période d'étude qui est la nôtre, seules des innovations en matière d'outils comptables peuvent se manifester et les modifications de culture observables sur la même durée sont considérées comme négligeables.

En ce sens, la culture est considérée comme un paramètre, ce qui ne veut pas dire que la valeur prise par ce paramètre est la même dans toutes les organisations, ni que la valeur de ce paramètre ne change pas dans un temps plus long, la culture devenant alors variable. Notre projet reste d'une ambition modérée et nous n'avons pas la prétention d'endogénéiser l'évolution de la variable culture. Notre modélisation s'appuie sur les paramètres structurels et culturels actuels. Nous rejoignons ici Cauvin et Coyaud (1990) quand ils mentionnent que "ce qui est décrit est avant tout une logique de fonctionnement induite par les déterminations organisationnelles, professionnelles et culturelles qui pèsent sur l'hôpital".

Notre étude clinique nous a permis de repérer les caractéristiques culturelles de chaque groupe et leur traduction en termes d'objectifs. C'est ainsi que nous intégrons le paramètre de culture dans notre modélisation. La fonction d'utilité traduit la culture de chacun. Par exemple, les médecins sont sensibles à l'obtention de crédits leur permettant de développer des activités nouvelles. L'identité de chaque groupe se retrouve dans les fonctions d'utilité, ce que nous verrons plus en détail au chapitre prochain consacré à la modélisation.

A la différence de la culture, la confiance ne concerne que des réseaux précis d'acteurs. Nous nous contentons dans ce qui suit

d'introduire le concept de confiance qui joue, selon Breton et Wintrobe (1982), un rôle fondamental dans les relations qui se nouent entre acteurs, au sein des réseaux informels d'une bureaucratie. Le modèle théorique des transactions informelles, tel qu'il a été présenté en France par Charreaux (1990) sera repris plus en détail en section 2.

Nous avons précédemment mis en exergue l'importance du risque moral à l'hôpital. Le concept de confiance défini, par Breton et Wintrobe (1982), comme une conjecture permet d'éclairer l'analyse de ces situations. La confiance est ici assimilée à une probabilité subjective émise par un individu sur le fait qu'un autre individu remplira ses engagements vis-à-vis de lui. La confiance peut donc être produite et accumulée entre deux individus. A un moment donné, elle caractérise leur relation. Notons cependant que la confiance accumulée par A vis-à-vis de B n'est pas nécessairement égale à la confiance accumulée par B vis-à-vis de A.

Au sein d'une organisation, se créent des réseaux de liens de confiance entre certains acteurs. Ces réseaux peuvent être plus ou moins étendus, plus ou moins nombreux. Ils nécessitent un investissement en confiance, d'autant plus grand que leur étendue est grande (nombre élevé de relations personnelles), et que leur intensité est élevée. D'un point de vue économique, la question est ici de savoir quelle est l'accumulation de confiance optimale par rapport à l'efficacité de la gestion de l'organisation.

Le milieu hospitalier se prête particulièrement bien au développement de transactions informelles. En effet, vu les modes de rémunération et vu les statuts des personnels, il n'y a guère d'avantages financiers directs qui peuvent être accordés. C'est donc à travers des systèmes d'échange complexes de "petits services" que se nourriront les divers stocks de confiance entre professionnels, entre administratifs et professionnels. L'étude d'un système de contrôle de

gestion à l'hôpital ne peut donc pas laisser a priori de côté ces aspects informels.

SECTION 2 : LE PARTAGE DES RISQUES ET LES MÉCANISMES D'INCITATION À TRAVERS LE BUDGET.

La section précédente nous a permis de rappeler l'importance de l'information dans le cadre d'un modèle de décision. Une limite importante du modèle de décision en information imparfaite, comme celui de Demski et Feltham (1976) précédemment exposé, est que le décideur est pris en considération de manière isolée. La délégation dans l'action pose des problèmes supplémentaires. Il faut s'assurer que celui qui prend la décision ne sert pas en premier et égoïstement ses propres intérêts, mais qu'au contraire il s'inscrit dans la continuité souhaitée par l'institution. Ainsi, l'information qu'il a pu collecter lui a-t-elle permis de prendre une décision optimale de son point de vue, mais non de celui des autres membres. L'introduction d'un cadre de délégation exige le recours à un cadre théorique plus élaboré. Non seulement il faut s'assurer que l'information est utile au décideur comme précédemment, mais encore qu'elle permette à un mécanisme d'incitation de fonctionner de manière satisfaisante.

Le modèle théorique que nous avons choisi comme point de départ est celui de la théorie de l'agence qui peut être considéré ici

comme un modèle plus général et englobant le modèle de la décision en information imparfaite. Nous nous attachons dans ce qui suit aux aspects particuliers du mécanisme d'incitation au sein du modèle de l'agence, et en particulier à l'une de ses conséquences, à savoir un partage coûteux des risques. Ce modèle permet une analyse originale de l'efficacité du budget dans ses dimensions d'information et d'incitation. Cependant, ce modèle de l'agence nécessite d'être enrichi si on souhaite étendre ce type d'analyse positive au cas du budget de service dans un hôpital public. En empruntant à la théorie des transactions informelles, nous proposons au sein d'un dernier développement un modèle théorique original qui constitue le fondement de l'étude positive exposée au chapitre suivant.

I - LE MODÈLE DE L'AGENCE : UN POINT DE DÉPART D'UNE ÉTUDE D'UNE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE.

Nous allons proposer dans un premier temps un rappel des caractéristiques principales du modèle principal - agent. L'hôpital public est, comme nous l'avons vu au premier chapitre, un exemple du modèle de la bureaucratie professionnelle. Le centre opérationnel y est hypertrophié et l'autorité du sommet administratif n'est pas celle d'une hiérarchie stricte. Le modèle principal - agent a été développé dans un cadre différent, celui d'une organisation où des propriétaires délèguent la mise en oeuvre de l'activité à d'autres. Le modèle principal - agent ne peut donc pas s'appliquer tel quel au cas de

l'hôpital public. Mais il peut fournir une référence et aider à l'élaboration d'une modélisation originale.

1) Le modèle principal - agent ¹

Dans le modèle principal - agent, la représentation de la firme suit généralement le schéma suivant inspiré de la présentation de Holmstrom (1979). Un principal (le propriétaire) apporte un capital. Ce dernier est investi pour la réalisation d'une activité. Cependant, l'exploitation ne peut pas être réalisée par le principal lui-même. Elle est déléguée à un agent qui a la charge de mettre en oeuvre la production. En contrepartie, l'agent doit être rémunéré pour ses efforts. Le revenu du principal est alors égal à la différence entre ce qui a été produit et ce qui a été versé à l'agent. Le problème clé à résoudre est la détermination du contrat optimal qui va lier principal et agent et fixer les modalités de rémunération de l'agent.

Afin que ce contrat soit acceptable par l'agent, il doit lui assurer une rémunération pour ses efforts au moins égale à celle qu'il pourrait obtenir en travaillant ailleurs. Cette condition est désignée dans la littérature par la "responsabilité limitée de l'agent". Ceci signifie que l'agent a toujours l'opportunité d'abandonner le contrat, si son interruption le laisse dans une meilleure position. Le même

¹ On distingue habituellement deux branches dans la théorie de l'agence : la normative et la positive. Notre développement s'inscrit plutôt dans la perspective positive, bien qu'il emprunte au courant normatif. En effet, notre objectif est principalement, pour reprendre Charreaux (1987), "d'utiliser le cadre de raisonnement de la théorie de l'agence pour expliquer le comportement réel des organisations". Nous faisons volontiers nôtre sa remarque selon laquelle cette séparation peut apparaître arbitraire.

contrat, pour qu'il soit satisfaisant pour le principal, doit assurer à ce dernier l'utilisation optimale de son capital, ou en termes plus financiers, la maximisation de la valeur présente des flux futurs. On peut suggérer comme première solution à ce problème un contrat qui assure à l'agent un salaire fixe égal à celui qu'il obtiendrait ailleurs. D'un point de vue concurrentiel, sur le marché du travail des agents, cette condition garantit au principal qu'il trouvera bien un agent pour cocontracter dans ces conditions. Payant la rémunération la plus petite acceptable, le principal obtient bien ainsi la valeur actuelle la plus forte en matière de revenu futur.

Cette solution très simple a toutes les chances cependant de s'avérer inopérante en pratique. En effet, le contrat qui lie le principal et l'agent doit être déterminé *ex ante*, avant même que la production ne soit réalisée, sinon l'agent pourrait craindre pour sa rémunération future et refuser de s'engager dans cette relation. En fixant préalablement les termes de la rémunération, c'est le principal qui s'expose à un risque moral considérable. En effet, l'agent, étant assuré de sa rémunération, n'est plus incité à fournir un effort optimal pour réaliser la production attendue. Dans ce cas, les résultats financiers du principal ont toutes les chances de s'avérer désastreux. En conclusion, c'est le principal qui renoncera à cocontracter sur des bases aussi peu fiables pour lui.

Une autre forme très simple de contrat peut être envisagée pour résoudre les difficultés mentionnées précédemment. Plutôt que promettre une rémunération fixe à l'agent, le principal a tout intérêt à lui proposer une rémunération fonction de son effort. Si la forme de la rémunération s'avère suffisamment attractive, le principal peut pousser l'agent à produire un effort tel que son capital soit exploité de manière optimale. Il suffit que la rémunération marginale soit égale à l'optimum à la désutilité marginale de l'effort pour l'agent, et que le revenu marginal de la production soit égal au

coût marginal (rémunération marginale de l'agent). Cette solution très simple à mettre en oeuvre suppose cependant que le principal soit capable d'observer lui-même l'effort produit par l'agent, sinon il est dans l'incapacité de le récompenser correctement.

Généralement, l'effort n'est pas directement observable par un tiers. Cependant si la production réalisée par l'agent n'est une fonction que de la seule variable effort, le principal, en observant la production réalisée, peut en déduire le niveau d'effort fourni. Le contrat de rémunération peut prendre comme base de calcul dans ce cas la production réalisée. C'est le fondement par exemple des modes de rémunération à la pièce. La validité de cette proposition dépend de manière cruciale de l'hypothèse selon laquelle seul l'effort affecte la production. Si d'autres facteurs affectent cette dernière, la validité de ce schéma de rémunération peut être mise en doute. Un agent pourra être déçu de ne pas recevoir la rémunération qu'il attendait du fait que des événements externes, indépendants de son contrôle, sont venus malencontreusement réduire sa production. Le système d'incitation s'en trouve affaibli et la difficulté de contracter préalablement est accrue.

Une hypothèse généralement acceptée dans la théorie de l'agence est que le résultat final obtenu par l'agent est non seulement fonction de l'effort qu'il a fourni, mais aussi d'autres variables aléatoires dont la réalisation ne peut pas être directement observée par le principal. Dès lors, le principal ne peut pas distinguer dans le résultat ce qui provient de l'action de l'agent et ce qui est conséquence d'éléments qui échappent à son contrôle. Si la rémunération de l'agent est uniquement fonction de la production, alors elle devient aléatoire. Le système d'incitation fait supporter à l'agent un risque. C'est par exemple le cas du représentant de commerce payé à la commission dont le revenu dépend non seulement de ses efforts de vendeur, mais aussi de l'état de la conjoncture. Remarquons au

passage qu'il s'agit là d'un véritable transfert de risque du principal vers l'agent. En effet, n'ayant plus à supporter une charge fixe, le principal obtient un résultat moins risqué.

La question maintenant est de savoir si ce transfert de risque du principal vers l'agent est souhaitable ou non. Remarquons d'abord que si les deux sont neutres vis-à-vis du risque, ce transfert est sans importance puisque seule la rémunération espérée importe. Généralement, dans la théorie de l'agence, on suppose que le principal est moins adverse au risque que l'agent. Du point de vue de la bonne allocation des ressources, il est donc souhaitable que ce soit le principal qui supporte tout le risque né de l'activité. Ceci nous ramène à la première proposition, à savoir que le contrat devrait prévoir une rémunération fixe pour l'agent. Mais nous avons vu précédemment que ce contrat était sous-optimal du point de vue de l'incitation. Il y a donc conflit entre la recherche d'une allocation optimale des risques et celle d'une incitation optimale de l'agent. Les modèles d'agence proposent alors des solutions qui correspondent à des optima de second rang. A ce niveau, on minimise la somme des inconvénients qui proviennent d'une solution où l'incitation n'est pas parfaite et le risque n'est pas totalement absent chez l'agent.

Le contrat, solution de ce modèle d'agence, a les caractéristiques suivantes. Si on le modifie quelque peu pour accroître le côté incitatif, le gain obtenu par le principal est plus que dépassé par l'accroissement de rémunération qu'il faut concéder à l'agent, en contrepartie de l'augmentation de risque qu'il supporte. Ce contrat ne permet pas d'atteindre la solution encore plus satisfaisante qu'aurait pu obtenir le principal s'il avait été capable d'observer directement l'effort de l'agent et de le rémunérer en conséquence. La perte que doit accepter le principal, du fait de cette asymétrie de l'information, correspond à ce que l'on appelle un coût d'agence. Il est clair qu'il est de l'intérêt des deux parties de tenter de réduire ce coût, l'un pouvant

espérer une meilleure rémunération, l'autre un accroissement de la valeur financière de son actif. Avant d'envisager diverses solutions pour atteindre ce dernier objectif, précisons encore quelques conditions qui doivent être remplies afin que cet équilibre d'agence s'avère stable.

La première condition supplémentaire qui doit être remplie est qu'il existe un système légal qui oblige chacun à respecter ses engagements initiaux. La seconde condition suit la première ; les engagements, et en particulier la rémunération promise, doivent être estimés à partir d'une information observable et vérifiable par les deux parties. Ainsi, concomitamment au choix d'un contrat optimal parmi tous les contrats possibles, se pose le problème du choix du système d'information optimal parmi tous les systèmes d'information possibles. Pour illustrer ce dernier point, on peut supposer ici que la définition d'un système d'information comptable prend tout son intérêt dans une telle perspective. Il doit fournir le (ou les) signal(aux) nécessaire(s) à la mise en oeuvre du contrat qui permet de réduire au minimum les coûts d'agence susmentionnés. Nous voyons que la valeur de l'information n'est pas intrinsèque ; elle ne dépend pas non plus de la décision que peut prendre un seul acteur. Elle dépend du meilleur fonctionnement qu'elle permet à une organisation déjà hiérarchisée en charge d'une activité.

La troisième condition est que cet équilibre d'agence ex ante ne soit pas remis en question ex post. En effet, les termes de la négociation initiale seraient totalement modifiés si l'agent, par exemple, savait qu'il pourrait renégocier après coup les termes de sa rémunération. Enfin, on suppose que l'agent ne peut pas s'engager dans des comportements de menace. Ainsi, les équilibres d'agence appartiennent à la classe des équilibres de Nash, où les deux partenaires disposent avant de contracter de la même information.

Jensen et Meckling (1976) ont proposé auparavant une formulation très voisine de ce modèle général d'agence. Dans leur modèle, l'agent n'a pas à fournir un effort qui améliore la production, mais qui est source de désutilité pour lui. En revanche, il peut consommer directement une partie de la production sous forme d'avantages non pécuniaires dont il tire une satisfaction. Le problème revient au précédent. D'un côté, plus l'agent augmente l'effort, moins il est satisfait, mais plus le revenu généré est grand. D'un autre côté, plus l'agent réduit sa consommation d'avantages non pécuniaires, moins il tire de satisfaction personnelle, mais plus le revenu financier est élevé. Dans leur modèle, l'agent directeur de l'entreprise a aussi le statut d'actionnaire minoritaire. Sa rémunération est donc fonction des résultats générés par la firme. La fonction d'incitation utilisée est une simple fonction linéaire : le coefficient de proportionnalité est ici égal à la part minoritaire des actions détenues par l'agent. L'agent n'est pas supposé ici plus adverse au risque que le principal (en fait, le prix du risque est unique car les auteurs ne prennent en compte qu'un prix de marché, à travers le cours coté des actions). Le coût d'agence provient dans ce cas de l'hypothèse selon laquelle l'utilité marginale retirée de la consommation d'avantages non pécuniaires est strictement décroissante. La solution proposée par Jensen et Meckling n'est qu'un optimum de second rang, parce qu'elle aboutit à une consommation plus élevée d'avantages non pécuniaires. C'est l'inefficience dans cette détermination des consommations qui remplace ici celle dans le partage des risques précédemment exposé.

D'autres modélisations ont été développées (voir Eisenhardt, 1989a), elles intéressent des domaines aussi divers que la finance (Smith et Warner, 1979 ; Fama, 1980 ; Jensen et Smith, 1985 ; par exemple, voir pour une revue de la littérature Jacquillat et Levasseur, 1984 et Charreaux, 1987), le marketing (Basu, Lal, Srinivasan et Staelin, 1985), la conduite organisationnelle (Eisenhardt, 1985, 1988 ; Kosnik, 1987) et la comptabilité avec la contribution

pionnière de Demski et Feltham (1978). Même si la structure générale de ces modèles reste voisine, on peut obtenir des formes différentes de solution, selon les hypothèses particulières retenues. Par exemple, si on suppose que le principal est plus adverse au risque que l'agent, le contrat optimal de financement devient un contrat de prêt. On pourrait croire dans ce cas que les coûts d'agence disparaissent puisque les considérations de motivation et de partage de risque apparaissent convergentes. Dans ce cas, c'est l'hypothèse de la responsabilité limitée de l'agent qui devient critique. En effet, si les résultats sont trop défavorables, l'agent peut décider de se retirer, sans rémunération certes, mais sans avoir à participer aux pertes. C'est le principal qui se trouve, contrairement à ses attentes, exposé à une incertitude. Il peut certes l'anticiper au moment où il contracte, mais il subsiste un problème de risque moral. Ceci est particulièrement vrai si l'agent peut, après avoir contracté, augmenter l'intensité du facteur de risque externe (en modifiant par exemple l'activité). Cet accroissement de risque ne peut être que défavorable au prêteur qui voit la probabilité de ne pas recouvrer la totalité de ses fonds augmenter. En revanche, l'agent profite des améliorations qui surviennent dans les états les plus favorables. Le principal anticipe de tels mouvements et fixe sa rémunération en conséquence. L'agent se trouve ainsi privé des possibilités de mise en oeuvre des investissements les moins risqués. Pour la firme, apparaît ainsi un coût d'agence.

En résumé, la théorie de l'agence fournit un cadre théorique susceptible d'expliquer un certain nombre d'arrangements qui prévalent au niveau des entreprises. Les points les plus importants sont : - la séparation entre la propriété et le contrôle, - la responsabilité limitée de l'agent, - la recherche d'un mode d'incitation, - la problématique du partage des risques, - le choix d'un système d'information. Son apparition dans la littérature scientifique au cours de ces vingt dernières années a donné lieu à une intense controverse. Pour les uns, elle est révolutionnaire et a permis que "la fondation

d'une théorie puissante des organisations soit mise en place" (Jensen, 1983). Pour d'autres, elle ne fournit que des résultats triviaux, une représentation "déshumanisante et voire dangereuse" de l'organisation (Perrow, 1986). Ces deux positions sont sans aucun doute excessives. Nous partageons plutôt l'opinion de Bouquin (1988): "La possibilité existe, et elle est importante, pour la théorie de l'agence (c'est presque sa fonction) de proposer une vue unifiée du contrôle financier (au sens des droits de propriété) et du contrôle organisationnel". C'est pourquoi nous allons tenter d'en retirer certains enseignements pour proposer un modèle d'analyse théorique adapté à l'hôpital public français. C'est peut-être aussi, en cherchant à l'appliquer à d'autres domaines ou d'autres structures (dans notre cas, une bureaucratie professionnelle), une manière d'obtenir une réponse à la question centrale de la pertinence de la théorie de l'agence. Dès à présent, nous nous sentons encouragée par cette dernière remarque de Bouquin (1988) : "Il nous semble, cependant, que la théorie de l'agence, par la force de sa structure conceptuelle fondée sur le triplet état de la nature - efforts - résultats, peut permettre de définir une typologie des stratégies de contrôle, ou de justifier une de celles qui existent"..

2) La transposition au cas hospitalier.

Il peut paraître ambitieux de vouloir se référer au modèle de l'agence pour traiter un problème de gestion au sein d'une bureaucratie professionnelle comme l'hôpital public. En effet, les développements concernent essentiellement des entreprises privées, et plus particulièrement leurs rapports avec des marchés

(principalement financiers). Le CHRU de Lille n'est pas prêt à être coté en bourse ! Avant de préciser les raisons qui nous ont poussée à nous référer dans ce cas précis au modèle de l'agence, nous souhaitons rappeler de manière très générale que les frontières sont sans aucun doute perméables entre les différentes formes d'organisation, y compris en ce qui concerne les marchés. Coase (1937) faisait valoir il y a près de soixante ans que si les coûts de transaction étaient nuls, la forme d'une organisation économique à l'équilibre resterait indéterminée. Certes, Coase a proposé une distinction très forte entre les transactions effectuées à l'intérieur de la firme et celles entre firmes, définissant ainsi une frontière forte entre ce qui est du domaine de l'organisation hiérarchisée et le marché. Les développements, en particulier de Williamson (1975, 1979), en matière d'économie des coûts de transaction, permettent d'envisager une atténuation très forte des frontières entre marché et organisation. De plus en plus d'ailleurs, les marchés sont analysés en tant que forme organisationnelle. Les propos de Klein (1983) illustrent parfaitement cette orientation : "la question de ce qu'est la caractéristique essentielle d'une firme apparaît aujourd'hui sans importance. Penser toutes les organisations comme des ensembles de contrats explicites et implicites entre des détenteurs de facteurs de production représente une avancée fondamentale". Il nous apparaît donc une unité méthodologique beaucoup plus forte qu'il ne semble à première vue entre les analyses concernant les contrats ou les quasi contrats noués dans le cadre d'entreprises privées et celles de ceux apparaissant au sein d'établissements publics non marchands.

Plus précisément deux raisons nous ont conduite à recourir à la théorie de l'agence pour l'étude d'un problème de contrôle de gestion à l'hôpital. La première vient de l'aspect complémentaire de la théorie de l'agence par rapport à l'approche organisationnelle du contrôle. Eisenhardt (1985) montre que sur quatre points au moins, le modèle de l'agence apporte des éléments

supplémentaires. L'approche organisationnelle du contrôle accorde une importance cruciale à l'évaluation de la performance. Cette dernière peut prendre deux formes : évaluation des productions et évaluation des comportements. Le choix entre l'une ou l'autre dépend du caractère programmable des tâches et de la faculté de mesure des productions. Si les tâches sont hautement programmables, alors un contrôle fondé sur l'évaluation du comportement est tout à fait possible ; sinon, il faut s'interroger sur la faculté de mesurer le produit. Élevée, elle permet une mesure de la performance sur la production et un contrôle entièrement fondé sur elle. Faible, il ne reste plus qu'à compter sur un contrôle fondé sur la socialisation des acteurs, comme le suggère Ouchi (1979).

Comme le fait remarquer Eisenhardt (1985), la théorie de l'agence enrichit cette approche. Elle dépasse les représentations dichotomiques et envisage un continuum sur chacune des dimensions (programmabilité des tâches, et mesurabilité de la production). L'approche organisationnelle met l'accent sur la mesure. Le point essentiel est l'évaluation du comportement ou de la production. Le modèle de l'agence va plus loin. Le problème n'est pas seulement de mesurer et d'évaluer, il est aussi de récompenser. En reliant très explicitement le mécanisme de récompense au problème de contrôle, la théorie de l'agence est plus précise. L'approche organisationnelle met l'accent sur la possibilité de mesurer une performance. La théorie de l'agence met l'accent, elle, sur l'ensemble des coûts liés à la présence d'un système d'évaluation : coûts d'obtention d'une information, mais aussi coûts induits par les déviations de comportement. Ici encore, la précision est intéressante car elle renforce la qualité du modèle économique. Les deux derniers apports concernent le traitement de l'information et le risque. La théorie de l'agence considère l'information comme un bien. Explicitement, elle envisage différents niveaux de production et endogénéise ce problème. Elle porte enfin une attention à l'ensemble

des problèmes de partage du risque. De ces points de vue, elle est certainement plus proche de la réalité et particulièrement bien nourrie par les développements récents de la micro-économie. Ces raisons de fond nous ont conduite à penser qu'il y avait beaucoup à gagner à reprendre les apports de la théorie de l'agence, même si le cadre de départ semblait éloigné. La difficulté méritait d'être affrontée, d'autant que nous disposions d'indications comme quoi la théorie pouvait intéresser des domaines bien différents que ceux des entreprises privées.

Nous pouvons nous référer à la théorie de l'agence puisque ses initiateurs, Fama et Jensen eux-mêmes (1983), ont étendu leur analyse à des domaines aussi différents que les mutuelles financières, les universités, voire même l'église catholique. Quand ces auteurs proposent d'expliquer le célibat des prêtres et leur dépendance financière totale vis-à-vis de leur hiérarchie comme une garantie financière accordée aux donateurs (en comparaison, les communautés juives ou protestantes font appel à un conseil de surveillance issu des pratiquants), nous ne pensons pas qu'il est plus hardi d'aller chercher quelques outils d'analyse dans cette veine pour tenter de comprendre l'utilisation d'un instrument comme le budget au niveau d'un service hospitalier.

Pour Fama et Jensen, ce qui distingue les différentes formes d'organisation, c'est le statut de ceux qui supportent son risque résiduel. Les résultats de l'activité étant aléatoires, il y a bien un groupe d'acteurs dont la rémunération n'est assurée que lorsque tous les engagements prévus au sein des différents contrats sont tenus. Dans la grande entreprise privée faisant appel public à l'épargne, les actionnaires sont ceux qui détiennent des titres de créances qui ne donnent droit qu'à une rémunération résiduelle. En contrepartie, ils détiennent le contrôle de la firme, au sens où l'assemblée générale ou son émanation à travers le conseil d'administration peut nommer ou

révoquer la direction. Cette dernière, agent des premiers, a tout pouvoir pour passer des contrats et organiser la production. Pour ces auteurs, la séparation entre les détenteurs de ces titres donnant un droit à une rémunération résiduelle et ceux spécialisés dans la direction n'est pas toujours optimale. Ainsi expliquent-ils la présence d'autres formes d'organisation comme les associations dans le monde des professions libérales, les fonds mutuels financiers,... Le point le plus important pour eux est de savoir quel est l'avantage comparatif que possèdent ceux qui supportent le risque résiduel pour contrôler l'organisation.

Notre propos n'est pas ici de nous interroger sur l'efficacité de la forme de l'hôpital public par rapport à celle de l'établissement privé, ni de savoir si l'une ou l'autre peut éventuellement survivre. Ce qui nous apparaît important de retenir de ces propositions, c'est que la question du risque résiduel est essentielle dans l'analyse de l'organisation. Jusqu'à présent, les modèles que nous avons exposés répondaient au schéma suivant : un principal disposait d'un capital et il confiait à un agent le soin de réaliser une activité. Cet agent recevait en contrepartie une rémunération en fonction d'un contrat passé préalablement entre eux. Le principal bénéficiait de toute la rémunération résiduelle. Ce schéma simple n'apparaît pas facile à transposer directement au cas de l'hôpital public. D'abord, on ne peut pas dire qu'un propriétaire met à disposition d'un professionnel un outil afin qu'il exerce son activité. L'hôpital public est bien une personne morale. A ce titre, il est sans conteste propriétaire de ses immeubles. Mais il n'émet pas une catégorie de créances comme des actions qui donnent à leurs détenteurs à la fois un droit à une rémunération résiduelle et un droit de nomination des dirigeants. Cette fonction de contrôle est partagée entre le maire, le ministère et les différents membres du conseil d'administration.

Ensuite, l'utilisation du matériel productif par les professionnels ne donne pas lieu à la réalisation d'une production qui se traduit en un revenu marchand. Tout au contraire, nous avons vu au chapitre I toute la difficulté de mesurer cette production dans le cadre de l'hôpital. Par ailleurs, l'analyse du compte de résultat montre qu'aucun solde significatif n'apparaît entre produits et charges, puisque les produits sont par définition calculés principalement pour équilibrer les charges (voir chapitre II). La transposition directe est en conséquence impossible à réaliser.

Nous proposons donc d'élargir le schéma d'analyse et d'adopter la représentation suivante. Le directeur de l'établissement, détenant ses droits de son conseil d'administration, "contracte"¹ avec chaque service. Ce dernier obtient des moyens en contrepartie de quoi il s'engage à assurer, tel un concessionnaire, une catégorie de soins pour le bien-être de la population considérée. Une fois ce "contrat" préalable établi, le service réalise sa production. L'environnement est aléatoire, c'est-à-dire que la demande de soins peut être plus ou moins élevée (ou complexe à réaliser). Le service peut choisir de faire face en totalité à cette demande et, dans ce cas, la satisfaction du public est totale. Si la demande est particulièrement élevée, il est conduit à consommer plus de moyens qu'il n'était prévu dans le "contrat" initial. Dans ce cas, c'est la direction de l'établissement qui supporte le risque résiduel, en ce sens qu'elle a le désagrément de devoir gérer une situation financière dégradée, et éventuellement de devoir en référer à sa tutelle.

Une autre situation peut être envisagée. Le service limite ses consommations à ce qui a été initialement prévu, il n'augmente pas sa production et ne satisfait pas dans l'immédiat la demande du public. Très concrètement, les listes d'attente s'allongent, les patients

¹ Nous utilisons pour l'instant le concept de contrat. Mais nous reviendrons sur ce point en fin de chapitre pour utiliser une représentation mieux adaptée de cet échange.

sont dissuadés de se faire soigner dans l'établissement et sont explicitement ou implicitement invités à se reporter vers d'autres. Cette défaillance dans le service promis, nous l'appellerons ,pour plus de commodité, la carence. Dans ce cas, le risque est supporté par l'utilisateur. Nous voyons donc qu'à un seul résidu, dans le modèle classique, le résultat (différence entre production et charges), correspondent dans notre modèle hospitalier deux éléments résiduels: le dépassement de consommations (supporté par la direction d'établissement) et la carence (supportée par les patients). Le schéma n° IV-5 permet de rapprocher ces deux situations.

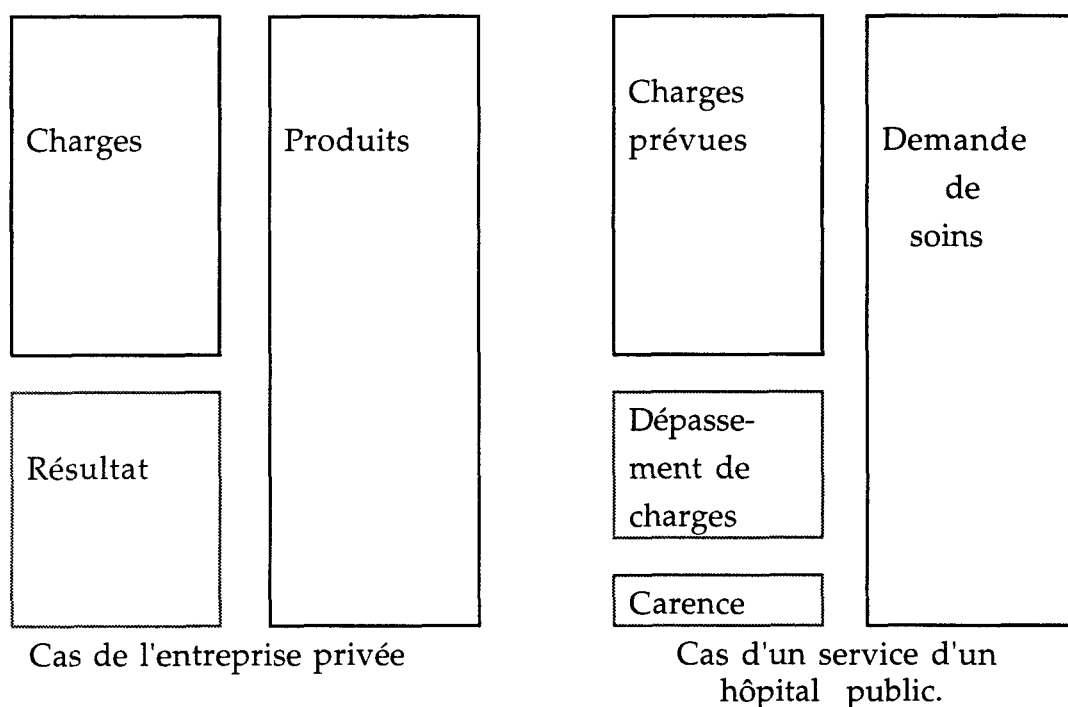


Schéma n° IV-5 : Présentation économique du résultat.

L'analogie avec l'agence ne peut être conservée qu'à condition d'introduire une seconde transformation. Ce que reçoit le service n'est pas un capital pour réaliser une production. Dans le

"contrat fondamental", le service se voit attribuer un budget de dépenses courantes qu'il peut maîtriser. C'est le budget de service qui est ainsi au coeur de notre dispositif. Bien évidemment, comme nous l'avons remarqué au chapitre III, ce dernier ne correspond qu'à une part modérée des dépenses globales de l'hôpital. Mais nous avons vu que les autres, au premier rang desquelles figurent les charges de personnel, échappent au contrôle des services, voire même de la direction de l'établissement. En suivant ainsi la pratique, nous focalisons toute notre attention sur ce qui peut être l'objet d'un "contrat" de gestion entre sommet administratif et centre opérationnel. C'est aussi la raison pour laquelle le budget de service est l'objet central d'étude de cette seconde partie.

Les conditions de réalisation de cette production de santé peuvent varier selon l'attention et les efforts fournis par le service. On peut imaginer que les professionnels soient peu attentifs au coût des médicaments ou du petit matériel qu'ils utilisent. Dans ce cas, une partie des ressources allouées fait l'objet d'un gaspillage. L'objectif de la direction est de tenter de réduire au minimum ces dépenses inutiles, dans la mesure où les ressources totales de l'hôpital sont restreintes. De leur côté, les professionnels répugnent à limiter leurs dépenses car, pour ce faire, ils doivent fournir un effort. L'objectif de la direction est sans nul doute que les services produisent par eux-mêmes l'effort le plus élevé de contrôle de leurs dépenses. Pour atteindre ce but, le sommet administratif a tout avantage à récompenser les moins gourmands. Dès lors, se pose le problème de la mise en oeuvre d'un système de sanction et de récompense.

Vu les modalités de rémunération du personnel (grille de la fonction publique), il n'est pas question d'envisager un système de gratification financière direct. Nous avons trouvé au CHRU de Lille une fonction d'incitation indirecte, mais apparemment efficace : le financement de projets d'activités nouvelles. L'intérêt de pouvoir

s'engager dans de nouveaux domaines est surtout marqué pour les chefs de service et autres médecins, et de manière moindre pour le personnel soignant et particulièrement la surveillante chef. Notre représentation du service se résume dès lors au couple médecin chef de service et surveillante chef. Nous supposons que le type de récompense envisagé est suffisamment effectif auprès de ces deux personnes. Ainsi, s'ils cherchaient à maximiser leurs intérêts égoïstes, ils se satisferaient en obtenant la mise en oeuvre du plus grand nombre d'activités nouvelles. Cependant, les financements accordés à ces projets sont rationnés. L'attribution de fonds peut être vécue dans ce cas comme une récompense.

Le système, adopté par le CHRU de Lille, d'une commission mixte composée d'administratifs et de médecins permet de renforcer cet aspect incitatif. En effet, si ces financements n'étaient accordés que sur une base purement administrative, le mécanisme d'allocation ne manquerait pas d'être contesté par des professionnels soucieux en la matière de faire valoir leur expertise. Afin d'éviter cette dérive, cette attribution est validée en quelque sorte par la présence des professionnels au sein de la commission, même si ces derniers s'estiment insuffisamment informés et peu enclins à jouer ce rôle. L'évaluation, bénéficiant de ce fait d'un crédit minimum du point de vue des compétences professionnelles, peut dès lors incorporer des considérations purement administratives. On peut admettre que la direction sanctionne les services trop consommateurs en réduisant le montant des projets nouveaux financés. A l'opposé, elle peut favoriser ceux qui démontrent dans la vie courante un grand souci d'économie.

Nous sommes ici plus dans un monde de quasi contrat ou de métaphore de contrat. L'idée développée est qu'en début d'année, administratifs et professionnels sont tacitement d'accord sur les termes d'un échange. L'administratif promet un budget de service, le professionnel s'engage à fournir une quantité et une qualité de soins

et à faire effort pour maîtriser ses dépenses. Les deux savent bien que si les dépassements budgétaires sont évités ou limités, la perspective d'obtenir le financement d'activités nouvelles s'avère prometteuse. Il s'agit là, comme dans le modèle classique d'agence d'un quasi contrat défini ex ante. Encore faut-il que les engagements soient tenus ex post. Remarquons tout de suite qu'on ne peut pas compter ici sur un système légal pour obliger l'autre partie à respecter ses engagements. On peut seulement suggérer que différents aspects du dispositif peuvent suppléer cette lacune. D'abord, et bien que cet aspect n'ait jamais été considéré dans les modèles d'agence précédemment exposés, il ne faut pas oublier les considérations de réputation, le jeu budgétaire étant amené à être rejoué chaque année. Le second aspect est plus spécifique au dispositif étudié. On peut dire que la confiance que peuvent avoir les professionnels dans la capacité de l'administration à tenir ses engagements est renforcée par la présence de certains de leurs pairs au sein de la commission d'évaluation. Pour les administratifs, le problème de savoir si les professionnels vont produire l'effort attendu de maîtrise des dépenses courantes est beaucoup plus délicat à traiter, surtout quand on connaît le peu de goût de nombre de médecins pour de telles considérations. Il y a là sans conteste une source de risque moral.

De manière réaliste, on peut émettre les deux hypothèses suivantes. Premièrement, il est douteux que le sommet administratif puisse observer directement le niveau d'effort produit par les professionnels pour contrôler leurs dépenses. Deuxièmement, on peut penser également que le sommet administratif n'a pas les moyens d'observer parfaitement la demande de soins qui se présente à un service. Ainsi, même s'il peut disposer d'indicateurs de carence, il ne connaît pas exactement la quantité de soins produits. Comme par ailleurs la demande de soins peut varier de manière aléatoire (pas seulement exprimée en nombre de malades ou de journées mais aussi en termes d'intensité et de gravité qui, elles, ne sont connues que des

médecins et des soignants), le sommet administratif rencontre de sérieuses difficultés pour interpréter les dépassements de budget. Sont-ils dus à une augmentation imprévue de l'activité ou sont-ils la conséquence d'un accroissement du gaspillage ? De l'observation des dépenses réalisées, l'administration ne peut pas retirer une connaissance parfaite de l'effort produit par le service. Tel qu'il apparaît ici, notre problème se rapproche de ce point de vue, une fois encore, du problème de l'agence. Une réelle question d'incitation se pose dans un contexte d'asymétrie d'information. Notons de plus que l'équivalent des conditions de responsabilité limitée se retrouvent ici sous la forme suivante : la récompense minimale attendue en termes d'activités nouvelles doit être suffisamment incitative pour conduire le service à entrer "dans le jeu".

Les considérations de partage de risque sont aussi présentes ici. L'incertitude qui pèse sur la demande rend les deux résidus (carence et dépassement budgétaire) aléatoires. Le sommet administratif et les patients sont ainsi amenés à supporter chacun un risque spécifique. Le service n'en est pas pour autant immunisé. En effet, comme la direction observe de manière imprécise son effort de contrôle, il n'est pas certain d'obtenir la récompense espérée. Comme nous l'avons noté en plusieurs occasions, intervient ici une troisième partie, les patients, ou encore les consommateurs. Ceci est un aspect original de notre analyse au regard du modèle principal - agent précédemment présenté. On peut craindre à la suite de ce que nous venons d'énoncer qu'administratifs et professionnels fassent collusion pour évacuer tous leurs risques et reporter tout le fardeau sur les patients qui n'exercent ici aucune fonction de contrôle. La solution obtenue serait alors triviale.

Afin de refermer notre modèle, nous allons supposer que les intérêts des patients ne sont pas défendus directement par eux-mêmes, mais indirectement par les médecins et les administratifs.

D'abord, nous supposons que les médecins n'aiment pas la carence. D'ailleurs, ne sont-ils pas là pour rappeler que leur objectif premier est de soigner ? Certains aspects de la carence détériorent sans aucun doute les conditions de travail, comme l'allongement des délais d'intervention. On peut supposer aussi que les administratifs apportent un intérêt à la carence. D'abord, ils sont sensibles à des considérations d'intérêt public (veiller à ce que les ressources soient utilisées au mieux pour procurer les soins attendus par la population avoisinante). Ensuite, ils savent fort bien qu'une façon d'échapper à l'effort de contrôle des dépenses peut être pour un service d'augmenter de manière induue sa carence. Enfin, le sommet administratif ne peut pas laisser apparaître des disparités trop grandes dans les modes de fonctionnement des différents services. Il doit veiller à ce que les forces d'intégration restent suffisamment vives pour échapper au risque de voir l'organisation se désagréger de l'intérieur.

Afin d'atteindre cet objectif d'intégration, condition essentielle à la survie de l'organisation, le sommet administratif doit proposer un système d'incitation à la fois acceptable par tous et donc considéré comme équitable, et efficace dans sa finalité de maîtrise des dépenses courantes. Incapable d'observer directement l'effort produit par le service, le sommet administratif tire son information d'éléments qui peuvent venir en sa possession en matière de dépassement budgétaire et de carence. Le choix d'un système optimal d'information se pose aussi à ce niveau. Comme le mécanisme d'incitation fait appel à des activités de haute technicité, le sommet administratif s'entoure d'un superviseur qui renforce la crédibilité de l'évaluation, à savoir la commission médico-administrative. Les services ont la charge de la production et, de ce fait, peuvent maîtriser un certain nombre de dépenses courantes. Ils prennent leurs décisions de production et d'effort de contrôle en tenant compte des récompenses qu'ils attendent en matière d'activités nouvelles. Nous

supposons ici que les services maximisent une fonction d'utilité à trois arguments : l'effort de contrôle, la carence et le financement d'activités nouvelles.

Sans être à proprement parler un modèle d'agence, la représentation que nous proposons des relations entre sommet administratif et centre opérationnel en matière de budget de service s'en inspire très largement, du moins dans sa forme. Elle en possède aussi un certain nombre de limites. La description des relations entre les principaux acteurs est sans aucun doute simplifiée, mais cela nous paraît le prix justifié à payer pour obtenir une représentation analytique. Nous allons faire appel au modèle d'utilité, en particulier pour traduire le comportement des services. La volonté de rendre compte des effets directs du travail sur la satisfaction de ceux qui le réalisent à travers une fonction d'utilité n'est pas originale en soi. Des fonctions complexes avec de multiples arguments ont déjà été proposées dans la littérature (voir Shen, 1985). L'approche en termes d'espérance d'utilité est à la source de tout un courant de littérature dans la théorie comptable (voir en particulier les papiers fondamentaux de House, Shapiro et Wahba, 1971 ; et surtout Ronen et Livingstone, 1975).

Les modélisations qui y sont développées pour rendre compte de l'analyse de la motivation y sont d'ailleurs beaucoup plus raffinées que celle que nous avons retenue. L'utilité est par exemple retirée d'un ensemble de facteurs de récompense, les uns intrinsèques (sens de l'accomplissement, satisfaction d'avoir atteint un standard élevé, sens de la sécurité au travail, sens de l'entraide,...) et les autres extrinsèques (augmentation attendue du salaire, augmentation de la probabilité d'obtenir une promotion, obtention de plus de félicitations de la part du chef,...) (voir Mc Innes et Ramakrishnan, 1991 pour un test empirique de la validité des représentations de ce courant). La fonction d'utilité que nous réservons au service peut donc apparaître

comme une forme réduite de ces familles plus générales de fonction d'utilité où il n'y a pas que la consommation (ou encore la richesse) qui soit argument (Von Neumann et Morgenstern, 1954). Il faut ajouter enfin que ces formes plus développées n'interviennent pas au sein de modèles de décision de la forme de celui que nous proposons ou sous la forme d'un modèle d'agence. Notre intérêt est, en premier lieu, fixé sur les implications des spécificités de la relation principal-agent, aussi une forme réduite nous a-t-elle parue suffisante.

On pourrait aussi regretter le choix de procéder à diverses optimisations. Intrinsèquement, dans les modèles d'agence, chacun poursuit son intérêt égoïste. Formellement, ceci revient à s'assurer que l'utilité ne peut plus être augmentée quand la solution optimale est choisie. L'avantage de traiter de problèmes d'optimisation est la très grande facilité du calcul au plan mathématique. On peut cependant objecter que les acteurs au sein des organisations ne vont pas nécessairement vers l'optimum (voir Labourdette, 1990). La raison provient de l'importance de l'inertie dans les comportements. Même si les déviations ainsi générées restent faibles, elles peuvent être suffisantes pour expliquer des différences significatives au niveau des équilibres (voir Akerlof et Yellen, 1985 et Leibenstein, 1987). Sans aucun doute, notre modélisation souffre des mêmes limites, mais comme il est fréquent dans la littérature théorique nous pensons qu'il peut être avantageux d'analyser les propriétés des équilibres (parfaits).

II - LE MODÈLE DE L'AGENCE : LE FONDEMENT D'ÉTUDES "POSITIVES" DU BUDGET.

Nonobstant les limites que nous venons de signaler au modèle de l'agence, il présente à nos yeux l'avantage de pouvoir étudier le rôle que joue l'information dans un contexte où plusieurs acteurs sont conduits à prendre des décisions. La valeur de l'information peut ainsi être appréciée de manière formelle et relativement à la structure décrite. Nous pouvons dès lors aborder le problème du choix d'un système d'information adapté aux attentes des participants. Le système d'information devient alors un enjeu. Lorsqu'il s'agit du système d'information comptable, celui qui est le plus répandu, nous sommes amenée à nous interroger sur les méthodes et les outils qui seront privilégiés dans chacun des cadres rencontrés.

La poursuite d'intérêts égoïstes dans un cadre d'asymétrie informationnelle conduit à étudier les incitations qu'ont les uns et les autres à améliorer leur position en perfectionnant, ou éventuellement en manipulant, le système d'information le mieux répandu au sein des organisations, à savoir le système d'information comptable. Vers la fin des années 70, est apparu un courant nouveau de recherche en comptabilité directement inspiré de la théorie de l'agence. Ce courant porte le nom de théorie "positive" de la comptabilité. Dans un premier temps, nous rappelons les caractéristiques principales de ces analyses positives. Dans un deuxième temps, nous nous intéressons plus précisément aux développements déjà proposés dans cette veine et qui intéressent directement l'outil budgétaire.

1) Les principes de l'analyse positive.

L'analyse des raisons qui poussent les entreprises ou les organisations en général à choisir un ensemble particulier de méthodes et de principes comptables ouvrent sur deux questions principales. La première est celle des objectifs assignés à la comptabilité. La seconde est la raison même de l'interrogation posée. Répondre à la première question, c'est proposer différents courants d'étude qui privilégient chacun en général un point de vue particulier. Répondre à la seconde, c'est choisir entre deux perspectives, l'une normative, l'autre positive. En schématisant, on peut dire qu'adopter une vue normative, c'est chercher à prescrire la solution la mieux adaptée vu les objectifs poursuivis. C'est une perspective habituelle en théorie comptable où le promoteur d'une technique cherche avant tout à faire valoir ses avantages aux yeux d'utilisateurs potentiels. Le choix d'une orientation positive est plus récent dans la littérature. Il est commun de se référer en la matière à l'article publié par Watts et Zimmerman en 1978 en tant que contribution pionnière, voire fondatrice. Encore que les mêmes auteurs fassent partir dans leur article de 1990 la recherche comptable positive moderne à partir des années 60 avec les études empiriques de Ball et Brown (1968) et Beaver (1968). La question n'est plus ici de savoir ce qu'il faut faire, mais plutôt de savoir pourquoi c'est fait ainsi.

Cette orientation privilégie donc la recherche de facteurs explicatifs. Elle postule que les choix en matière comptable sont effectués par des acteurs précis au sein des firmes. D'inspiration micro-économique, elle suppose que ces choix ne sont pas le fruit de hasard ou d'habitudes mais sont des réponses bien choisies à des problèmes d'intérêts particuliers. Comme les agents peuvent prendre des décisions d'investissement, de production, de consommation, etc...

pour maximiser leur propre utilité, les tenants de l'approche positive font valoir que les agents prennent leurs décisions en matière de technologie comptable avec le même souci de maximiser leur intérêt propre. C'est parce qu'elle a pu emprunter à la théorie de l'agence une description appropriée de la firme que la théorie positive a émergé. Elle ne se limite pas à l'élaboration d'un ensemble d'hypothèses explicatives des choix en matière comptable des firmes, elle propose aussi tout un ensemble de travaux en matière de vérifications empiriques. On peut se référer pour une revue des principales contributions en la matière aux articles de Watts et Zimmerman (1990) et de Raffournier (1990).

S'il est vrai que la théorie positive est restée fortement dépendante du modèle original de l'agence et de la théorie économique de la réglementation, et que ses vérifications empiriques n'ont fourni que des résultats mitigés, elle offre aux chercheurs une perspective unique pour s'intéresser aux choix de techniques comptables en s'affranchissant des contraintes de toute approche normative. C'est cette perspective que nous adoptons pour nos développements ultérieurs. Nous cherchons à modéliser les comportements, non point pour proposer des recommandations précises en matière de techniques comptables aux principaux acteurs, mais plutôt pour déterminer les raisons qui peuvent expliquer pourquoi une technique est adoptée dans un cas, pourquoi elle est utilisée autrement dans un autre et pourquoi enfin, elle est ignorée ailleurs.

La question des objectifs poursuivis en matière d'élaboration de techniques comptables prend dès lors une forme particulière si on privilégie la perspective positive. Elle est inhérente à la modélisation choisie pour rendre compte du comportement des acteurs. Une variété de points de vue sont à ce stade envisageables. Par exemple, si on choisit la situation originelle d'une économie où

n'interviennent que de simples commerçants, la question centrale est celle de la force au niveau du droit des contrats de vente passés. On retrouve dans les obligations initiales du code de commerce faites à chaque commerçant de tenir un livre de ses transactions, le souci de disposer d'un moyen de preuve devant les tribunaux en cas de contestation. L'objectif de la comptabilité est alors tout simplement de "rendre compte". De manière tout aussi évidente, dès qu'on prend en compte l'évolution du droit fiscal au cours de ce siècle, on peut saisir l'importance, à la fois pour l'État et pour l'industriel ou le commerçant contribuable, de l'information comptable. Le souci de codification répond, du point de vue de l'État, à la volonté d'accroître la productivité de l'impôt en réduisant les possibilités d'évasion. De manière symétrique, le choix des méthodes comptables sera guidé, du point de vue de l'entrepreneur, par le souci de la minimisation de la pression fiscale.

Le développement du financement des entreprises par les marchés, mais aussi l'accroissement du rôle de l'intermédiation bancaire après la seconde guerre mondiale ont ouvert de nouvelles perspectives. Les nombres comptables ont vu jouer leur rôle de vecteurs d'information de manière accrue. Les choix en matière de valorisation de stocks, de frais de recherche et développement, d'amortissements ou encore de provisions peuvent alors être dictés en fonction du résultat que les dirigeants souhaitent publier à l'attention des créanciers ou des investisseurs potentiels. Donner de bonnes nouvelles pour encourager les anticipations sur les résultats futurs, veiller à respecter des batteries de ratios communément admis deviennent alors des soucis pour ceux qui sont en charge des entreprises. Mais ces représentations fort communes se limitent encore aux seuls échanges entretenus par la firme et ses principaux partenaires.

C'est en approfondissant la représentation de l'entreprise en recourant au modèle de l'agence que les promoteurs de la théorie positive ont été amenés à prendre en compte d'autres objectifs. C'est par exemple le cas lorsqu'on approfondit l'étude de l'impact des choix de techniques comptables sur les rémunérations des dirigeants à travers leur système d'intéressement (par exemple, Hagerman et Zmijewski, 1979 ; Bowen, Noreen et Lacey, 1981 ; Hunt, 1985 ; Healy, 1985 ; Healy, Kang et Palepu, 1987). C'est encore le cas lorsqu'on envisage les implications des modes de contrôle de la firme sur les mêmes choix de techniques comptables (par exemple, Dhaliwal, Salamon et Smith, 1982). C'est toujours la même préoccupation lorsque Liberty et Zimmerman (1986) envisagent les implications possibles, en matière de choix comptables, de la préparation des entreprises aux grandes renégociations salariales avec les syndicats.

Ces quelques exemples permettent d'illustrer le fait que dès que l'on possède une représentation particulière d'un aspect ou de la totalité de l'organisation, il est possible alors de proposer un ensemble particulier d'hypothèses explicatives des choix effectués en matière comptable. Dans le domaine des entreprises privées, on dispose de séries chronologiques importantes de données comptables et financières. Il est de plus possible d'élaborer des plans d'expérience particulièrement favorables, soit en distinguant des sous-ensembles d'entreprises bien différenciées au niveau des variables explicatives (différence entre les systèmes d'intéressement, entre les modes de contrôle,...), soit en focalisant l'attention sur des périodes où des changements de normes comptables ont été discutés ou mis en vigueur. Aussi, ces hypothèses ont-elles pu faire l'objet de vérifications empiriques.

Dans le cas de notre étude, le manque de recul et la pauvreté des expériences initiées nous interdisent tout essai de vérification empirique de la sorte. Le manque de séries chronologiques

ou de séries en coupe instantanée nous a conduite à limiter l'étude de la validité de notre modèle à la réalisation de diverses simulations. Même si la littérature comptable positive est souvent associée à la mise en oeuvre de tests empiriques le plus souvent de forme économétrique, nous pensons pouvoir situer notre développement dans la perspective positive. Nous ne pourrions pas conclure sur des éléments de vérification, mais nous proposerons en complément des suggestions en matière d'hypothèses explicatives.

Cette théorie positive de la comptabilité ne fait pas l'unanimité dans la littérature scientifique. Elle a fait l'objet de critiques vives, notamment sur deux points. D'abord, la logique interne de ces vérifications empiriques a tout autant été attaquée que la validité statistique des résultats obtenus. Nous ne développons point ce dernier aspect trop éloigné de notre recherche, mais nous rappelons les principales critiques adressées par Williams (1989) concernant le premier. Par ailleurs, la théorie positive de la comptabilité a été jugée par d'autres comme embrassant un nombre trop restreint de caractéristiques de la vie des firmes. A titre d'exemple, nous nous référons à la contribution de Neu (1992) publiée récemment.

Williams résume la cohérence interne de la théorie positive de la comptabilité à travers le jeu de propositions suivantes :

- Propositions théoriques : Les intérêts économiques propres des dirigeants déterminent leurs préférences en matière de procédures comptables et les préférences des dirigeants en matière de procédures comptables déterminent l'ensemble des procédures comptables en usage.
- Argument factuel : L'ensemble des procédures comptables en usage déterminent les mesures comptables existantes.

Il en ressort de manière synthétique que l'on peut écrire :

- Conclusion : Les intérêts économiques propres des dirigeants affectent les mesures comptables existantes.

Williams note que les intérêts économiques propres des dirigeants ne sont pas directement observables. Pour tester empiriquement la validité de la théorie positive de la comptabilité, les chercheurs sont conduits à substituer à l'intérêt propre des dirigeants les variables économiques supposées être corrélées, comme par exemple le bénéfice de l'entreprise quand le dirigeant est intéressé. Les propositions théoriques se réduisent alors ainsi :

"Des variables économiques déterminent les préférences des dirigeants en matière de procédures comptables et les préférences des dirigeants en matière de procédures comptables déterminent les procédures comptables en usage".

Cependant afin d'être opérationnel, le choix des variables économiques s'effectue au sein des mesures comptables (le bénéfice, par exemple). Ainsi la proposition précédente devient :

"Des mesures comptables existantes déterminent les préférences des dirigeants en matière de procédures comptables et ces préférences déterminent les procédures comptables en usage".

Si on poursuit l'analyse logique jusqu'à son terme, les propositions théoriques revues donnent, compte tenu de l'argument factuel précédent, la conclusion suivante :

"Des mesures comptables existantes affectent les mesures comptables existantes".

Ceci est parfaitement circulaire et sans le moindre intérêt. En résumé, selon Williams, la plupart des tests empiriques de la théorie positive de la comptabilité s'exposent à un manque de cohérence interne au plan de la logique. Cet article souligne en conséquence la difficulté de vouloir tester la validité des propositions de la théorie positive en ne recourant qu'aux seules données comptables. Ceci compliquerait encore plus dans notre cas tout essai de vérification empirique dans la

mesure où nombre de variables de base ne sont ni mesurées ni mesurables (production de soins, effort...).

La critique de Neu (1992) ne porte pas sur le caractère testable empiriquement de la théorie mais sur la largeur du champ qu'elle embrasse. Il rappelle que les artisans de la théorie positive de la comptabilité ont concentré leur attention sur trois catégories de variables afin d'expliquer les choix de politique comptable : les variables de rémunération et d'intéressement, les variables d'endettement, les variables "politiques". Ils ont supposé que les dirigeants recherchent la politique comptable qui optimise leur espérance d'utilité, vu les diverses interrelations entre ces trois types de variables. L'auteur considère que cette approche est trop restrictive et que ces variables économiques ne composent qu'un sous-ensemble de l'ensemble des variables pertinentes pour expliquer les choix de politique comptable. Il est indispensable d'étendre ce champ à l'ensemble des variables historiques et sociales, afin de mieux prendre en compte l'ensemble des relations sociales qui sont celles des dirigeants. L'auteur se situe dans le prolongement de Burchell, Clubb, Hopwood, Hughes et Nahapiet (1980), de Hopwood (1987), de Miller et O'Leary (1987). Il emprunte à la critique formulée en sciences économiques de ce courant où les dirigeants opèrent sur des marchés quasi parfaits et où les relations sociales sont ignorées (voir Hirschman, 1982, et Granovetter, 1985). Il en tire le commentaire : "de tels marchés fonctionnent sans aucun contact prolongé humain ou social entre les parties... Il n'y a aucune place pour le marchandage, la négociation ou l'ajustement mutuel et les divers opérateurs qui contractent n'ont pas besoin d'entrer dans des relations récurrentes ou prolongées".

Neu propose une construction sociale des choix d'un dirigeant. Il dit que les dirigeants sont influencés dans leurs choix par : des relations individuelles, des relations institutionnelles, des

relations sociétales. Les relations individuelles s'analysent comme suit :

- Les relations personnelles développent avec le temps des normes de réciprocité et d'attente communes concernant ce qui est considéré comme un comportement acceptable.
- L'influence normative des "experts" qui entourent le dirigeant affecte aussi bien le processus d'identification des problèmes que celui de leur résolution.
- Les relations de pouvoir affectent le processus de décision. Certains (principaux actionnaires, conseil d'administration) ont le pouvoir de récompenser certains comportements ou pratiques et d'en sanctionner d'autres.

Les relations institutionnelles se décomposent ainsi :

- Les dépendances vis-à-vis des fournisseurs de ressources (mode de gestion imposé par une grande entreprise à un sous-traitant, mode de présentation des résultats financiers imposé par une banque,...).
- Les contraintes réglementaires (lois, normes professionnelles,...).
- L'incertitude qui pèse sur le lien entre une pratique et les résultats dégagés. Ceci encourage les dirigeants à imiter les actions de ceux qui sont considérés comme connaissant le succès, répondant ainsi à une double recherche d'efficacité et de légitimité.

En ce qui concerne les relations sociétales, l'auteur, suivant en cela par exemple Kahnemann, Knetsch et Thaler (1986), met en évidence la notion d'équité qui écarte des décisions qui seraient apparues économiquement rationnelles en l'absence d'effets de réputation et de sanction. En conclusion, l'auteur souligne le caractère dynamique de toutes ces relations et les effets de diffusion (voir par exemple Scott, 1987).

En résumé, cet auteur ne conteste pas l'intérêt du modèle de la théorie positive, mais il revendique une approche plus large, plus englobante. Il reconnaît d'ailleurs que certaines extensions proposées dans sa construction sociale sont envisagées par les tenants

de la théorie positive. Notre approche se prête à l'évidence à des critiques du même ordre dans la mesure où le nombre de variables prises en considération est restreint. Cependant, nous souhaitons faire valoir le fait que la modélisation des rapports entre le service et le sommet administratif s'appuie sur une étude clinique et que nous avons essayé de rendre compte des aspects fondamentaux des rapports noués entre les acteurs, à travers les caractéristiques structurelles et culturelles propres au milieu hospitalier. De plus, nous aurons l'occasion, à la fin de cette section, d'enrichir cette description en faisant référence à des aspects plus informels propres à l'organisation étudiée, comme les transactions "diagonales". Si notre inspiration est profondément positiviste, nous avons essayé, autant que faire se peut, d'éviter les écueils les plus évidents de cette approche.

Enfin, notre ambition est restée modeste au niveau du champ d'étude de techniques comptables, puisque nous avons restreint notre attention au seul usage du budget de service. Après avoir situé notre travail dans le cadre général de la théorie positive de la comptabilité, nous allons rappeler maintenant les principaux enseignements retirés à partir d'analyses conduites suivant le modèle de l'agence sur l'efficacité des budgets comme instruments de gestion.

2) L'analyse de l'outil budgétaire à travers le modèle de l'agence.

D'après Baiman (1982), le modèle du principal - agent permet de revoir les points suivants en matière de comptabilité des coûts :

- le concept de l'affectation des coûts en fonction de la responsabilité réelle des agents. Il est communément admis que les différents acteurs d'une entreprise ne doivent être évalués que sur les seuls coûts qu'ils contrôlent. Les développements théoriques dus à Baiman et Demski (1980b) et à Holmstrom (1981) permettent de mettre en évidence que ce point de vue commun peut être trop étroit quand de l'information peut être gagnée en incorporant d'autres éléments. Par exemple, tenir compte d'un indicateur général d'activité qui dépend de nombre d'éléments non directement maîtrisables par l'agent permet justement de prendre en compte une information sur ce qui n'est pas contrôlé par l'agent mais a pu affecter son résultat (par exemple, le niveau général des ventes de l'entreprise peut utilement pondérer le résultat d'un vendeur en fonction de la conjoncture générale).

- Les politiques d'analyse sélective en fonction des dépassements. Demski et Feltham (1978), Baiman et Demski (1980a) ont été les premiers à étudier ce problème. Il s'agit de savoir s'il est optimal, et si oui dans quelles circonstances, pour un principal de s'engager à réaliser des analyses coûteuses en cas de dépassement de dépenses. Il semble qu'une telle politique peut s'avérer optimale ex ante, bien que totalement irrationnelle ex post. L'engagement pris ex ante par le principal de procéder à de telles études peut suffire pour influencer l'action de l'agent dans un sens favorable aux deux parties. Cet aspect ex ante des choses permet de mieux comprendre des pratiques qui, après coup, s'avèrent difficiles à expliquer.

- L'allocation des coûts fixes. Ce point est l'un pour lesquels il est difficile de réconcilier les enseignements théoriques et les pratiques en vigueur. Zimmerman (1979), Demski (1981) s'y sont employés. Baiman (1982), de son côté, fait valoir que ces systèmes d'allocation peuvent permettre ex ante des transferts utiles d'information. Il suggère ainsi l'exemple d'une société qui aurait à choisir la taille optimale d'un système informatique disponible pour toutes ses divisions. Il peut être optimal de demander aux divisions de révéler

leur véritable besoin en fonction de coûts complets afin d'éviter de surdimensionner l'investissement. Ici encore, cette règle peut apparaître optimale ex ante et totalement irrationnelle ex post.

- Les budgets. C'est le point qui nous intéresse au premier chef et que nous allons développer dans ce qui suit.

Les contributions pionnières sont dues à Demski et Feltham (1978) et Holmstrom (1979) qui se sont intéressés d'un point de vue théorique à répondre à la question : pourquoi les budgets sont-ils utilisés en pratique à des fins de motivation ? Rappelons d'abord ce qu'est pour ces auteurs une rémunération fondée sur un budget. Pour Demski et Feltham, elle comprend trois caractéristiques : la rémunération de l'agent est pour partie une fonction d'un attribut observable du résultat de son action; le contrat spécifie un niveau budgété de résultat qui positionne l'ensemble des résultats possibles en deux sous-ensembles disjoints, l'un favorable, l'autre défavorable; la fonction de rémunération de l'agent consiste en deux fonctions, l'une définie sur le sous-ensemble favorable, l'autre sur le sous-ensemble défavorable. Un exemple peut être fourni par le cas d'un directeur de division qui obtiendrait un salaire de base si le résultat comptable de sa division était inférieur ou égal à un montant budgété, ou un salaire de base plus une prime si le résultat comptable était supérieur au montant budgété. Demski et Feltham font valoir qu'une condition pour que le budget puisse être efficace (Pareto supérieur) est que tout ne puisse pas être observé gratuitement (les marchés sont dits alors incomplets). Les démonstrations de ces auteurs s'appuient sur des résultats numériques obtenus à partir de cas particuliers concernant les fonctions de production et les fonctions d'utilité des agents. Nous utiliserons d'ailleurs la même approche aux chapitres V et VI.

De leur étude, ils retirent quatre conclusions principales dont certaines sont retrouvées par la suite dans le cas de notre budget de service hospitalier. La première est que le montant budgété ou le

standard doit toujours être inférieur au montant attendu. La seconde conclusion est qu'il n'est pas possible de définir de montant budgété ou de standard sans prendre en compte les caractéristiques des motivations et des contrats d'incitation, ce n'est pas seulement un exercice d'arithmétique comptable. Les deux dernières conclusions sont plutôt des remarques. Aucun coût n'a été pris en compte pour le fait même de contracter. Que deviennent dès lors ces modèles d'équilibre quand l'information ne peut pas circuler gratuitement entre les partenaires ou que subsistent au moment de contracter des asymétries informationnelles ? Cette analyse reste fondée sur une application particulière du principe de la contrôlabilité des coûts. Une autre limite importante à l'analyse fournie par Demski et Feltham réside dans le fait que l'usage du budget est exclusif et que ne sont pas considérés concomitamment d'autres mécanismes de contrôle. Par exemple, la firme peut poser le principe d'audits sélectifs en fonction des résultats observés. Gordon et Smith (1992) montrent ainsi que la crainte anticipée des agents est susceptible de modifier leur comportement.

Dans les analyses que nous venons de présenter, la séquence temporelle d'actions reste également très simple. En t_1 , principal et agent contractent. En t_2 , l'agent choisit son effort et réalise son action. En t_3 , une variable de résultat est observée et les rémunérations sont payées. Ce cadre de départ a donné lieu à diverses extensions. Un premier problème intéressant apparaît lorsqu'on suppose que l'agent peut acquérir une information privée avant de mettre en oeuvre son action. Si cette information peut être utile pour le principal (pour des raisons de planification ou de contrôle), il serait bon que l'agent la lui communique. Cependant, si elle est susceptible d'affecter la rémunération de l'agent, ce dernier sera réticent à la communiquer sincèrement. La transmission d'information sera biaisée et l'agent cherchera un "slack" (le budget est alors construit sur la base de performances inférieures à celles qu'il peut atteindre).

Merchant (1985) montre en particulier que ces comportements sont d'autant plus marqués que le rationnement budgétaire est fort, que l'implication des dirigeants dans le processus budgétaire est faible, et que les technologies en usage sont complexes. Par ailleurs, on peut supposer également que plus l'agent est adverse au risque, plus il a tendance à créer un "slack" important (voir Waller, 1988).

Ce problème du traitement de l'information privée de l'agent a fait l'objet de développements dans le cadre de modèles plus formalisés. La séquence temporelle à trois périodes s'enrichit d'un quatrième temps qui se situe immédiatement après la date où le contrat est écrit, c'est-à-dire maintenant en deuxième période. L'agent dispose alors d'une information privée et il émet un message à l'attention du principal. Un problème de "vérificabilité" se pose alors. L'agent ment-il ? Pour reprendre la terminologie de Gjesdal (1981), nous sommes en présence d'une information douce (soft information) par rapport aux informations dures (hard information) qui sont celles susceptibles d'être vérifiées par les deux parties. Christensen (1981) démontre que s'il y a une probabilité positive de vérité, alors le message transmis par l'agent améliore la solution. Penno (1984) montre qu'il est de l'intérêt du principal de mettre en place un système d'information (imparfait) qui donne à l'agent la possibilité d'obtenir une telle information privée. Ceci est en particulier le cas si ce système d'information lui permet par exemple de réduire son effort quand il est très peu productif.

Dans la même veine, Penno (1990) fournit quelques résultats complémentaires. Il s'intéresse à la décomposition des coûts en fonction de leurs liens avec des tâches directement ou non directement reliées à la production. Il montre que la communication du montant dépensé pour la réalisation de tâches non directement reliées à la production (préparation, ordonnancement,...) n'est pas utile dans un contexte de motivation par les budgets, bien que ces

activités soient importantes pour le principal. Elles décident de l'existence ou non de la production. La condition requise pour ce résultat est que cette communication n'apporte aucune information supplémentaire sur des aléas ultérieurs. Alors, on peut dans le contrat initial fixer immédiatement le montant optimal de ces dépenses ; mais si elles sont la cause de désutilité pour l'agent, alors le principal a besoin d'une information pour les indemniser en conséquence.

Une autre extension à ce cadre général d'analyse a été proposée notamment par Demski et Sappington (1989). Le couple principal - agent est complété par la présence d'un tiers, le superviseur ou "boss". Le superviseur produit de l'information coûteuse sur l'environnement. Cette information est utile au principal pour diriger et contrôler l'agent. Un nouveau problème se pose alors, celui de rémunérer le superviseur, ou encore d'apprécier l'utilité de l'information qu'il communique. Ces auteurs envisagent différents cas, et en particulier la possibilité d'utiliser la performance de l'agent comme base de rémunération du superviseur. Ceci peut poser cependant de délicats problèmes de collusion. Un autre avantage à la présence d'un superviseur est la possibilité qu'elle offre de réduire la rente informationnelle de l'agent quand le principal est non informé au moment de contracter.

Pour achever cette revue des développements théoriques récents sur le rôle du budget dans un cadre principal - agent, nous allons évoquer deux contributions qui traitent d'un aspect spécifique, celui de la firme multidivisionnelle. Rajan (1992) montre que les rapports internes comptables peuvent jouer un rôle positif, même s'ils contiennent des allocations de coûts non directement maîtrisables, mais pourvu qu'il soit fait usage de schémas incitatifs en fonction de cibles de résultats préalablement déterminées. Ces mécanismes permettent de coordonner les performances des dirigeants de divisions en reliant leurs rémunérations. Les développements plus

récents de Kanodia (1993) envisagent le rôle du budget pour coordonner les efforts de deux divisions, lorsque le centre ne peut observer directement les efforts de l'une et de l'autre.

Ces exemples tirés de la littérature récente illustrent les possibilités ouvertes par une modélisation théorique des relations de type principal - agent pour l'analyse du rôle de l'outil budgétaire. Pour notre étude, nous pouvons retenir que les développements se sont étendus au-delà du cadre initial et il nous apparaît naturel d'y inclure celui très spécifique de l'hôpital tel que nous l'avons décrit précédemment. Le fait de ne pas se limiter au duo principal - agent est déjà contenu dans l'analyse de Demski et Sappington. Nous n'incluons pas comme eux un superviseur, mais nous proposons une troisième instance, ou encore un évaluateur. L'élargissement de la séquence temporelle des trois temps initiaux à quatre a déjà été évoqué. Nous le reprenons dans notre modélisation, même si le sens de chaque temps peut être sensiblement différent. Nous allons envisager dans ce qui suit les possibilités d'intégrer les apports d'un courant de pensée proche de la théorie de l'agence, mais original : la théorie des transactions informelles.

III - UN ENRICHISSEMENT DU MODÈLE DE L'AGENCE POUR UN CADRE THÉORIQUE ADAPTÉ AU BUDGET DE SERVICE.

Nous avons noté précédemment que le modèle de l'agence, même s'il constitue un bon point de départ, ne peut pas être utilisé tel quel pour rendre compte du fonctionnement d'une

bureaucratie professionnelle du type de l'hôpital public français. Cependant, les possibilités qu'il offre de conduire une analyse positive d'un instrument comptable comme le budget nous incite à l'enrichir afin de disposer d'un cadre théorique adapté. Pour ce faire, nous allons emprunter des éléments en provenance de la théorie des transactions informelles et nous proposerons ensuite notre propre modèle.

1) La théorie des transactions informelles comme extension (ou dépassement) du modèle de l'agence.

Si d'après Breton (1991) l'inventeur de la dénomination "théorie des transactions informelles" est Charreaux (1990), les fondateurs de cette approche sont Breton et Wintrobe qui en ont proposé les éléments essentiels dans leur ouvrage publié en 1982. Ces auteurs ont proposé plusieurs contributions supplémentaires à leur modèle initial, en particulier Wintrobe et Breton (1986), Breton (1986), Wintrobe (1988), Breton (1991). Une synthèse de cette littérature a été fournie par Charreaux en 1990.¹ Notre objectif n'est ici que de proposer une étude comparative des cadres théoriques de l'agence et des transactions informelles afin de pouvoir enrichir notre propre modèle.

Le cadre de base présente dans les deux cas de fortes similitudes. Dans le modèle d'agence, sont en rapport un principal et un agent. Dans le modèle de Breton et Wintrobe, nous trouvons au sein d'une bureaucratie un "sponsor" au-dessus d'un "bureaucrate".

¹ Citée par Breton (1991) : "An excellent survey, regrettably only available in French, is provided by Charreaux (1990)." L'éloge en langue anglaise n'en a que plus de force.

Les sponsors sont par exemple les hommes politiques dans le public et les entrepreneurs dans le privé. Le bureaucrate, à l'instar de l'agent, doit réaliser une action dans le cadre d'une fonction qui lui est reconnue formellement. Il est vrai que ce modèle des transactions informelles peut être étendu et que le même bureaucrate peut devenir sponsor vis-à-vis de ses subordonnés. Nous laisserons de côté cet aspect pour nous concentrer sur l'étude d'un seul duo. L'intérêt du modèle de Breton et Wintrobe est comme celui de l'agence de ne pas retenir une description purement mécaniste du fonctionnement de la bureaucratie. Le problème ne se résume pas à une suite d'ordres donnés par le principal ou le sponsor et exécutés illico par l'agent ou le bureaucrate. A côté de la structure formelle qui n'est pas totalement délaissée, les aspects informels font l'objet d'une attention particulière.

Le deuxième point commun entre ces deux approches est l'importance accordée aux déviations qu'on peut enregistrer dans les actions réalisées par l'agent ou le bureaucrate par rapport à ce que le principal ou le sponsor pouvait attendre. Au sein du modèle de l'agence, l'origine se trouve dans la désutilité que fait subir l'effort à l'agent. Dans le modèle de Breton et Wintrobe, c'est la présence de comportements négatifs divers chez le bureaucrate. Charreaux cite en la matière "le free riding, la triche, le vol, l'espionnage, la déformation des informations,...". Ces comportements apportent une satisfaction à leur auteur et peuvent se réaliser même dans le cadre d'une autorité formelle (exemple de la grève du zèle). On peut ainsi dire qu'agent et bureaucrate n'ont pas une incitation naturelle à agir toujours dans le sens attendu du principal ou du sponsor.

Le troisième caractère de base que partagent les cadres de ces deux analyses est l'absence de certitude concernant l'avenir. Il semble cependant que les deux modèles adoptent des perspectives différentes en la matière. Au sein de la théorie des transactions

informelles, c'est l'incertitude au sens de Knight (1921) qui caractérise le monde réel. Selon cette représentation, les états de la nature que peut prendre le monde dans le futur ne peuvent pas être définis et il est impossible d'y associer des probabilités. Dans le modèle de l'agence, c'est la notion de risque qui est utilisée. Les états de la nature sont identifiables et le recours aux probabilités possible. Cette voie, certes plus restrictive, a permis aux tenants de la théorie de l'agence de développer des modèles beaucoup plus formalisés. L'essentiel, à ce stade, est de constater que le caractère incertain ou risqué de l'environnement complique singulièrement les tâches de contrôle de l'agent ou du bureaucrate par le principal ou le sponsor.

Le quatrième point commun à ces deux analyses est la présence d'une asymétrie informationnelle. Le principal ne peut pas observer l'effort de l'agent. L'agent dispose d'une information plus complète sur l'environnement de la production. De même, le sponsor ne peut pas observer l'étendue des comportements négatifs du bureaucrate, pas plus qu'il ne peut apprécier complètement l'environnement de son travail. Ces asymétries d'information ne peuvent pas être réduites sans coût du fait de problèmes de risque moral.

Après avoir rappelé le cadre de base, nous allons nous intéresser aux modalités d'échange au sein de ces deux théories. Le modèle de l'agence privilégie le contrat, Breton et Wintrobe proposent quant à eux la notion de transactions informelles. Il est clair que cette introduction élargit le champ d'application de la théorie. Ce n'est pas seulement échapper au formalisme juridique du contrat. Avec la transaction informelle on peut rendre compte d'une multiplicité d'échanges : le service rendu, l'information communiquée, l'aide à l'avancement,... La notion d'échange implique une forme de réciprocité. Dans le contrat de travail, le salarié s'engage à fournir une quantité de travail en contrepartie de laquelle l'employeur permet une

rémunération. La forme de réciprocité est beaucoup plus souple dans la transaction informelle. Un acteur peut rendre un service sans même qu'on lui demande et sans que soit spécifiée immédiatement une contrepartie. Le synchronisme entre don et contre-don n'est pas nécessairement présent. Celui qui accorde quelque chose n'en espère pas moins pour autant une réciprocité, mais pas dans l'immédiat et sous une forme qui n'est peut-être pas encore imaginée.

Les échanges ne diffèrent pas seulement quant à leurs supports. Les lieux où ils se pratiquent ne sont pas semblables dans les deux théories. Le modèle de l'agence privilégie le marché où se nouent les contrats. Les transactions informelles s'effectuent, quant à elles, au sein de réseaux. Les marchés peuvent être organisés et les transactions sont alors le monopole de professionnels membres (cas des bourses). Les marchés peuvent être de gré à gré, à la fois accessibles à tous et animés aussi par des intermédiaires (cas du marché du travail et des agences de placement). Le réseau n'est accessible qu'à ses seuls membres. Ceci ne signifie pas que ses frontières soient toujours apparentes, il n'y a pas de formalisme en la matière. Mais être admis dans un réseau n'est pas toujours facile. C'est sans aucun doute une des garanties de la bonne exécution des échanges.

Dans la théorie de l'agence, la présence du droit est indispensable. En effet, il faut qu'il y ait un mécanisme externe qui assure à chaque partie que l'autre sera dans l'obligation de respecter ses engagements. La bonne fin du contrat est garantie par la voie légale, c'est une donnée du modèle. Dans la théorie des transactions informelles, la bonne exécution de l'échange est assurée par la confiance. Le mécanisme de renforcement proposé par la confiance diffère à double titre de celui de la sanction légale : d'une part, il n'est pas de portée générale et n'intéresse que les seuls membres du réseau ; d'autre part, il est endogène et se développe sous l'action de ses membres.

Breton et Wintrobe proposent deux définitions de la confiance. La première fait appel à la notion de probabilité. Elle apparaît comme une probabilité subjective émise par l'un des partenaires de l'échange sur le fait que l'autre remplisse ses engagements. Dans la seconde, la confiance est traitée sous la forme d'un actif particulier. Dans ce cas, l'élaboration de la confiance se présente sous la forme d'un investissement progressif. Un partenaire accepte de ne pas gagner tout ce qu'il pourrait obtenir de l'autre, en contrepartie de quoi il attend que ce dernier remplisse ses engagements à son égard. Les auteurs utilisent l'exemple d'un prêt qui serait consenti à un niveau de taux d'intérêt inférieur à ce qui serait exigible vu le niveau de risque. Si le partenaire honore ses engagements et rembourse la dette, le prêteur peut la fois suivante augmenter son investissement en confiance en consentant une diminution supplémentaire de l'intérêt. Afin de continuer à bénéficier de ces conditions privilégiées, l'emprunteur s'attache à rembourser à temps sa dette à chaque échéance.

Cette définition de la confiance comme actif progressivement accumulé a fait l'objet d'une critique par Salmon (1988). Ce dernier reproche à Breton et Wintrobe leur recours à l'induction. L'accumulation de la confiance, en fonction de l'expérience passée, peut aboutir à des comportements irrationnels. Salmon propose une approche Popperienne et retient la définition suivante : "je définirai la confiance comme la probabilité attribuée par une personne au respect d'une promesse non obligée (souvent implicite) qui lui a été faite par une autre personne". Pour lui, l'évolution de la confiance ne se fait pas en fonction uniquement de l'expérience passée, mais en tenant compte de tout ce que peut déduire la personne des hypothèses qu'elle peut émettre sur le comportement de l'autre en utilisant toute l'information qu'elle détient.

Quelle que soit la définition retenue, il est important de souligner : - que la confiance ne se limite pas à la réputation, - qu'elle est caractéristique du sens du lien d'une personne vers une autre (la confiance qu'a une personne A vis-à-vis d'une personne B n'est pas équivalente à la confiance qu'a la personne B vis-à-vis de la personne A), - qu'elle est susceptible d'évoluer par accroissement ou diminution. La confiance, en tant que mécanisme pour obliger à la réalisation de l'échange peut donc, contrairement à l'obligation légale, connaître des différences d'intensité dans le temps et dans l'espace des réseaux.

Après avoir envisagé les parentés, mais aussi les différences, qui apparaissent au niveau de l'échange au sein de la théorie de l'agence et de celle des transactions informelles, nous allons comparer les représentations adoptées pour les attitudes des acteurs. Dans le cadre de la théorie de l'agence, l'agent prend des actions en privilégiant un intérêt égoïste. Formellement, la représentation adoptée est celle de la maximisation d'une fonction d'utilité à deux variables, le plus souvent un revenu monétaire et une variable non monétaire (l'effort ou les avantages non pécuniaires). Dans la théorie des transactions informelles, le bureaucrate adopte un comportement égoïste au travail. Il cherche à maximiser par exemple une fonction d'utilité à trois arguments : - les caractéristiques de la politique choisie (qui peut lui procurer des avantages divers, comme la création d'un nouveau service qui permet d'attribuer de nouveaux postes de responsabilité, de nouvelles secrétaires, de nouveaux bureaux, etc...), - les avantages non liés à la politique (voyages, voiture ou logement de fonction, etc...), - et les services informels rendus. Des deux côtés, les acteurs sont supposés agir de manière égoïste et rechercher la maximisation d'une utilité.

Au sein du modèle de l'agence, le principal cherche à maximiser sa richesse ou l'utilité dérivée de sa richesse. Dans la

théorie des transactions informelles, l'objectif du sponsor est plus ambigu. Dans certains cas, on conserve une vue utilitariste et on parle d'accroissement d'efficacité ou de source d'inefficacité. Il y aurait donc des modes de fonctionnement qui apporteraient plus de satisfaction que d'autres. Ainsi Breton et Wintrobe, lorsqu'ils développent leur analyse du modèle de la bureaucratie soviétique, envisagent les mécanismes de compétition qui poussent les subordonnés à favoriser au sein du parti communiste la réalisation des objectifs de leurs supérieurs. Dans d'autres développements, l'approche utilitariste apparaît moins prégnante. La réalisation conforme à la norme semble être un objectif suffisant pour le sponsor.

On peut rapprocher cette description de celle fournie par les tenants des logiques de justesse (voir March et Olsen, 1990). Si ce rapprochement n'est pas proposé par les auteurs eux-mêmes de la théorie des transactions informelles (puisque celle-ci est antérieure), il nous semble susceptible d'enrichir les propositions initiales. Charreaux (1990), par exemple, écrit : "les individus doivent décider d'une part si leur comportement doit être efficace (positif), inefficace (négatif) ou formel (conforme à la norme)". Cette dernière éventualité peut être rapprochée d'éléments d'une présentation de la logique de justesse par Padioleau (1992) : "Eu égard aux circonstances, les individus ou les groupes suivent des logiques d'action complémentaires ou concurrentes de celles du choix... Les processus à l'oeuvre ne s'apparentent pas à des choix, et les acteurs sont en quête de matchings. Ils tentent de "coupler", d'apparier des conduites perçues comme "correctes" (eu égard aux attentes des rôles) avec les singularités des situations. Des critères de justesse, voire de rectitude de l'action se substituent, s'interpénètrent ou entrent en concurrence avec ceux d'efficacité". La théorie des transactions informelles, même si elle reste proche de la théorie de l'agence dans la représentation des attitudes des acteurs, offre des perspectives d'élargissement si on la rapproche d'une conception telle que celle de la logique de justesse.

Elle permettrait de comprendre pourquoi les individus peuvent tout à la fois suivre une logique de calcul pour prendre une décision, sans pour autant renier leur identité. Ils continuent pour certains aspects à adopter de façon quasi réflexe des comportements qui restent profondément en accord avec l'image de ce qu'ils sont.

Au niveau des mécanismes mis en oeuvre pour la poursuite de l'efficacité interne, la théorie des transactions informelles offre des perspectives plus raffinées que celles proposées par l'agence. Dans le modèle principal - agent, l'optimisation de l'efficacité, ou encore la minimisation des coûts d'agence, est assurée par l'écriture au départ du contrat le plus efficient. Le schéma adopté par Breton et Wintrobe est plus complexe. Il fait appel à la distinction avancée entre transactions verticales et transactions horizontales. Ce schéma est rendu possible par le fait que ces auteurs ne se limitent pas à un duo : un sponsor, un bureaucrate, comme dans l'agence un principal et un agent, mais qu'ils envisagent une couche complète de bureaucrates. Les échanges peuvent donc être engagés soit entre bureaucrates, soit entre un bureaucrate et un sponsor. Dans le premier cas, on parle de transactions horizontales, dans le second de transactions verticales.

Pour Breton et Wintrobe, les subordonnés peuvent manifester à l'égard de leurs supérieurs soit de l'initiative et de la bonne volonté dans le travail, soit de l'inefficience ou un esprit malfaisant. Un comportement négatif nécessite le plus souvent, pour être effectif, une collaboration entre plusieurs acteurs. C'est pourquoi de tels comportements se développent volontiers dans le cadre d'échanges horizontaux. Les transactions horizontales ont donc tendance à abaisser l'efficacité interne de l'organisation. Les membres du groupe trouvent beaucoup plus avantage à chercher à redistribuer à leur profit des ressources auxquelles ils ont accès, plutôt qu'à tendre à augmenter les ressources globales dont pourrait disposer leur organisation. A l'opposé, c'est la confiance accumulée entre supérieur

et subordonné qui permet d'accroître la productivité du service. Les transactions verticales ont donc un effet bénéfique. Breton (1986) s'interroge d'ailleurs sur la formation optimale de ces réseaux horizontaux et verticaux. Si on comprend que les réseaux verticaux ne peuvent être développés que de manière limitée parce qu'ils sont directement coûteux à entretenir, il est plus difficile de saisir pourquoi les supérieurs ne cherchent pas systématiquement à détruire les réseaux horizontaux qui sont sources d'inefficience.

Pour apporter une réponse à cette question, il faut accepter là aussi que ces efforts de destruction ou d'affaiblissement sont coûteux. Il existe donc une organisation optimale, là où d'une part le coût marginal de développement d'un réseau vertical est égal à son avantage marginal, là où d'autre part le coût marginal d'affaiblissement des réseaux horizontaux est égal à l'avantage marginal retiré. Les concepts de transactions verticales et de transactions horizontales jouent un rôle clé dans l'analyse que proposent Breton et Wintrobe de la productivité des bureaucraties. Ils les considèrent même comme des arguments des fonctions de production, au même titre que le capital et le travail.

Pour conclure cette revue comparative des deux théories de l'agence et des transactions informelles, nous allons aborder d'une part les modes de régulation externe des subordonnés, d'autre part les processus d'évaluation de l'efficacité globale des organisations. Ces deux points ne sont pas toujours abordés explicitement dans les différents modèles présentés au sein de la littérature. En ce qui concerne la théorie de l'agence, Fama (1980) fait valoir que l'existence d'un marché concurrentiel des managers est susceptible d'apporter une solution au problème des coûts d'agence. Ces cadres supérieurs ont le souci de gérer efficacement leur capital humain. S'ils gèrent leurs entreprises de manière non conforme aux intérêts des actionnaires, ils doivent faire face à des offres moins alléchantes le

jour où ils sont conduits à changer d'employeur. Ce qu'ils ont gagné à court terme est reperdu à long terme. C'est donc la pression exercée par un marché concurrentiel externe qui est susceptible d'atténuer les inefficacités nées des relations d'agence.

Pour Breton et Wintrobe, il existe une concurrence parfois sévère au sein du réseau concerné. Il est faux pour eux de penser qu'il n'y a aucune incitation dans les carrières des bureaucrates. Les mobilités qu'on observe dans le secteur public sont souvent tout aussi grandes que celles reconnues dans le secteur privé. La recherche de parcours flatteurs est un aiguillon très puissant qui incite les bureaucrates à ne pas rechercher exclusivement des avantages à très court terme. C'est la concurrence que se livrent les supérieurs qui est la source du progrès des organisations concernées. En extrapolant quelque peu, on peut imaginer le principal dans le modèle de l'agence à l'image d'un entrepreneur Schumpetérien qui innove et se propose de mettre en valeur le premier son idée. De sa qualité à intervenir en premier, il tire avantage d'une rente. Il est ensuite imité et la concurrence se développant, sa rente s'amenuise. Au sein de la théorie des transactions informelles, les services sont eux aussi en concurrence. On peut suggérer que le premier qui innove peut obtenir un avantage en termes de ressources. L'ensemble du service en tire profit. Les autres services sont conduits à réagir et l'avantage initial du précurseur se réduit petit à petit.

En conclusion, la théorie des transactions informelles apparaît bien comme une extension du modèle principal - agent, même si son élaboration nécessite en bien des points le recours à des concepts nouveaux qui viennent prendre la place d'autres trop spécifiques à une économie de marché. Si chronologiquement il est légitime d'envisager la théorie des transactions informelles comme extension de la théorie de l'agence, on pourrait s'interroger sur le fait qu'il est peut-être plus légitime au plan de l'analyse de considérer la

théorie des transactions informelles comme une théorie plus générale englobant la première. Cette appréciation peut se justifier si on accepte l'idée que le marché n'est au fond qu'une forme d'organisation, que le contrat n'est qu'un mode particulier, certes très formalisé, de l'échange. Si tel est le cas, nous pouvons nous autoriser à développer dans ce cadre théorique général un modèle particulier non plus à la bureaucratie hiérarchisée (et mécaniste), mais à la bureaucratie professionnelle, qui entretiendra de ce fait un étroit lien de cousinage avec le modèle de l'agence.

Il faut cependant reconnaître à la littérature de l'agence le mérite de proposer très souvent des développements analytiques très formalisés. Cette caractéristique est très largement absente dans les développements de Breton et Wintrobe. Comme nous l'avons vu précédemment, c'est grâce à sa formalisation que la théorie de l'agence a pu être utilisée avec profit dans l'étude positive d'instruments comptables comme le budget. Ainsi s'est élaboré un courant nouveau de la recherche comptable. Comme notre objectif ultime est l'étude positive du budget de service, nous allons nous fixer comme but l'élaboration d'un modèle théorique qui se prête à un traitement formel aussi élaboré que celui de l'agence.

2) Une extension pour une bureaucratie professionnelle : le modèle des transactions "diagonales".

Nous avons vu précédemment que le modèle de l'agence, même s'il constitue un guide utile, ne peut pas être transposé directement au cas de l'hôpital public. Les spécificités de l'activité

hospitalière font que la production est difficile à mesurer et que le résultat prend un sens tout autre que celui habituel dans l'entreprise privée. Au chapitre I, nous avons fait remarquer que l'hôpital se caractérise non seulement par les difficultés qui entourent la mesure de son activité, mais aussi par sa structure particulière de bureaucratie professionnelle. Nous allons voir que la prise en compte de ce second trait impose une transformation, voire un enrichissement du modèle principal - agent. Nous allons emprunter pour ce faire de nombreux apports de la théorie des transactions informelles et proposer notre propre modélisation.

Dans la bureaucratie professionnelle, il est difficile de rapporter les liens qu'entretiennent le sommet administratif et le centre opérationnel comme des liens de simple subordination. Certes, le directeur de l'hôpital est le chef de l'établissement, mais le poids des professionnels chefs de service leur laisse une autonomie certaine qui les fait échapper à une autorité hiérarchique stricte. En ce sens, on ne peut pas parler ici de relations verticales à la Breton et Wintrobe. Il n'est guère plus concevable de les mettre sur le même plan dès qu'il s'agit d'aborder l'étude de problèmes budgétaires. Le directeur d'établissement a un pouvoir certain dans ce domaine. Une description en termes de relations horizontales nous apparaît donc tout aussi inadaptée. Pour qualifier ce type de relation particulière, nous proposons le terme de relation "diagonale".

Ces relations "diagonales" peuvent recouvrir aussi bien des efforts difficiles à mettre en oeuvre pour améliorer l'efficacité de la gestion que l'entretien de connivences pour obtenir plus de ressources. A la fois il s'agit de réaliser des économies dans les dépenses courantes, mais aussi de donner l'opportunité aux professionnels de se développer dans l'exercice de leur métier. Dès lors, il est difficile de retenir l'opposition transaction verticale, source d'efficacité, et transaction horizontale, source d'inefficacité.

L'équilibre, du point de vue de l'efficacité de l'organisation, se produit au sein de ces échanges diagonaux.

Il est clair qu'en ce qui concerne les termes de l'échange, nous nous situons directement dans le prolongement de la théorie des transactions informelles, plus que dans celui de l'agence. Entre le sommet administratif et le centre opérationnel, il n'y a pas à proprement parler de contrat (même si nous avons utilisé précédemment ce terme avec des guillemets pour faciliter l'exposé). Il s'agit ici de transactions informelles. Leur forme s'apparente à l'échange de services rendus. Plus précisément, le service s'engage à respecter les contraintes de gestion. En contrepartie de quoi, le sommet administratif l'assure de lui favoriser l'attribution de ressources pour des activités nouvelles. Nous ne nous situons donc pas dans le cadre d'un marché, mais bien plus dans celui d'un réseau.

Nous conserverons l'hypothèse de la recherche de la satisfaction d'un intérêt "égoïste" par les différents acteurs. Son expression au niveau du service est de nature utilitariste. Nous supposons que les actions qui y sont prises ont pour but de maximiser une fonction d'utilité. Le poids de variables "très professionnelles" est particulièrement élevé dans cette fonction d'utilité. Nous supposons que l'éthique du médecin, son intérêt pour l'innovation doivent intervenir ici dans son processus de choix. Il ne sacrifie aux exigences financières que s'il y trouve son compte dans les deux autres aspects. On peut peut-être regretter d'avoir privilégié ici une logique de choix. Mais nous avons essayé de l'entourer prudemment d'éléments professionnels. La prise en compte de la carence dans la fonction objectif du service opérationnel relève d'une certaine façon de la logique de justesse complémentaire à la précédente. Il en va de même pour l'attrait pour les projets nouveaux. On retrouve ici deux dimensions principales de l'éthique médicale telle qu'elle est souvent exprimée. Renoncer à privilégier la logique du choix aurait eu pour

conséquence l'abandon d'une formalisation plus poussée du modèle comme il est proposé au chapitre suivant. Enfin, notre observation sur le terrain ne paraît pas invalider ce choix méthodologique.

Le sommet administratif, outre son rôle d'attribution de moyens budgétaires, a une fonction importante d'évaluateur puisqu'il participe à la commission médico-administrative. C'est dans ce second rôle qu'il intervient dans l'échange diagonal avec le service. Nous voyons donc qu'il faut nuancer l'acceptation du terme évaluateur. Nous ne faisons pas référence ici à la production d'une expertise¹ de valeur absolue sur la qualité des projets médicaux nouveaux. Au contraire, nous soulignons l'importance du jeu politique où le sommet administratif peut favoriser ou non une attribution de moyens. Dans l'élaboration de cette transaction informelle, il convient d'explicitier les règles de comportement du sommet administratif. Le problème n'est pas vraiment ici le choix d'une action optimale. Le souci le plus évident semble être à nos yeux celui du respect de normes. En s'attachant à ce que les règles du jeu budgétaire soient globalement respectées (que les dépassements restent limités), à ce que le service aux patients soit assuré de manière convenable (que la carence ne devienne pas excessive), le sommet administratif veille ainsi à la bonne intégration de tous dans l'établissement. L'important est sans aucun doute d'être perçu comme équitable en la matière. Il nous semble en conséquence que nous empruntons aussi à la logique de justesse pour représenter le comportement du sommet administratif.

Le tableau IV-3 propose une comparaison des trois modèles théoriques évoqués. Il nous reste à préciser quelques aspects

¹ L'expertise scientifique et médicale reste l'apanage des professionnels. C'est leur rôle au sein de la commission médico-administrative. On peut parier que si ce n'était pas le cas, cette dernière perdrait sa légitimité devant le centre opérationnel.

MODÈLE PRINCIPAL-AGENT

Entreprise privée

Principal : Comportement "égoïste"
ou
Max. Richesse

Contrat

Agent : Action "égoïste"
ou
Max. Utilité

Arguments de la fonction d'utilité du subordonné :
Rémunération
Éléments non monétaires

Termes de l'échange :
Rémunération/signal indirect de
l'effort produit

Lieu de l'échange : Marché

Garantie de bonne fin de l'échange :
Obligation légale (exogène)

Compétition entre entrepreneurs sur les marchés

Partage du risque explicite

Traitement analytique formalisé

MODÈLE DES TRANSACTIONS INFORMELLES

Bureaucratie Privée ou Publique

Sponsor : Comportement "égoïste"
ou
Max. Utilité

ou
Respect des normes

Transaction informelle
verticale

Bureaucrate-----Bureaucrate : Action "égoïste"
ou
Max. Utilité

Transaction
informelle
horizontale

Arguments de la fonction d'utilité du subordonné :
Caractéristiques de la politique
Avantages indépendants de la politique
Services rendus

Termes de l'échange :
Service rendu/Service rendu

Lieu de l'échange : Réseau

Garantie de bonne fin de l'échange :
Confiance (endogène)
Sous la forme d'actif accumulé

Compétition entre services

Partage du risque non explicite

Traitement analytique faiblement formalisé

MODÈLE DES TRANSACTIONS DIAGONALES

Bureaucratie Professionnelle

Sommet administratif : \ Respect des normes
/

Transaction informelle
diagonale

Commission médico-
administrative

Centre
opérationnel : / Action "égoïste"
ou
Max. Utilité

Arguments de la fonction d'utilité du subordonné :
Effort de contrôle
Carence
Financement des activités nouvelles

Termes de l'échange :
Favoriser l'attribution de / Respect de con-
ressources pour activités /traintes de
nouvelles gestion

Lieu de l'échange : Réseau

Garantie de bonne fin de l'échange :
Confiance (endogène)
sous la forme d'une conjecture rationnelle

Compétition entre services pour l'obtention de
ressources nouvelles : Commission Médico-
Administrative

Partage du risque explicite

Traitement analytique formalisé

Tableau n° IV-3 : Comparaison des trois modèles théoriques.

complémentaires du modèle des transactions diagonales. Le mécanisme de garantie de bonne fin de l'échange s'apparente à celui utilisé dans le modèle des transactions informelles. C'est celui de la confiance. La confiance n'est pas l'actif accumulé comme chez Breton et Wintrobe. Nous en donnons ici une interprétation qui se rapproche de celle suggérée par Salmon, c'est-à-dire une confiance sous la forme d'une conjecture. L'un et l'autre, sommet administratif et centre opérationnel, imaginent ce que peuvent être leurs réactions respectives. Ils utilisent toute l'information à leur disposition, et en particulier un modèle théorique (conjecture) commun. Nous faisons l'hypothèse forte, fréquente dans la littérature, que ces anticipations se réalisent en moyenne et s'avèrent donc rationnelles. Nous n'envisageons donc pas des jeux multipériodiques dont les formes deviendraient très rapidement inextricables. Notre souci reste d'élaborer un modèle formalisé suffisamment simple qui nous autorise par la suite une analyse positive du budget. En termes de théorie des jeux, notre modèle suppose que le non informé détermine sa fonction de comportement en premier. Le centre opérationnel, informé des conditions de son travail, réagit alors en connaissance de cause.¹

Contrairement à la théorie des transactions informelles, mais en accord avec la théorie de l'agence, nous avons recours au concept de risque, et pas seulement d'incertitude. L'introduction de mesures de probabilités permet non seulement une formalisation mathématique plus poussée, mais aussi l'étude de problèmes inhérents au partage du risque. C'est l'une des dimensions intéressantes de la théorie de l'agence que nous avons voulu conserver ici.

¹ Techniquement, il s'agit d'un modèle de type SMUF (mouvement séquentiel du non informé en premier).

Enfin, la recherche de l'efficacité organisationnelle est garantie dans notre modèle par la compétition que se livrent les services dans la recherche d'activités innovantes. Il est clair que le service le plus créatif a la possibilité d'obtenir des ressources plus importantes puisque les professionnels de la commission médico-administrative sont là pour reconnaître ses mérites. Son financement apparaît alors relativement avantageux aux yeux des autres et ne manque pas alors d'inciter ceux qui ont un réel potentiel d'innovation à le valoriser. La compétition se fait plus dure, l'avantage relatif au niveau du financement des projets nouveaux se réduit. Par ailleurs, les services qui n'ont pas l'opportunité d'innover se voient exclus et leur importance relative ne pourra à terme que diminuer. En ce sens, le mécanisme modélisé s'avère parfaitement compatible avec la logique d'une démarche stratégique.

Il peut apparaître très ambitieux de vouloir modéliser les comportements de professionnels comme ceux des praticiens hospitaliers. Dans ce monde très spécialisé, où les pratiques semblent obéir en priorité à des exigences d'éthique médicale, il n'est pas évident que des logiques de choix soient appropriées¹. Le respect de codes et de normes semble le plus souvent guider les comportements. Dans le prolongement de l'analyse clinique que nous avons exposée au chapitre III, nous nous sommes situés ici dans un moment de

¹ On pourrait évoquer comme critique radicale des modèles rationalistes, celle d'Etzioni (1993). Pour cet auteur, la plupart des choix sont faits sur la base d'émotions (impulsions) ou de valeurs (tabous) ; ils ne sont pas le produit de délibérations. Nous ne partageons pas cette opinion. Une vue plus nuancée nous semble appropriée. Une logique de choix complétée par une logique de justesse constitue à nos yeux une base satisfaisante.

rupture. Les contraintes financières s'exercent de plus en plus fortement, même si jusqu'à présent leur poids n'a pas été déterminant pour fixer les orientations médicales de l'établissement. Nous sommes dans une situation de rupture qui menace les routines installées. Notre hypothèse est que le changement est "en action". Avant que de nouvelles normes, de nouvelles habitudes se cristallisent, les règles s'élaborent dans un cadre où les conflits d'intérêts s'exercent.

C'est pourquoi tout au long de ce chapitre nous avons essayé d'élaborer le cadre d'une modélisation de ces choix. A ce stade, il est crucial de prendre en compte les conditions de risque qui entourent l'action. La mise en oeuvre de systèmes d'information doit répondre à trois exigences : - fournir l'information qui permet de prendre des décisions plus efficaces, - assurer un partage des risques acceptable par les différentes parties, - régler de manière satisfaisante les problèmes spécifiques de l'incitation et de la convergence des buts. Dans cette phase de transition, le langage de l'économie prend une importance considérable. Nous avons proposé de le représenter à l'aide d'un modèle utilitariste.

Une fois que l'outil, ici le budget de service, sera élaboré, accepté par les parties, incorporé dans les stratégies, il sera possible que les logiques de respect des normes nouvellement créées l'emportent sur les logiques de choix. Mais ceci est déjà postérieur à l'étude que nous menons. La recherche de l'information la plus pertinente au cours de cette phase de transition est un point central d'étude. Aussi nous nous proposons de conduire notre analyse théorique autour de deux hypothèses concernant la connaissance de la production de soins.

Tout au long du chapitre V, nous allons supposer que la production est méconnue par le sommet administratif. La seule variable partiellement reliée à l'activité qui arrive à sa connaissance est une mesure bruitée de la carence. Dans ce cadre d'information

manquante, nous allons développer une étude théorique positive du budget de service. Dans le cadre de cette analyse inspirée directement du modèle de l'agence et de la théorie des transactions informelles, nous nous attachons à mettre en évidence les comportements attendus des différents acteurs.

Au chapitre VI, nous nous penchons sur le problème de la politique budgétaire optimale, d'abord lorsqu'il y a absence de connaissance de la production de soins par le sommet administratif. Ensuite, nous présentons un projet de mesure de l'activité et ses implications en matière budgétaire. Ceci nous permet d'envisager successivement les cas où le sommet administratif dispose soit d'une connaissance parfaite, soit d'une connaissance imparfaite de cette production.

CHAPITRE V :

L'EFFICACITÉ THÉORIQUE DU BUDGET DANS UNE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE.

Le modèle que nous allons développer dans le cadre de ce chapitre a pour objectif d'évaluer de manière théorique l'efficacité d'un budget décentralisé pour contrôler l'évolution de certains coûts à l'hôpital. Il relève de l'approche générale des modèles de l'agence et des transactions informelles, cependant sa structure traduit les aspects originaux de l'organisation étudiée. C'est donc une application particulière de l'analyse plus générale que nous avons développée au chapitre précédent. Les égoïsmes de chaque service se traduisent ici par le fait que chacun cherche à maximiser sa satisfaction, ou encore à minimiser son insatisfaction. Plus formellement, leur comportement est modélisé à travers l'optimisation de fonctions d'utilité particulières. Ce modèle s'inscrit donc dans la littérature générale des modèles d'espérance d'utilité. Il emprunte aussi à la logique de justesse. En ce qui concerne le sommet administratif, le souci de respecter des normes implicites l'emporte. En revanche, il n'apparaît

guère crédible de retenir, comme pour les modèles d'agence, un objectif de maximisation de valeur ou de richesse.

Dans un premier temps, nous présentons le modèle théorique que nous avons développé pour l'hôpital. Nous détaillons tout spécialement le rôle et les relations qu'entretiennent les principaux participants. Ceci permet de mettre en évidence la fonction particulière d'incitation retenue à l'attention des services opérationnels. Dans un second temps, nous étudions l'efficacité de ces incitations budgétaires, au regard de trois critères : la satisfaction générale du service par rapport à ses conditions de travail, le niveau de dépenses réalisées et la couverture obtenue des soins demandés par le public. Différentes simulations permettent de mettre en évidence les performances obtenues en fonction d'une rigueur budgétaire plus ou moins forte.

SECTION 1 : UN MODÈLE DE CONTRÔLE.

Dans un modèle comme celui que nous développons, il convient de préciser d'abord la structure générale, à savoir qui sont les acteurs principaux? Quelles décisions prennent-ils ? Quelle en est la chronologie ? De quelle information disposent-ils ? Ensuite, l'objet de la modélisation n'intéresse qu'une partie des coûts à l'hôpital, ceux pour lesquels on peut trouver un élément d'initiation (ou "déclencheur" de coûts [cost driver]) au sein des services opérationnels.

Ces coûts peuvent être plus ou moins élevés en fonction de l'attention portée par les médecins et les infirmiers. Une modélisation simplifiée est présentée au deuxième paragraphe. Enfin, nous détaillons un exemple particulier d'un modèle de contrôle des coûts.

I - LA STRUCTURE DU MODÈLE.

Le modèle que nous développons intéresse trois types d'acteurs : - le service opérationnel consommateur de ressources et producteur de soins, - le sommet administratif, ou encore l'ensemble de la direction administrative de l'établissement, qui alloue les ressources et veille à ce que les consommations restent dans les limites prévues, - une autorité institutionnalisée ou non qui tire sa légitimité à la fois de la direction générale et des professionnels, ayant pour rôle d'évaluer les projets d'activités nouvelles présentés par les services et d'en proposer le financement en partie ou en totalité.

Le modèle comporte quatre périodes. En période 1, un budget est accordé par la direction générale à chaque service opérationnel. En période 2, le service observe la demande de soins qui se présente. Pour y répondre, il engage des dépenses, ces dernières sont plus ou moins nécessaires. En effet, la production de soins peut être entourée d'un certain gaspillage de ressources. Afin de réduire ses dépenses, le service doit produire un effort de contrôle de celles-ci qui ne lui est pas particulièrement agréable. Par ailleurs, le service sait que si ses dépenses excèdent le budget annoncé, et ceci quelle qu'en soit la raison, il réduit sa probabilité d'obtenir le financement pour les activités nouvelles qu'il envisage. Il peut aussi choisir de produire

moins de soins que ceux demandés, alors qu'il s'était engagé dans cette activité, en dirigeant une partie de la clientèle vers d'autres établissements, ou en allongeant la liste d'attente. Apparaît alors une quantité de soins demandée et non fournie que nous appelons carence. Plus cette dernière est élevée, moins bien est évalué le service et plus faible sera sa probabilité d'obtenir le financement d'activités nouvelles. En résumé, durant cette seconde période, le service détermine conjointement ses dépenses, son niveau d'effort de contrôle et sa carence en anticipant les réactions des deux autres acteurs.

En période 3, le sommet administratif observe le fonctionnement du service. Il s'intéresse à deux éléments, l'un en matière d'activités, l'autre en matière de budget. En matière d'activités, il veille aux intérêts du public et apprécie combien les soins produits ont répondu à la demande effective. Il estime en conséquence la carence précédemment définie. Il ne peut pas l'observer directement et n'obtient qu'une information bruitée. En revanche, en matière de contrôle des dépenses, il observe très précisément les réalisations et peut les comparer au montant budgété. A partir de son information imparfaite sur l'activité et des écarts budgétaires constatés, il fournit une appréciation administrative sur le service.

Au cours de la quatrième et dernière période, se réunit l'autorité médico-administrative qui a la charge d'évaluer et de proposer le financement des activités nouvelles soumises par les différents services. A Lille, cette autorité apparaît à travers la commission médico-administrative mais on peut imaginer ailleurs toute autre forme plus informelle d'organisation. Il suffit qu'un aspect de récompense à l'attention des services (ici, le financement d'activités nouvelles) soit traité à la fois par la direction générale et des représentants des professionnels. Au sein de cette autorité, les professionnels observent un signal imparfait sur la qualité scientifique et médicale des projets soumis. La décision finale incorpore à la fois

l'avis des professionnels fondé sur le signal précédent et celui de la direction générale qui repose entièrement sur l'appréciation décrite à la période précédente. En conclusion, meilleure sera l'évaluation administrative, meilleur sera le signal reçu sur la qualité médicale, plus importante sera la part des activités nouvelles effectivement financée.

Nous avons laissé de côté le problème de la détermination du champ optimal d'activités pour chaque service. Nous considérons que ceci a été fixé antérieurement au niveau de la démarche stratégique. Ainsi, si un service souhaite se désengager d'une activité, il doit l'annoncer avant la première période. En effet, le budget qui lui est alloué par le sommet administratif tient compte du niveau moyen de soins attendu. Les fluctuations de la demande de soins que connaît le service en deuxième période sont donc parfaitement aléatoires. Cet aspect des choses a été rencontré en plusieurs occasions au CHRU de Lille où il nous a été précisé que ces fluctuations dans la demande sont impossibles à prévoir.

Le schéma n° V-1 retrace la chronologie des décisions telle qu'elle figure dans le modèle théorique développé. Bien que simplificatrice, cette chronologie apparaît suffisamment réaliste par rapport à notre observation sur le terrain. Il y a bien la proposition d'un budget initial. Tout au long de l'année, le service organise sa production en fonction de la demande qu'il observe. Le sommet administratif effectue au fur et à mesure un suivi. Une fois par an, la commission médico-administrative décide de l'attribution des financements pour les activités nouvelles de l'année suivante.

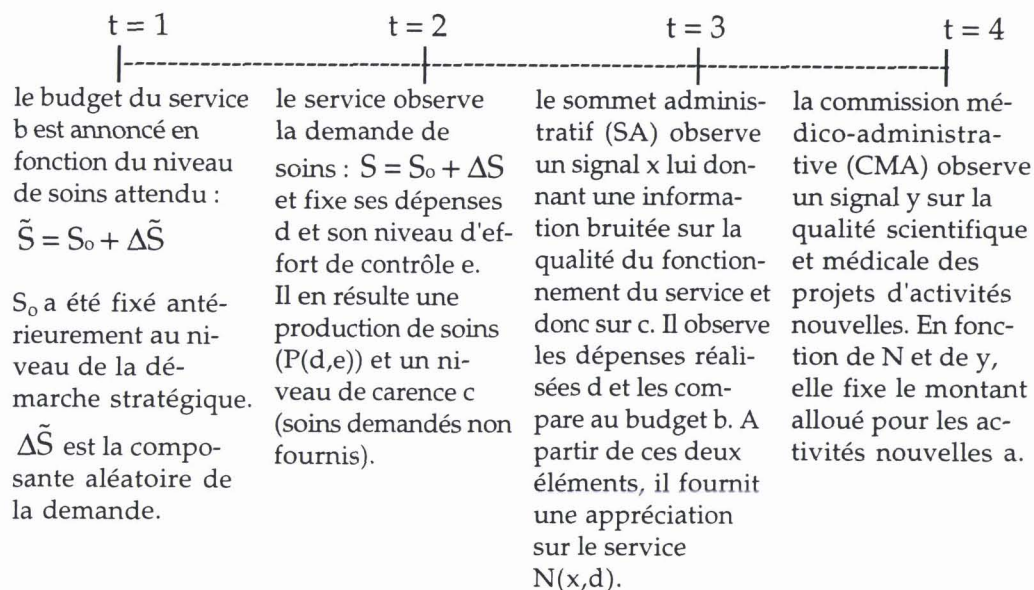


Schéma n° V-1 : Chronologie des décisions dans le modèle théorique.

Nous allons maintenant nous intéresser successivement aux trois types d'acteurs concernés, ou encore aux trois niveaux de la modélisation : le service opérationnel, le sommet administratif, l'autorité mixte institutionnalisée ou non (ici, la commission médico-administrative).

1) Le service opérationnel.

Le modèle que nous proposons fait partie de la classe des modèles où les décisions sont prises en ordre séquentiel, et où le non informé avance en premier (SMUF : mouvement séquentiel du non

informé en premier). Ici, seul le service opérationnel est informé, au sens où : - il observe exactement la carence qu'il laisse apparaître, - il a l'expertise unique pour apprécier la qualité de ses projets d'activités nouvelles. Les autres partenaires ne disposent que d'une information dégradée sur ces deux aspects. C'est tout aussi vrai pour le sommet administratif en matière de carence que pour les professionnels de la commission médico-administrative pour la qualité des projets d'activités nouvelles. L'informé avance en second, au sens où, en deuxième période, il va prendre des décisions en matière de dépenses, d'effort de contrôle et de carence en évaluant a priori les réactions possibles du sommet administratif et de la commission médico-administrative qui ont choisi leurs règles de comportement en premier. Nous supposons ainsi qu'il est capable d'associer pour chaque triplet (effort, carence, dépenses) un montant probable de financement d'activités nouvelles.

Nous supposons que l'utilité (ou la désutilité) des responsables du service opérationnel peut-être mesurée à partir de trois variables : l'effort de contrôle des dépenses, la carence en soins et le montant des activités nouvelles financé. A travers cette fonction unique, nous agrégeons les comportements des deux personnages clés du service : le médecin chef et la surveillante chef. Il est possible que l'un ou l'autre soit plus concerné selon le cas par l'un de ces trois aspects. Nous avons souligné précédemment le rôle important, par exemple, que joue la surveillante chef pour éviter le gaspillage de ressources. Il est tout aussi clair que la possibilité d'entreprendre des activités nouvelles est particulièrement gratifiante pour un médecin chef.

Sans perte de généralité, nous supposons que cette fonction d'utilité est décroissante avec l'effort fourni pour contrôler les dépenses. Nous supposons aussi que la désutilité marginale, consécutive à un accroissement de cet effort, est algébriquement

décroissante (croissante en valeur absolue), c'est-à-dire que plus l'effort consenti est grand, plus il est pénible de continuer à l'accroître (voir schéma n° V-2). L'observation du terrain conforte cette hypothèse. Il est clair qu'une fois mises en oeuvre les mesures les plus immédiates pour réduire le gaspillage, toute volonté d'effectuer des économies supplémentaires va exiger du personnel des efforts de plus en plus rigoureux, de moins en moins bien ressentis et entravant, à la limite, le bon exercice des actes médicaux ("gérer c'est bien, mais on ne peut pas faire que ça. Nous sommes d'abord là pour soigner" soulignent de nombreux soignants).

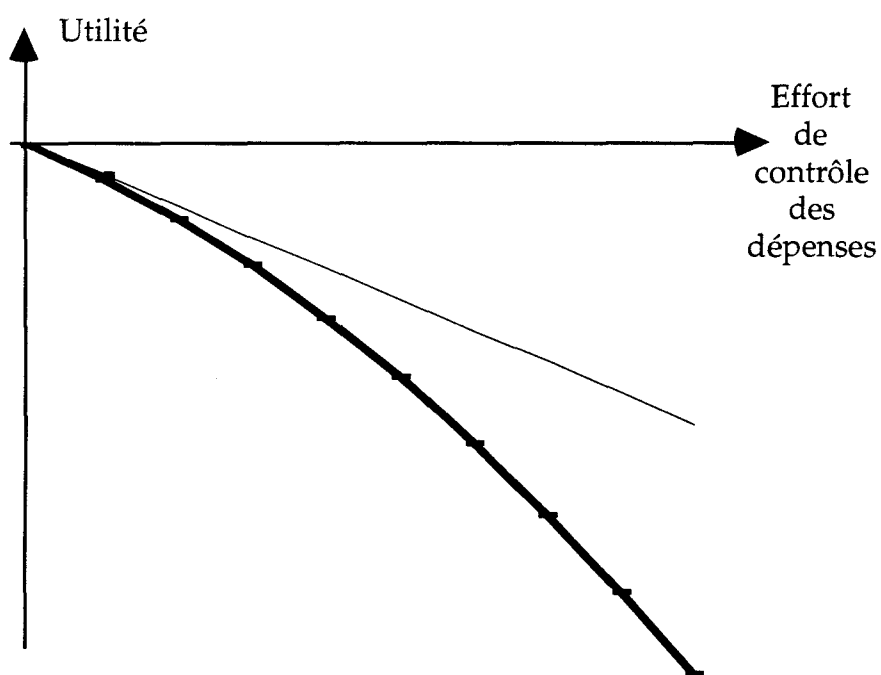


Schéma n° V-2 : Relation entre l'utilité et l'effort de contrôle.

De même, nous supposons que cette fonction d'utilité du service est décroissante avec la carence. Nous supposons ainsi que le personnel médical et infirmier est sensible à l'attente (par exemple) imposée aux patients, à l'inconfort qui résulte de l'obligation d'être réorienté vers un autre établissement. En ce sens, les responsables de services prennent indirectement en compte les intérêts des malades. Comme pour la variable précédente, nous supposons que la fonction est concave, c'est-à-dire que la désutilité marginale consécutive à la carence est algébriquement décroissante (croissante en valeur absolue) (voir schéma n° V-3). L'observation de la pratique semble ici soutenir cette hypothèse. Comme le confiait un médecin chef : "nous pouvons augmenter notre liste d'attente, mais il n'est pas question de faire comme en Grande-Bretagne, où les délais peuvent aller jusqu'à dix-huit mois".

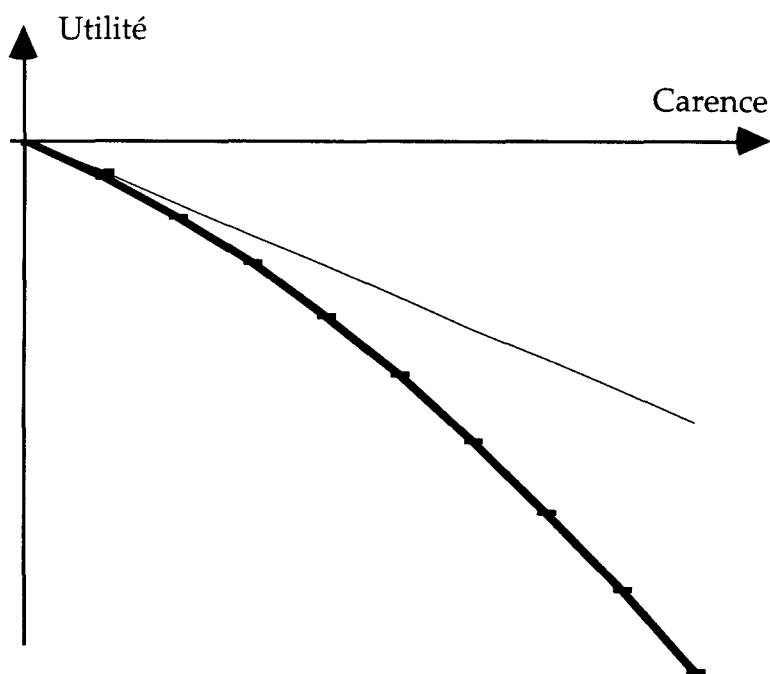


Schéma n° V-3 : Relation entre l'utilité et la carence.

Enfin, nous supposons que cette fonction d'utilité est croissante avec le montant d'activités nouvelles financé. Nous supposons que cette fonction n'est pas convexe. L'expérience paraît nous indiquer que l'on ne rencontre pas dans ce domaine des effets de seuil liés à la taille du projet financé. Ce serait le cas si avec un petit budget il était difficile d'entreprendre quelque chose d'intéressant, et si avec un gros budget il était possible de réaliser quelque chose de significatif. A l'inverse, notre observation semble supporter l'idée qu'on peut entreprendre le test de nouvelles thérapies sur un nombre limité de patients et augmenter progressivement le nombre de cas traités par la suite en fonction de l'accroissement des moyens obtenus. Ainsi, au CHRU de Lille, un service de chirurgie cardio-vasculaire demandait en 1993 le financement d'un seul ventricule para-corporel. Cette technique d'assistance circulatoire totalement nouvelle était envisagée au départ pour un seul patient. Une simple approximation linéaire nous apparaît tout à fait satisfaisante à ce stade de la modélisation (voir schéma n° V-4).

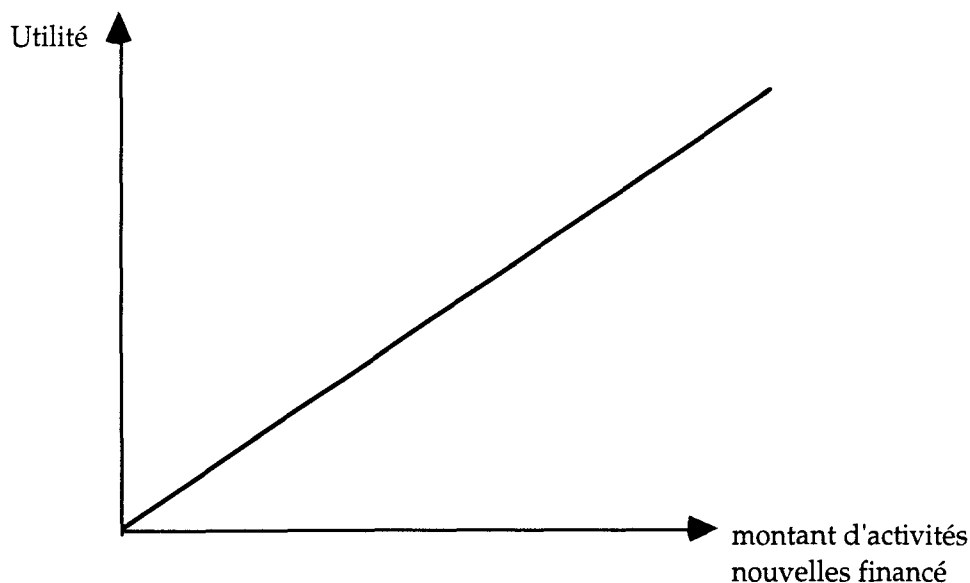


Schéma n° V-4 : Relation entre l'utilité et le montant d'activités nouvelles financé.

Par ailleurs, la carence en soins dépend du niveau de la demande de soins adressée au service, des dépenses réalisées et de l'effort de contrôle produit. Toutes choses étant égales par ailleurs, la carence est d'autant plus élevée que la demande est grande, d'autant plus faible que les dépenses et les efforts de contrôle sont importants. Ce point sera détaillé au paragraphe suivant.

Formellement, on peut donc résumer le problème au niveau d'un service j comme étant le choix : - d'un niveau de dépenses d_j parmi tous les niveaux possibles d_j' (appartenant à l'ensemble des possibles D_j), - d'un niveau d'effort de contrôle e_j parmi tous les niveaux possibles e_j' (appartenant à l'ensemble des possibles E_j), qui maximise l'utilité attendue $U_j(e_j', c_j(e_j', d_j', S_j), a_j)$, sachant que la demande de soins observée est S_j , que la carence provoquée est égale, vu les choix effectués, à c_j et que le montant attendu de financement pour les activités nouvelles est a_j .

$$\begin{aligned} d_j, e_j &\in \operatorname{Argmax} U_j(e_j', c_j(e_j', d_j', S_j), a_j) \\ d_j' &\in D_j \\ e_j' &\in E_j \\ \text{pour tout } S_j &\in \Gamma_j \end{aligned}$$

Les fonctions U_j et c_j , les ensembles D_j , E_j et Γ_j sont spécifiques à chaque service. Ils traduisent aussi bien leur spécificité technique que leurs caractéristiques organisationnelles et culturelles. Par exemple, le fait que le service soit dirigé par un médecin chef très friand d'innovations fait que les dérivées partielles de U_j par rapport à a_j sont élevées. La sensibilité est très forte. Un service au sein duquel une surveillante chef s'est beaucoup investie dans le contrôle des dépenses sera caractérisé par une fonction U_j dont les dérivées partielles par rapport à e_j' sont faiblement négatives. Ainsi, les solutions optimales obtenues comporteront une part d'effort importante. A l'opposé, un service qui marque un désintéret total pour

ces aspects de gestion sera caractérisé par une fonction d'utilité U_j aux dérivées partielles par rapport à e_j extrêmement négatives (à la limite, avec une pente tendant vers moins l'infini). A l'optimum, l'effort e_j retenu sera alors voisin de zéro.

Au plan culturel, on peut encore évoquer l'attitude des responsables d'un service par rapport à ce que nous avons appelé la carence. S'ils estiment que la mission du service public impose qu'il faut soigner d'abord, et ceci quel que soit l'impératif budgétaire, ils refusent toute solution qui conduit à produire moins de soins que ce qui est demandé. Les dérivées partielles de U_j par rapport à c_j sont alors extrêmement négatives. Ici, les spécificités des maladies traitées peuvent influencer aussi sur la valeur prise par ces dérivées partielles. Certaines interventions peuvent être programmées à l'avance et imposer un délai d'attente supplémentaire qui ne constitue pas nécessairement une gêne sensible pour les patients. Les dérivées partielles de U_j par rapport à c_j^1 sont alors faiblement négatives. Dans d'autres cas, l'urgence est absolue, l'hypothèse opposée doit alors être retenue.

2) Le sommet administratif.

Le second niveau de la modélisation concerne les décisions prises par le sommet administratif. Dans notre modèle séquentiel, cette décision concerne l'évaluation de la gestion des

¹ Ces dérivées partielles mesurent ce que nous appellerons l'aversion à la carence. Cette notion recouvre deux éléments : le fait que le médecin peut ou ne peut pas différer une intervention, et le fait qu'il veut ou ne veut pas. Nous n'avons pas distingué ces deux éléments car il eut fallu compliquer inutilement pour notre propos la modélisation .

services par la direction à la troisième période. Ici, il n'y a aucune décision d'attribution budgétaire, ceci a été fait initialement en première période. Il n'y a pas plus de décisions de financement d'activités nouvelles, ce sera fait à l'étape ultérieure. Le sommet administratif n'exerce aucune influence directe sur les décisions de consommation, elles ont été prises à l'étape précédente par les services eux-mêmes. Ici, le rôle du sommet administratif est de suivre les dépenses engagées et de s'informer sur les conditions d'activité. La seule production réalisée à ce stade est une production d'informations. Nous retrouvons ici un des caractères saillants de l'activité des directions d'établissements telle qu'elle nous est apparue au CHRU de Lille. Nous allons schématiser dans ce qui suit cette fonction d'évaluateur à travers la métaphore suivante.

Le sommet administratif attribue à chaque service une note en fonction de deux critères : - l'écart entre les dépenses réalisées et celles budgétées, - les difficultés d'exercice des activités appréciées à travers une estimation de la carence. En prenant en compte ces deux aspects, nous échappons à la caricature selon laquelle les administratifs ne sont concernés que par les seules données comptables. Ils savent bien qu'un service pourrait sans effort limiter ses consommations au budget autorisé en réduisant son activité au détriment des patients. La recherche d'indicateurs d'activité pour l'analyse des données budgétaires est bien un souci que nous avons rencontré au CHRU de Lille. Même si la notion de carence au sens où nous l'entendons n'y est pas directement présente, le fait que cette dernière dépende de la quantité de soins produits nous assure qu'elle est bien indirectement prise en compte dans ce cas.

L'objectif attribué à ce niveau au sommet administratif est plus délicat à modéliser. Nous estimons que l'un des objectifs essentiels d'une direction générale est de maintenir une intégration forte au sein de son établissement (voir chapitre III). Un des aspects

importants à traiter est de ne pas créer des sentiments d'injustice entre services. En quelque sorte, la rigueur doit être équitablement répartie en tenant compte d'une part des efforts de chacun, d'autre part des difficultés spécifiques rencontrées. Une fois encore, nous rappelons que nous nous situons postérieurement à la gestion stratégique. Les choix en ce domaine ont déjà été faits. Il s'agit uniquement d'apprécier l'évolution des dépenses courantes au vu des fluctuations inévitables d'activités qui ont été préalablement retenues, les segments stratégiques ont été choisis et le sommet administratif n'est pas là pour les remettre en cause.

Plus formellement, nous supposons que l'objectif du sommet administratif est de maximiser une mesure du niveau d'intégration de l'ensemble des services. Les variables de choix sont ici les notes accordées à chaque service. Toute surestimation et toute sous-estimation ont pour conséquence une dégradation de cette mesure d'intégration. Le sommet administratif se doit donc d'être équitable au vu des deux critères, carence (au sens de respect des engagements) et dépassement budgétaire. Si l'observation des dépenses s'effectue en certitude, il n'en va pas de même de celle de l'activité. Deux problèmes se posent à ce niveau. Premièrement, le montant des dépenses réalisées n'est pas nécessairement un bon indicateur de la production de soins. En effet, les dépenses dépendent aussi de l'effort de contrôle réalisé au sein du service. Un service qui a beaucoup dépensé peut toujours faire valoir qu'il a traité des cas difficiles et donc beaucoup produit, alors que dans la réalité il a surtout fait preuve de beaucoup de négligence. Deuxièmement, les responsables administratifs n'ont qu'une connaissance très indirecte de la demande de soins. Seuls les praticiens connaissent le nombre de patients réorientés et l'état de leur liste d'attente. La carence a été définie comme la différence entre la demande et la production de soins. Nous voyons que pour ces deux éléments constitutifs, le sommet administratif ne dispose que d'une information imparfaite. Aussi nous supposons que la note attribuée à

un service est fonction du niveau des dépenses directement observées et d'un indicateur imparfait de la carence. L'erreur d'appréciation pour ce second terme est fonction du système d'information mis en oeuvre par l'administration. Notons à ce stade que la qualité de ce système d'information tient compte à la fois de facteurs techniques (caractère plus ou moins sophistiqué des activités réalisées) et de facteurs organisationnels. Ainsi plus les réseaux de confiance diagonale sont développés, plus la qualité de l'information obtenue est supérieure.

Connaissant l'incertitude qui pèse sur son appréciation de l'activité des services, le sommet administratif a dans ce modèle pour objectif de maximiser l'espérance de sa mesure d'intégration. Nous sommes ainsi conduits à utiliser la notion de probabilité subjective d'occurrence du signal bruité de carence, conditionnellement à la véritable carence non observée et au système d'information mis en place auprès du service concerné.

L'expression de probabilité subjective conditionnelle peut apparaître quelque peu hermétique. Afin d'explicitier notre pensée, nous proposons le complément suivant. En première période, avant même de devoir interpréter la valeur prise par le signal observé, l'évaluateur détermine la fiabilité de son système d'information. Concrètement, ce dernier est composé de différentes statistiques, de communications diverses formelles ou informelles. Nous supposons que le sommet administratif est capable de réaliser le travail suivant. A priori et de manière subjective, il peut dire pour chaque niveau de carence possible quelle est la probabilité qu'un signal puisse prendre une modalité donnée. Imaginons un signal très imparfait comme le nombre de récriminations d'un chef de service sur la longueur de sa liste d'attente. Le responsable administratif peut ainsi postuler que si la carence est faible, la probabilité d'obtenir un nombre de récriminations élevé est égale à, par exemple, 10 % et la probabilité d'obtenir un nombre faible de récriminations est égale à 90 %. De même, il peut postuler que si la carence est forte, la probabilité

d'obtenir un nombre élevé de récriminations est, par exemple, de 80 % et un nombre faible de récriminations de 20 %. Ces différentes probabilités sont bien conditionnelles à la véritable valeur prise par la carence et au système d'information considéré (ici, le nombre de récriminations). Dans le cas particulier où le signal est parfait, ces probabilités subjectives sont égales soit à 100 %, soit à 0 %. Elles décrivent ainsi l'efficacité du système d'information considéré, telle qu'elle est perçue a priori par son utilisateur.

Très formellement, nous résumons cette partie de notre modèle par l'expression suivante :

$$N_j(x_j, d_j) \in \operatorname{Argmax} \sum h_j \left\{ \int I_j [N_j'(x_j, d_j), x_j, d_j] \cdot \theta_j(x_j | c_j, \Theta_j) \cdot dx_j \right\}$$

avec $N_j'(x_j, d_j) \in N$

N_j est la note optimale choisie parmi toutes les notes N_j' envisageables pour le service j et appartenant à l'ensemble des notes possibles N . Ces notes sont fonction des dépenses réalisées par le service d_j et d'un signal observé de carence x_j . θ_j est la fonction de distribution de probabilités associées à la variable x_j , conditionnellement à la valeur prix par la variable de carence c_j non directement observable et au système d'information Θ_j mis en place par le sommet administratif auprès du service j concerné. Par ailleurs, le coefficient h_j mesure le poids accordé au service j par le sommet administratif dans son estimation globale de l'intégration. Ainsi un service isolé et marginal pourrait se voir attribuer un coefficient h_j très faible. Enfin, la fonction I_j mesure l'équité de la note attribuée en fonction des caractéristiques observées du service.

Au sein de ce modèle, le choix du système d'information comme d'ailleurs celui du budget alloué au service est antérieur à cette troisième étape. A ce stade, il est trop tard pour la direction administrative de décider d'investir pour améliorer sa connaissance de l'activité d'un service particulier. Ainsi les systèmes d'information Θ_j

sont donnés de manière exogène. Nous justifions cette hypothèse par le fait que la mise en place d'un tel système d'information est longue et coûteuse. Si nous nous référons par exemple à la notion de confiance diagonale que nous avons développée au chapitre précédent, il est clair que cet "actif "ne peut pas être instantanément accumulé. Ceci ne signifie pas pour autant que l'hôpital ne peut pas faire évoluer son système d'information, nous supposons seulement que cette décision doit être prise antérieurement et au plus tard au cours de la première période. Supposer à l'opposé que le système d'information puisse être modifié en période 3 implique que le sommet administratif ait pour politique de s'engager dans des expertises en fonction des signaux observés. La modélisation d'une telle activité de contrôle excède les limites de notre travail, bien qu'assurément elle puisse être l'objet de recherches ultérieures. En revanche, nous étudierons par la suite au chapitre VI les effets de choix différents en matière de système d'information, mais dès la première période. Cette hypothèse nous semble adaptée au vu des observations pratiquées au CHRU de Lille. En effet, les décisions de mise en oeuvre d'indicateurs d'activité ont toujours été prises préalablement à la réalisation du suivi budgétaire. Nous n'avons pas rencontré d'initiatives de la forme de celle que nous évoquions précédemment et que nous avons laissée de côté.

A titre d'illustration, supposons que le signal x_j observé par le sommet administratif soit une statistique non biaisée de la véritable carence non connue de lui. En d'autres termes, les observations de la direction sont en moyenne correctes ou $E(x_j | c_j, \Theta_j) = c_j$. Les distributions de probabilités associées à deux systèmes d'information différents Θ_j et Θ'_j peuvent se présenter comme au schéma n° V-5.

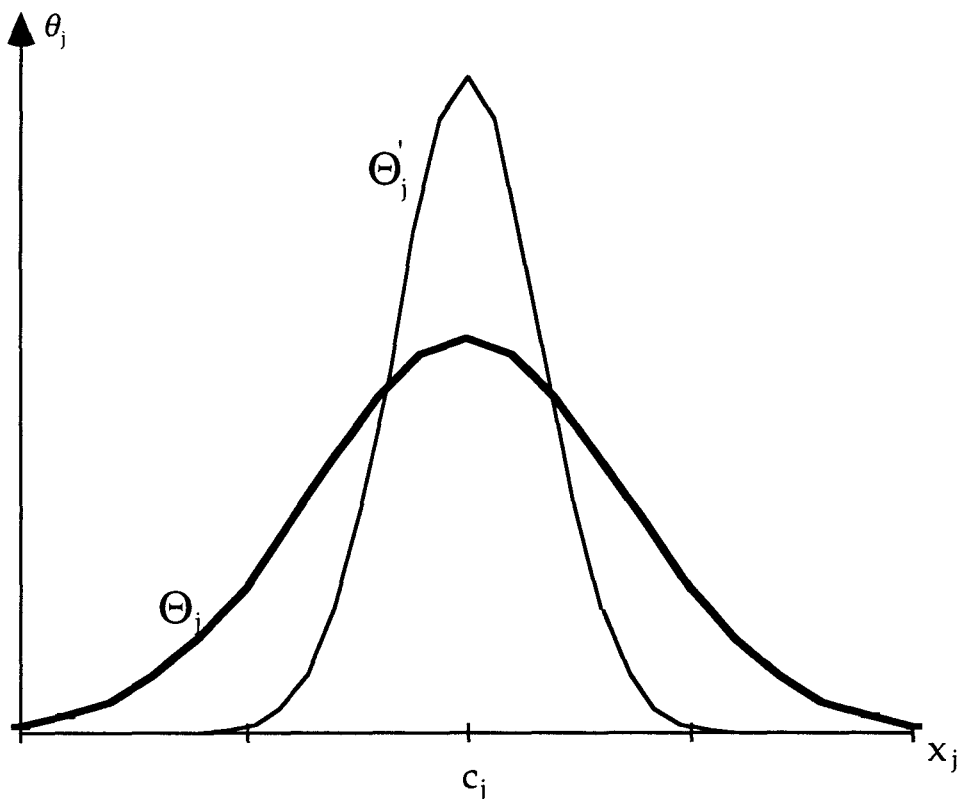


Schéma n° V-5 : Précision des systèmes d'information mesurant la carence pour le sommet administratif.

A l'évidence, le système Θ'_j apparaît plus précis que le système Θ_j . Les erreurs d'estimation sont en effet plus faibles. C'est ainsi que nous étudierons par la suite les effets de choix différents en matière de système d'information sur l'activité. Bien évidemment, les systèmes les plus précis ne sont pas toujours ceux retenus, soit parce qu'ils sont trop onéreux à mettre en oeuvre ou tout simplement impraticables.

3) La commission médico-administrative.

La quatrième et dernière période de notre modèle concerne l'attribution des financements pour la réalisation des activités nouvelles. Cette phase dont le traitement est particulièrement original au CHRU de Lille joue un rôle fondamental pour dessiner un mécanisme d'incitation dans ce processus de contrôle. Comme nous l'avons vu précédemment, le montant des activités nouvelles financé est un élément de satisfaction important pour les services. Nous allons au sein de ce modèle conjuguer deux logiques pour la répartition de ces moyens.

D'une part, il faut tenir compte de l'intérêt scientifique et médical des projets proposés et ceci pour deux raisons au moins. La première est d'ordre micro-économique. Il est logique de supposer que plus l'intérêt scientifique et médical est grand, plus est importante la satisfaction retirée par le service concerné. La seconde est d'ordre macro-économique. Il semble légitime de s'assurer que les financements publics soient utilisés de manière efficace lorsqu'il s'agit d'innover. L'appréciation de l'intérêt médical et scientifique ne peut être réalisée que par les professionnels eux-mêmes. Cependant, il n'est pas possible à la direction générale de s'en remettre à chaque service pour coter ses propres projets. A l'évidence, des difficultés tenant au risque moral ne manqueraient pas de se manifester. Dans un premier temps, chacun s'engagerait à fournir une appréciation honnête de ses projets afin de participer au jeu. Dans un second temps, chacun surestimerait ses propres projets afin d'augmenter la probabilité d'obtenir leur financement. Une solution à ce problème est de s'en remettre à l'avis d'un collège réduit de professionnels. C'est la solution retenue à Lille dans le cadre de la commission médico-administrative. Cette organisation présente cependant une difficulté. Les domaines de

la médecine hospitalière sont très variés et un collège réduit peut difficilement prétendre disposer des expertises nécessaires pour apprécier la totalité des propositions adressées. C'est d'ailleurs l'une des réserves que nous avons relevée dans le cadre de notre analyse clinique. Nous allons supposer à ce stade que les professionnels ne peuvent produire qu'une estimation bruitée de la qualité vraie des projets. Nous retrouvons une fois encore un problème difficilement contournable d'information imparfaite.

D'autre part, le sommet administratif a aussi son mot à dire dans l'administration de ces fonds. Il n'est point illogique de penser qu'il vaut mieux encourager le développement des services qui manifestent déjà le plus grand souci de bien utiliser les fonds publics et d'assurer au mieux la production de soins au vu de la demande manifestée. Un hôpital n'est jamais unique et si une activité nouvelle n'y est pas développée, elle pourrait toujours l'être dans un établissement voisin. Dans la conjoncture actuelle, il est donc raisonnable de favoriser les développements là où les conditions de bonne gestion sont les meilleures. La direction a donc aussi son mot à dire dans l'attribution de ces crédits et elle est amenée à pénaliser à ce stade les services qu'elle a par ailleurs mal notés.

Nous avons modélisé ces deux aspects à travers le comportement d'une autorité mixte unique qui attribue les financements pour les activités nouvelles au vu d'une part, de leur qualité scientifique et médicale estimée, d'autre part de l'évaluation administrative apportée par l'équipe de direction. L'utilité retirée par la commission médico-administrative est une fonction de trois variables : les montants financés par service, la qualité moyenne des projets par service et une note administrative par service. Comme la qualité scientifique et médicale est appréciée avec une marge d'erreur, l'objectif est ici encore de maximiser l'espérance d'utilité retirée des fonds alloués à chaque service. Comme il s'agit de procéder à une

allocation efficiente des budgets à travers tous les services de l'hôpital, nous supposons que la commission cherche à maximiser une somme pondérée des espérances d'utilité par service. Ceci nous permet de nous assurer qu'il n'est pas possible d'augmenter la satisfaction retirée d'un service sans diminuer celle d'un autre. Cette allocation de ressources doit tenir compte des contraintes globales de financement. Formellement, on peut résumer cette partie du modèle proposé à travers l'expression suivante :

$$\begin{aligned} & \text{Max}_{a_j} \sum k_j \left[\int G_j(a_j, y_j, N_j(x_j, d_j)) \cdot \varphi_j(y_j \mid a_{1j}, x_j, d_j, \eta_j) \cdot dy_j \right] \\ & N_j \in N \qquad \qquad \qquad \text{sous contrainte} \quad \sum a_j \leq \bar{A} \\ & a_j \in A_j \\ & d_j \in D_j \\ & e_j \in E_j \end{aligned}$$

G_j est la fonction qui mesure la satisfaction retirée d'un financement d'activités nouvelles pour le service j égal à un montant a_j lorsque la qualité scientifique et médicale moyenne est estimée à y_j et que la note administrative du service est N_j . φ_j est la distribution de probabilités subjectives attribuées par la commission à la variable y_j observée, conditionnellement à la vraie qualité a_{1j} non observable, au signal x_j (information connue du sommet administratif et partagée avec l'ensemble de la commission), aux dépenses réalisées par le service d_j et au système d'information η_j propre aux médecins de la commission pour évaluer la qualité scientifique et médicale des projets. Le paramètre k_j représente l'importance relative accordée par la commission au service j concerné. On peut faire ici l'hypothèse que, par exemple, il traduit les choix de stratégie globale de l'établissement. Les secteurs prioritaires se voient alors attribuer des poids k_j plus importants que d'autres. C'est en ce sens que le dispositif de contrôle de gestion peut trouver son articulation avec la démarche stratégique. Enfin, \bar{A} représente la dotation globale à distribuer.

Il est important de bien remarquer que la solution de ce troisième problème d'optimisation fournit, avec celle du deuxième, la fonction de réponse et donc de motivation qui est prise en compte par les services dans leurs décisions de gestion courante. En effet, c'est ainsi que les montants de financement d'activités nouvelles, gratifiantes pour eux, deviennent fonction des efforts de contrôle qu'ils produisent et des dépenses qu'ils engagent. Ils savent que s'ils augmentent inconsidérément leurs dépenses, le sommet administratif diminuera leur évaluation et ils s'en trouveront pénalisés au niveau de la commission médico-administrative. Ils ne peuvent pas pour autant limiter leurs dépenses en réduisant leur production de soins. Si tel était le cas, ils affecteraient négativement à travers la carence la note qu'ils peuvent espérer. De même, le montant des activités nouvelles financé en serait affecté. Ils semblent donc partiellement contraints à fournir un effort de contrôle des dépenses. Le problème est cependant compliqué par la présence de nombreuses sources d'incertitude : incertitude sur la demande effective de soins, imprécision de l'estimation de la carence par l'administration, imprécision de l'appréciation de la qualité des projets d'activités nouvelles par la commission.

Nous avons donc formulé notre modèle, où se mêlent à la fois des problèmes d'incitation et des problèmes de partage de risque, à la façon des modèles d'agence. Les décisions prises par les uns satisfont leur égoïsme mais elles anticipent aussi les réactions des autres. La structure du modèle apparaît quelque peu plus compliquée que celle d'un modèle d'agence classique. Cela tient aux spécificités de la structure organisationnelle de l'hôpital public et de l'activité réalisée. Pour résumer, nous présentons au tableau n° V-1 un récapitulatif de notre modèle, avec en rappel la présentation faite par Baiman (1982) des modèles d'agence.

RÉCAPITULATIF DE NOTRE MODÈLE.

- La commission médico-administrative.

$$\text{Max}_{a_j} \sum k_j \left[\int G_j(a_j, y_j, N_j(x_j, d_j)) \cdot \varphi_j(y_j | a_{1j}, x_j, d_j, \eta_j) \cdot dy_j \right]$$

$$N_j \in N \quad \text{sous contrainte} \quad \sum a_j \leq \bar{A}$$

$$a_j \in A_j$$

$$d_j \in D_j$$

$$e_j \in E_j$$

- Le sommet administratif.

$$N_j(x_j, d_j) \in \text{Argmax} \sum h_j \left\{ \int I_j [N_j'(x_j, d_j), x_j, d_j] \cdot \theta_j(x_j | c_j, \Theta_j) \cdot dx_j \right\}$$

$$\text{avec } N_j'(x_j, d_j) \in N$$

sous contrainte, \forall le service opérationnel j :

- Le service opérationnel.

$$d_j, e_j \in \text{Argmax} U_j[e_j', c_j(e_j', d_j', S_j), a_j]$$

$$d_j' \in D_j$$

$$e_j' \in E_j$$

$$\text{pour tout } S_j \in \Gamma_j$$

PRÉSENTATION DES MODÈLES D'AGENCE FAITE PAR BAIMAN (1982)

$$\text{Max} \iint G(x - I(y)) \cdot \varphi(x, y | e, \eta) \cdot dx \cdot dy$$

$$\eta \in \Xi$$

$$I(\cdot) \in I$$

$$\underline{e} \in E$$

$$\text{sous la condition : } \int U(I(y), e) \cdot \varphi(y | e, \eta) \cdot dy \geq K$$

$$e \in \text{Argmax} \left[\int U(I(y), e') \cdot \varphi(y | e', \eta) \cdot dy \right]$$

$$\underline{e}' \in E$$

Tableau n° V-1.

II - LA FONCTION DE COÛTS.

Nous rappelons ici que les coûts que nous allons considérer sont ceux qui font l'objet éventuellement d'une décentralisation. Il s'agit de dépenses maîtrisables par les services eux-mêmes, correspondant aux consommations de médicaments, petit matériel médical, fournitures diverses et le cas échéant les actes de radiologie et de laboratoire (ces derniers ne sont pas encore décentralisés au CHRU de Lille mais font l'objet d'une étude préalable). Nous laissons donc de côté les charges de personnel, même si elles sont très importantes, parce qu'elles sont très largement fixes et indépendantes des variations d'activité des services.

Nous faisons l'hypothèse que ces dépenses directement maîtrisables par un service peuvent être décomposées en deux parties. La première $d^*(P)$ est strictement justifiée par la production de soins réalisée (P) dans des conditions d'efficacité maximale. La seconde $d^s(e,P)$ correspond à des suppléments non nécessaires et qui ne peuvent être réduits qu'à travers un effort de contrôle e . Cette dernière quantité peut être comprise comme une estimation du gaspillage au sens le plus large. La fonction $d^s(e,P)$ est bien évidemment décroissante avec e . Les dépenses totales effectuées par le service sont égales à la somme : $d^*(P) + d^s(e,P) = d(P)$. Seul le montant $d(P)$ est connu de l'administration.

Pour plus de simplification, nous utilisons par la suite deux hypothèses restrictives supplémentaires. La première concerne la fonction $d^*(P)$. Nous faisons l'hypothèse qu'à l'intérieur du domaine étudié de la production ($\underline{P} < P < \bar{P}$), la fonction $d^*(P)$ est linéaire : $d^*(P) = d_1 \times P$. Nous admettons ainsi que pour ces lignes de dépenses, il n'existe aucune économie d'échelle. Ceci peut apparaître plausible.

Dans le cas où tout gaspillage est éliminé, soigner deux malades identiques nécessite deux fois plus de médicaments, par exemple, qu'en soigner un seul. La seconde hypothèse est relative à la fonction $d^s(e,P)$.

Nous supposons d'une part que dans le domaine de la production étudiée ($\underline{P} < P < \bar{P}$), ces dépenses supplémentaires sont indépendantes du niveau de la production : $d^s(e,P) = d^s(e)$. Le gaspillage est un phénomène ici structurel qui ne peut être éliminé que par un effort consenti par le personnel. Pour un niveau d'effort donné, les variations d'activité n'ont pas d'influence sur le niveau de gaspillage. Son montant n'est pas affecté par les variations conjoncturelles de l'activité dans un intervalle donné. Il est plutôt supposé ici dépendant du personnel travaillant dans le service. Il s'agit bien d'un effort de contrôle du personnel. La fréquence d'occurrence d'un acte de gaspillage est ici supposée proportionnelle au temps de travail du personnel qui est lui-même indépendant du nombre de patients traités, du moins pour le domaine de production considéré. Par exemple, le nombre d'articles stérilisés ouverts par erreur et donc à jeter sans utilisation dépend de l'inattention de l'infirmier. L'occurrence de ce phénomène parfaitement aléatoire est supposée indépendante du niveau d'activité. Le gaspillage est pour nous lié à l'inattention, en quelque sorte au "ras le bol" quotidien qui fait qu'à un moment donné on ne fait pas l'effort qu'on aurait pu faire. Les réductions de dépenses provenant de décisions formalisées (par exemple, utiliser tel médicament plutôt que tel autre pour diminuer le coût) sont prises antérieurement, elles affectent le coefficient des dépenses incompressibles d_1 , et n'ont pas d'effet sur ce que nous appelons ici le gaspillage quotidien.

D'autre part, la fonction $d^s(e)$ est supposée linéaire et de la forme : $d^s(e) = d_1^s - d_2^s e$ pour tout effort e compris dans l'intervalle :

$\underline{e} < e < \bar{e}$ (la condition $\bar{e} \leq \frac{d_1^s}{d_2^s}$ doit toujours être satisfaite pour éviter que $d^s(e)$ prenne des valeurs négatives). Le coefficient d_1^s mesure en quelque sorte le gaspillage spontané. Le coefficient d_2^s traduit la réduction de gaspillage par unité d'effort. C'est donc une mesure d'efficacité de l'effort de maîtrise des dépenses. Les valeurs prises par la variable d'effort sont bornées supérieurement. On peut supposer en effet que l'énergie ou le temps consacré à cet objet ont une limite pour un personnel médical et soignant qui ne manque jamais de rappeler que son objectif premier est de soigner. La borne inférieure de l'effort (e) peut être égale à zéro, elle correspond alors au laxisme maximal.

En résumé, les dépenses maîtrisables d sont égales à : $d_1 P + d_1^s - d_2^s e$. Les dépenses se décomposent ainsi : - en celles indispensables à la production de soins, - le "gâchis spontané", - et les économies provenant des efforts de contrôle. Comme cette relation ne vaut que pour le domaine $\underline{P} < P < \bar{P}$, il est facile d'en déduire que les valeurs possibles de d appartiennent à l'intervalle :

$$\underline{d} \leq d \leq \bar{d}$$

avec $\underline{d} = d_1 \underline{P} + d_1^s - d_2^s \bar{e}$
 et $\bar{d} = d_1 \bar{P} + d_1^s - d_2^s \underline{e}$.

Comme $d = d_1 P + d_1^s - d_2^s e$, il est facile d'exprimer la production en fonction des dépenses totales et de l'effort de contrôle :

$$P = \frac{1}{d_1} [d - d_1^s + d_2^s e]$$

ou encore $P = -\frac{d_1^s}{d_1} + \frac{1}{d_1} d + \frac{d_2^s}{d_1} e$.

Cette dernière relation se présente comme une fonction de production, mais l'analogie doit rester ici limitée. Si le montant des

dépenses d peut correspondre à un facteur de production, la variable e ne joue qu'un rôle indirect pour augmenter l'efficacité. Il ne doit y avoir aucune confusion sur sa signification. Elle ne mesure ni une quantité de travail fourni, ni une intensité d'effort dans la production de soins. Ce n'est donc pas un input au sens strict du terme. C'est pour cette raison que nous n'avons pas eu recours à des formes classiques de fonction de production comme les Cobb-Douglas ou CES (Constant Elasticity of Scale). Pour plus de simplicité, nous utilisons par la suite une équation de la forme :

$$P(d,e) = P_0 + P_1d + P_2e$$

en posant $P_0 = -\frac{d_1^s}{d_1}$, $P_1 = \frac{1}{d_1}$ et $P_2 = \frac{d_2^s}{d_1}$.

Cette relation indique simplement qu'en maintenant l'effort de contrôle constant, toute augmentation des dépenses permet un accroissement de la production. De même, en maintenant le montant des dépenses stable, tout accroissement de l'effort de contrôle permet de faire face à une production plus élevée.

Pour finir, nous utilisons comme mesure de la variable carence la différence normée entre la demande de soins et la production réalisée. Nous avons indiqué précédemment que la demande de soins S est la somme de deux termes : la demande moyenne attendue S_0 qui ne dépend que des choix stratégiques préalablement réalisés et d'une composante aléatoire ΔS qui traduit les variations imprévisibles. Afin d'exprimer la carence sous la forme d'un ratio indépendant du niveau d'activité du service, nous utilisons la mesure suivante :

$$c = \frac{S_0 + \Delta S - P(e,d)}{S_0}$$

En remplaçant $P(e,d)$ par son expression précédente, on obtient :

$$c = \frac{S_0 + \Delta S - P_0 - P_1 d - P_2 e}{S_0}$$

ou encore : $c = s - p_1 d - p_2 e$

$$s = 1 + \frac{\Delta S}{S_0} - \frac{P_0}{S_0}$$

avec : $p_1 = \frac{P_1}{S_0}$

$$p_2 = \frac{P_2}{S_0}$$

En conclusion, dans les développements qui suivent, la carence apparaît sous la forme d'une fonction linéaire de d , de e , et d'une variable aléatoire s . L'espérance mathématique de s est égale à $1 - \frac{P_0}{S_0}$.

III - LES DÉCISIONS EN MATIÈRE DE CONTRÔLE.

A partir de la fonction de coûts exposée précédemment, nous allons développer une forme particulière du modèle général présenté au premier paragraphe. Pour ce faire, nous allons proposer des expressions particulières des différentes fonctions d'utilité ou d'intégration. Les résultats que nous allons obtenir ne peuvent être tenus que comme illustratifs. Mais la perte de généralité est compensée par l'avantage que procure la possibilité d'obtenir des solutions analytiques qui vont nous permettre par la suite de procéder à des analyses de statique comparative. Nous allons successivement aborder

les trois phases du problème en commençant par l'étude de la décision la plus éloignée, celle prise par la commission médico-administrative, pour revenir progressivement vers la décision la plus proche, celle prise par le service. Cette manière de procéder est justifiée par l'hypothèse selon laquelle les services prennent leurs décisions en anticipant rationnellement les réponses du sommet administratif et de la commission médico-administrative. L'étude des deux dernières étapes permet ainsi d'exprimer cette fonction de réponse.

1) Le problème de la commission médico-administrative (CMA) en quatrième période.

Nous proposons de retenir la forme suivante du problème d'optimisation rencontré par la CMA :

$$\begin{aligned} \text{Max}_{a_j} G = & \sum_j k_j \left[\int a_{1j} a_j y_j \varphi(y_j) dy_j - \int N(x_j, d_j) a_j^2 \frac{a_{1j} y_j}{2A_j} \varphi(y_j) dy_j \right] \\ & - \text{Max}(0; R(\Sigma a_j - \bar{A})) \end{aligned}$$

avec $a_j \leq A_j$.

Nous supposons ici que seuls les services ont l'expertise pour apprécier correctement la qualité scientifique et médicale de leurs projets d'activités nouvelles. Comme nous l'avons indiqué précédemment, l'utilité d'un montant a_j dépensé à ce titre dans le cadre d'un service j est linéaire et estimée par le produit a_{1j} et a_j . Il ne nous apparaît pas ici raisonnable de considérer que cet intérêt scientifique et médical puisse

être rationnellement évalué de manière différente par d'autres professionnels opérant dans d'autres champs d'activité. Cependant, pour des raisons évidentes de risque moral, cette information ne peut pas être communiquée directement par le service j à la CMA. Cette dernière ne peut procéder qu'à une estimation de ce paramètre caché. Son estimation est égale ici au produit $a_{1j} a_j y_j$, où y_j est un terme d'erreur, d'espérance mathématique égale à 1 et d'écart type égal à σ_{y_j} . La distribution de probabilités de la variable aléatoire y_j est donnée par la fonction $\varphi(y_j)$. En conclusion, l'espérance d'utilité d'un montant a_j accordé à un service j est mesurée par les professionnels de la CMA par l'expression :

$$\int a_{1j} a_j y_j \varphi(y_j) dy_j = a_{1j} a_j.$$

La CMA est bicéphale et elle tient compte également dans son jugement de la "notation administrative" accordée aux services. Cette note intervient dans l'expression précédente à travers la variable $N(x_j, d_j)$. Nous supposons un peu plus tard que cette dernière est strictement positive. Comme elle intervient à l'intérieur d'un terme de pénalisation, elle prend sa valeur la plus petite dans le meilleur des cas (pas de pénalisation) et sa valeur la plus élevée dans le plus mauvais cas (pénalisation maximale). Par ailleurs, il nous a semblé plus vraisemblable que cette pénalisation rende concave l'espérance d'utilité provenant d'un service. Nous entendons par cela le fait que la pénalisation augmente marginalement d'autant plus que, pour une note donnée, les enjeux sont importants. Ainsi, cette pénalisation est supposée égale au produit $N(x_j, d_j) a_j^2 \frac{a_{1j} y_j}{2A_j}$. Nous supposons aussi que

les administratifs prennent à ce stade connaissance de l'estimation de la qualité des projets faite par les professionnels ($a_{1j} y_j$) et qu'ils l'associent à l'importance budgétaire (A_j) des projets d'activités nouvelles présentés par les services. La "note administrative" est ainsi

pondérée par la richesse relativement à la qualité des projets du service $\left(\frac{A_j}{a_{1j} y_j}\right)$. On ne peut pas trop tailler dans des budgets a priori restreints.

Mais l'importance du budget doit être appréciée relativement à la qualité du projet et cette dernière ne peut pas être connue avant la quatrième époque par les administratifs puisque c'est une information que les professionnels vont leur faire partager. En termes d'espérance mathématique, cette quantité est égale à :

$$-\int N(x_j, d_j) a_j^2 \frac{a_{1j} y_j}{2A_j} \varphi(y_j) dy_j = -N(x_j, d_j) a_j^2 \frac{a_{1j}}{2A_j}.$$

Au total, l'objectif est de maximiser une somme pondérée de ces utilités espérées nettes de pénalisation par service. Le paramètre k_j mesure le poids accordé par la CMA au service en question. Le dernier terme : $\text{Max}(0; R(\Sigma a_j - \bar{A}))$ exprime l'impact de la contrainte budgétaire. Si la somme totale \bar{A} (budget consacré aux activités nouvelles) n'est pas distribuée en totalité, son impact est nul. Si de manière plus vraisemblable, la somme initialement prévue \bar{A} s'avère insuffisante, l'établissement devra rechercher des ressources complémentaires. Nous supposons que le coût associé à cette négociation exceptionnelle est égal à R par unité de fonds. Concrètement, l'origine de ces ressources exceptionnelles peut être très diverse : économies supplémentaires réalisées dans le domaine hôtelier, rallonge chaudement négociée auprès de la tutelle, etc...

Dans la mesure où la fonction G est concave en a_j , les conditions de premier ordre suffisent pour nous garantir de l'existence d'un maximum. Ces dernières s'écrivent de la manière suivante :

$$\frac{\partial G}{\partial a_j} = k_j \left[a_{1j} - 2N(x_j, d_j) a_j \frac{a_{1j}}{2A_j} \right] - R = 0$$

ou

$$k_j \left[a_{1j} - 2N(x_j, d_j) a_j \frac{a_{1j}}{2A_j} \right] = 0$$

Il apparaît ici que l'écart type de la variable aléatoire y_j n'intervient pas dans ces expressions. La raison en est simple. Dans la mesure où la fonction d'utilité est linéaire, les professionnels manifestent une neutralité au risque vis-à-vis des erreurs d'estimation sur la qualité de leurs projets d'activités nouvelles. Rappelons que nous avons justifié notre choix en matière de fonction d'utilité par le fait que les activités nouvelles sont le plus souvent fragmentables. Le fait de pouvoir traiter un cas supplémentaire quand on a déjà pu en traiter un très petit nombre n'apporte pas plus de satisfaction que de pouvoir traiter un cas supplémentaire quand on a déjà pu en traiter un nombre plus important.

En omettant pour tout ce qui suit l'indice j désignant le service concerné, puisque le résultat vaut pour tous les services, le montant a alloué à un service est alors égal à la quantité suivante :

$$a = \frac{y_R}{N(x, d)} A$$

$$\text{avec } y_R = 1 - \frac{R}{ka_1} \quad \text{ou} \quad y_R = 1$$

A partir de cette expression, il est facile de mettre en évidence les propriétés suivantes : - plus la note est favorable (N faible), plus le montant obtenu est élevé, - plus le coût d'obtention de ressources exceptionnelles (R) est important, plus petit est le montant accordé, - plus le service occupe une place marginale (k petit), plus faible est le montant accordé, - plus grande est la qualité moyenne des projets, plus

la pénalisation est faible. Nous avons donc obtenu une relation entre le montant de financement des projets d'activités nouvelles (élément gratifiant pour le service) et l'évaluation administrative. Il nous faut maintenant relier cette évaluation administrative aux termes de carence et de dépassement budgétaire.

2) Le problème du sommet administratif en troisième période.

A ce stade, nous supposons que l'objectif du sommet administratif est d'être le plus équitable possible. Nous voulons dire par cela que l'évaluation qu'il va fournir doit à la fois rendre compte de toute l'information dont il dispose sur les services (- montant des dépenses réalisées et budget initialement accordé, - estimation à partir de ses propres informations de la carence) et de son propre système de valeurs (- importance relative qu'il porte à la carence et au dépassement budgétaire). Rappelons qu'il ne peut pas observer directement les efforts de contrôle des dépenses réalisés par les services pour les pénaliser ou les récompenser. Ce n'est qu'indirectement et imparfaitement qu'il peut en tenir compte à travers ses estimations de carence et de dépassement budgétaire.

Afin de maintenir un haut niveau d'intégration dans l'établissement, le sommet administratif (SA) doit produire une évaluation qui soit clairement reliée à des données admissibles par tous. Ainsi, la règle du jeu étant connue, les conséquences du mécanisme d'incitation mis en place sont plus volontiers admises. Nous supposons que le SA dispose d'une estimation x_j de la carence propre à un service j . Il connaît exactement, par ailleurs, le

dépassement budgétaire éventuel de ce même service : $\text{Max}[0; d_j - b_j]$.
 A partir de ces deux éléments qui constituent une information connue de tous, apparaît une évaluation "méritée" : $\text{EM}(x_j, \text{Max}[0; d_j - b_j])$.
 Nous supposons que plus les notes attribuées à chaque service divergent de ces évaluations "méritées", plus est détérioré le niveau d'intégration. Plus formellement, nous écrivons la fonction objectif du SA comme :

$$\text{Max}_{N_j} \left[I_0 - \left(N_j - \text{EM}(x_j, \text{Max}(0; d_j - b_j)) \right)^2 \right]$$

La solution évidente à ce problème est de fixer $N_j = \text{EM}(x_j, \text{Max}(0; d_j - b_j))$. L'évaluation est ainsi non biaisée. Afin de poursuivre l'élaboration de ce modèle et d'obtenir une solution analytique, nous allons étudier le cas particulier suivant :

$$\text{EM}(x_j, \text{Max}(0; d_j - b_j)) = \frac{I_2}{I_2 - x_j^2 - I_1 (\text{Max}(0; d_j - b_j))^2}$$

Cette fonction, il est vrai, n'a aucune justification théorique, mais sa forme apparaît attrayante d'un point de vue pratique. Lorsque la carence et le dépassement budgétaire sont nuls, elle vaut 1 et il n'y a donc aucune pénalisation. En revanche, quand la carence et le dépassement budgétaire se manifestent, cette fonction augmente très rapidement et la pénalisation est de plus en plus forte, puisque ces deux termes interviennent à travers leurs carrés.

En omettant les indices j , puisque la relation vaut pour tous les services, il s'en suit l'égalité suivante :

$$\frac{1}{N(x, d)} = 1 - \frac{x^2 + I_1 (\text{Max}(0; d - b))^2}{I_2}$$

Notons que si la valeur maximale de la carence observée est égale à \bar{x} et si $(\bar{d} - b)$ représente le dépassement budgétaire maximum, alors on peut choisir une valeur pour le paramètre $I_2 = \bar{x}^2 + I_1[\bar{d} - b]^2$. La fonction de notation que nous proposons a la double caractéristique suivante. Quand le seuil d'analyse budgétaire est très bas, le poids relatif donné au dépassement budgétaire est très important, relativement à celui accordé à la carence. Dans ce cas, le SA devient presque exclusivement intéressé par le seul aspect budgétaire. A l'opposé, quand le seuil d'analyse budgétaire est élevé, le poids accordé au dépassement budgétaire se trouve minoré et la carence occupe une place importante. Le SA est dans ce cas peu intéressé par les aspects budgétaires, mais beaucoup plus par la qualité du service offert aux patients. Afin de compléter ce système, nous avons supposé que le coefficient I_1 était une fonction de la variance de l'erreur d'observation de la carence par le SA. La fonction particulière choisie est de la forme :

$$I_1 = \frac{I_b}{1 + I_2 \sigma_e^2}$$

L'idée est ici que lorsque la carence est difficile à apprécier, son poids relatif s'en trouve accru et, de ce fait, celui du dépassement budgétaire diminué. De manière très intuitive, on pourrait dire que la peur de se tromper sur la carence rend le SA plus sensible à cet aspect des choses. Quelle que soit la valeur de σ_e^2 , la valeur de $\frac{1}{N(x,d)}$ varie entre 1 (lorsque la carence observée et le dépassement budgétaire sont nuls) et 0 (quand la carence et le dépassement budgétaire sont les plus grands).

Il nous reste à préciser les caractéristiques du signal de carence observé par le SA. Nous supposons que le signal x est fonction à la fois de la véritable carence c et d'une variable aléatoire ε qui représente l'erreur d'estimation. Nous posons :

$$x = c\varepsilon$$

La variable aléatoire ε est supposée avoir une espérance mathématique égale à 1 et un écart type égal à σ_e . Nous supposons aussi que la variable ε est distribuée sur un intervalle $\underline{\varepsilon}, \bar{\varepsilon}$ tel que la valeur maximale de x :

$$\left[\frac{\bar{S} - P}{S_0} \right] \varepsilon \text{ soit strictement inférieure à 1.}$$

On peut dès lors écrire :

$$\frac{1}{N(x,d)} = 1 - \frac{(c\varepsilon)^2 + I_1(\text{Max}(0;d - b))^2}{I_2}$$

Nous pouvons à présent intégrer ce résultat à celui obtenu au niveau de la commission médico-administrative. Rappelons que pour le service, il est rationnel d'attendre une attribution moyenne de financement pour les activités nouvelles : $a = \frac{y_R}{N(x,d)} A$.

Connaissant maintenant la règle de notation utilisée par le sommet administratif, sachant à son niveau la valeur de la carence c et de son dépassement budgétaire éventuel, le service peut alors s'attendre à une dotation pour les activités nouvelles égale à :

$$a = y_R \left[1 - \frac{(c\varepsilon)^2 + I_1[\text{Max}(0;d - b)]^2}{I_2} \right] A.$$

Nous voyons que le montant a qu'il peut attendre est incertain puisqu'il dépend de l'erreur de mesure ε effectuée par le sommet administratif. Cependant, nous avons déjà remarqué que la fonction d'utilité du service dépend du montant a obtenu. Si cette fonction d'utilité est, comme nous allons le voir plus après, séparable et linéaire en a , seule l'espérance mathématique de a importe pour le service. Notons dès à présent que le calcul donne la valeur suivante :

$$E(a) = y_R \left[1 - \frac{c^2 + I_1[\text{Max}(0;d - b)]^2}{I_2} - \frac{c^2 \sigma_\varepsilon^2}{I_2} \right] A.$$

Sachant que la carence c est au vu de la fonction de coûts égale à :

$$c = s - p_1 d - p_2 e,$$

et I_2 étant choisi comme précédemment :

$$I_2 = \left[\frac{\bar{S} - \underline{P}}{S_0} \bar{\varepsilon} \right]^2 + I_1(\bar{d} - b)^2,$$

$E(a)$ est une fonction de d et de e uniquement.

$$E(a) = y_R \left[1 - \frac{[\text{Max}(0; s - p_1 d - p_2 e)]^2 (1 + \sigma_\varepsilon^2) + I_1 [\text{Max}(0; d - b)]^2}{I_2} \right] A$$

Nous avons ainsi obtenu une expression particulière de la fonction d'incitation. Notons qu'au-delà des variables d et e que nous allons étudier dans le programme suivant, interviennent aussi les paramètres σ_ε et I_1 . Le paramètre I_1 mesure l'importance qu'accorde le sommet administratif au dépassement budgétaire relativement à la carence. Si ce dernier est fortement concerné par un contrôle rigoureux des dépenses, il accordera une valeur élevée à I_1 . En revanche, s'il est beaucoup plus préoccupé par les problèmes posés par la carence, il retiendra une valeur beaucoup plus faible.

Enfin, un des résultats les plus importants est la présence dans cette fonction d'incitation d'une mesure du caractère imparfait de l'information détenue par le sommet administratif. En effet, le terme σ_ε^2 mesure l'imprécision de l'estimation de la carence, et plus généralement du suivi de l'activité. Il nous reste à aborder maintenant le dernier niveau de notre modélisation, à savoir les choix effectués par le service en matière de dépenses, de carence et d'effort de contrôle, sachant ce que seront les réactions du sommet administratif soucieux d'équité pour maintenir l'intégration de l'ensemble, et de la commission médico-administrative intéressée par le financement le plus efficace des activités nouvelles.

3) Le problème du service en deuxième période.

Au cours de la deuxième période, le problème étudié est celui des décisions prises par le service en matière de dépenses et d'effort de contrôle, sachant la demande de soins à laquelle il est confronté. Nous rappelons que la fonction d'utilité caractéristique du comportement du service a , par hypothèse, pour argument l'effort de contrôle, la carence en soins et le montant espéré de financement pour des activités nouvelles. Le service observe bien évidemment l'effort de contrôle qu'il produit. Comme il observe également la demande de soins à laquelle il est confronté, il peut déduire avec certitude, à partir de la production qu'il envisage, le montant exact de la carence. En revanche, il ne connaît pas avec certitude le montant du financement des activités nouvelles qui lui sera accordé. Il sait que ce dernier sera influencé par ses propres choix en matière de production, mais il subsiste une incertitude dans la mesure où le sommet administratif n'observe pas avec précision les performances du service. Aussi, parce que ce montant de financement pour des activités nouvelles est incertain, nous supposons que le service cherche à maximiser son espérance d'utilité. Plus formellement, nous écrivons :

$$\text{Max}_{e,d} E[U] = \int U(e, c(d,e), a(d,e,\varepsilon)) f(\varepsilon) d\varepsilon$$

Par ailleurs, pour faciliter l'obtention d'une solution analytique à notre problème, nous allons supposer, comme il est commun dans la littérature théorique, que la fonction d'utilité U est séparable :

$$U(e, c(d,e), a(d,e,\varepsilon)) = U_1(e) + U_2(c(d,e)) + U_3(a(d,e,\varepsilon)).$$

Comme nous avons supposé précédemment que la fonction d'utilité est décroissante et convexe avec l'effort de contrôle, nous proposons d'étudier le cas particulier suivant ¹ :

$$U_1(e) = -e_1 e - \frac{e_2}{2} e^2.$$

La même hypothèse est effectuée pour les mêmes raisons avec la carence. Nous posons en conséquence ¹:

$$U_2(c(d,e)) = -c_1 c(d,e) - \frac{c_2}{2} c(d,e)^2.$$

Enfin, nous avons supposé précédemment que la fonction d'utilité était linéaire avec l'attrait pour les activités nouvelles. Nous retenons donc le cas suivant :

$$U_3(a(d,e,\varepsilon)) = a_1 a(d,e,\varepsilon).$$

En reprenant les expressions de la carence et du montant attendu de financement pour les activités nouvelles, nous pouvons réécrire le problème d'optimisation du service comme il suit :

$$\begin{aligned} \text{Max}_{e,d} E[U] = & -e_1 e - \frac{e_2}{2} e^2 - c_1 [\text{Max}(0; s - p_1 d - p_2 e)] \\ & - \frac{c_2}{2} [\text{Max}(0; s - p_1 d - p_2 e)]^2 \\ & + a_1 \left[y_R A \left\{ \left[1 - \frac{[\text{Max}(0; s - p_1 d - p_2 e)]^2 [1 + \sigma_\varepsilon^2] + I_1 [\text{Max}(0; (d - b)^2)]^2}{I_2} \right] \right\} \right] \end{aligned}$$

avec

¹ Le choix de cette forme quadratique n'obéit qu'à des considérations de facilité de calcul. Nous souhaitons cependant faire valoir qu'il s'agit d'une hypothèse fréquemment retenue dans la littérature du risque lorsqu'on souhaite représenter une fonction convexe.

$$\begin{aligned} e &\leq e \leq \bar{e} \\ d &\geq 0 \\ s - p_1d - p_2e &\geq 0 \end{aligned}$$

Nous allons étudier maintenant la résolution de ce problème. D'abord, nous allons montrer qu'un cas ne peut pas survenir à l'optimum. C'est le cas où les dépenses seraient inférieures au budget alloué et où il apparaîtrait une carence non nulle. En effet, si $d \leq b$ et si $s - p_1d - p_2e > 0$, la condition de premier ordre $\frac{\partial E[U]}{\partial d} = 0$ ne peut jamais être satisfaite.

$$\text{Preuve : } \frac{\partial E[U]}{\partial d} = p_1(c_1 + c_2c(d,e)) + a_1 \left[Ay_R \frac{p_1}{I_2} 2c(d,e)(1 + \sigma_e^2) \right] > 0.$$

Ainsi, si une carence en soins apparaît, le service a toujours une incitation à augmenter ses dépenses, au moins jusqu'au niveau de son budget b , pour la réduire puisqu'il ne subit dans ce cas aucune pénalisation budgétaire.

Dès lors, il est facile de montrer que les seules solutions comportant des dépenses inférieures au budget alloué n'apparaissent que dans le cas où la carence est nulle. Plus formellement, si $d \leq b$ et si $s - p_1d - p_2e = 0$, les conditions de premier ordre s'écrivent :

$$\frac{\partial E[U]}{\partial d} = 0 \qquad \frac{\partial E[U]}{\partial e} = -e_1 - e_2e < 0$$

Le fait que la dérivée partielle par rapport à l'effort soit négative implique que, dans ce cas, le service choisit l'effort de contrôle minimum. Ce résultat théorique se comprend aisément. S'il n'y a plus de carence et de dépassement budgétaire, le système d'incitation

disparaît totalement et l'effort de contrôle produit est minimal. La solution du problème du service est donnée par :

$$e = \underline{e}$$

$$d = \frac{s - p_2 \underline{e}}{p_1}$$

Elle se réalise pour toutes les valeurs de s satisfaisant la condition suivante :

$$\frac{p_2}{p_1} \underline{e} \leq s \leq \bar{d} p_1 + p_2 \underline{e}$$

Nous allons étudier maintenant l'ensemble des solutions pour lesquelles les dépenses excèdent le budget et où, en conséquence, le mécanisme budgétaire joue un rôle incitatif. Les conditions de premier ordre du problème général précédent s'écrivent alors :

$$\frac{\partial E[U]}{\partial d} = m_0 + m_1 s + m_2 b + m_3 d + m_4 e = 0$$

avec $m_0 = p_1 c_1$

$$m_1 = \left[c_2 + 2a_1 A y_R \frac{(1 + \sigma_e^2)}{I_2} \right] p_1$$

$$m_2 = 2a_1 A y_R \frac{I_1}{I_2}$$

$$m_3 = -p_1 m_1 - m_2$$

$$m_4 = -p_2 m_1$$

et

$$\frac{\partial E[U]}{\partial e} = n_0 + n_1 s + n_2 b + n_3 d + n_4 e = 0$$

avec $n_0 = -e_1 + p_2 c_1$

$$n_1 = \left[c_2 + 2a_1 A y_R \frac{(1 + \sigma_e^2)}{I_2} \right] p_2$$

$$n_2 = 0$$

$$n_3 = -p_1 n_1 - n_2$$

$$n_4 = -e_2 - p_2 n_1$$

Ce système d'équations a pour solutions :

$$d = f_1 + f_2 s + f_3 b$$

$$\text{avec } f_1 = \frac{n_0 m_4 - m_0 n_4}{m_3 n_4 - n_3 m_4}$$

$$f_2 = \frac{n_1 m_4 - m_1 n_4}{m_3 n_4 - n_3 m_4}$$

$$f_3 = \frac{n_2 m_4 - m_2 n_4}{m_3 n_4 - n_3 m_4}$$

$$e = f_4 + f_5 s + f_6 b$$

$$\text{avec } f_4 = \frac{n_3 m_0 - m_3 n_0}{m_3 n_4 - n_3 m_4}$$

$$f_5 = \frac{n_3 m_1 - m_3 n_1}{m_3 n_4 - n_3 m_4}$$

$$f_6 = \frac{n_3 m_2 - m_3 n_2}{m_3 n_4 - n_3 m_4}$$

Cette solution générale n'est acceptable que si les trois conditions suivantes sont remplies :

$$s - p_1 d - p_2 e > 0$$

la carence consécutive aux valeurs prises par d et e doit être non nulle.

$$e \geq \underline{e}$$

la valeur trouvée pour l'effort doit être supérieure à la valeur minimale de cette variable.

$$e \leq \bar{e}$$

la valeur trouvée pour l'effort doit rester inférieure à la valeur maximale supposée.

Notons que ces trois conditions définissent le domaine où les solutions optimales précédentes sont acceptables. Nous allons étudier plus précisément chacune d'entre elles et nous verrons qu'elles imposent chacune qu'une inégalité soit vérifiée entre le budget alloué et la variable s .

La première condition concerne l'existence d'une carence. Elle peut s'écrire :

$$s - p_1 d - p_2 e > 0$$

ou

$$s - p_1(f_1 + f_2 s + f_3 b) - p_2(f_4 + f_5 s + f_6 b) > 0$$

ou

$$b < -\frac{p_1 f_1 + p_2 f_4}{p_1 f_3 + p_2 f_6} + s \frac{(1 - p_1 f_2 - p_2 f_5)}{p_1 f_3 + p_2 f_6}$$

Notons par ailleurs que :

$$\frac{(1 - p_1 f_2 - p_2 f_5)}{p_1 f_3 + p_2 f_6} = \frac{1}{p_1}$$

$$\text{et } \frac{p_1 f_1 + p_2 f_4}{p_1 f_3 + p_2 f_6} = \frac{p_1 c_1}{2a_1 A y_R \frac{I_1}{I_2}} + \frac{p_2}{e_2 p_1}$$

La seconde condition peut s'exprimer elle aussi en fonction de s et de b . Formellement, on peut écrire :

$$e \geq \underline{e}$$

ou

$$f_4 + f_5 s + f_6 b \geq \underline{e}$$

ou

$$b \leq \frac{\underline{e} - f_4}{f_6} - \frac{f_5}{f_6} s$$

Notons par ailleurs que :

$$-\frac{f_5}{f_6} = \frac{1}{p_1}$$

Il est intéressant de constater qu'une seule de ces inégalités est contraignante à la fois, soit la carence, soit l'effort. Tout dépend des valeurs prises par les constantes et, en particulier, par les coefficients e_1 et c_1 . Ce résultat se comprend aisément si on se souvient que nous avons adopté des formes similaires pour les fonctions U_1 et U_2 .

Enfin, la troisième condition peut se traduire, elle aussi, par une inégalité entre s et b :

$$e \leq \bar{e} \quad \text{ou} \quad f_4 + f_5 s + f_6 b \leq \bar{e}$$

ou

$$b \geq \frac{\bar{e} - f_4}{f_6} - \frac{f_5}{f_6} s$$

$$\text{avec} \quad -\frac{f_5}{f_6} = \frac{1}{p_1}$$

Lorsque nous sortons du domaine précédent, des solutions particulières au problème général peuvent être obtenues dans chacun des trois cas. Nous allons les présenter successivement. Supposons d'abord que ce soit la condition d'inégalité sur la carence qui soit la plus contraignante (la carence est plus pénalisante que

l'effort de contrôle pour le service). Alors, à l'optimum, la carence est nulle. La fonction d'utilité de départ se trouve simplifiée. Seules interviennent U_1 et U_3 et encore U_3 s'écrit de manière simplifiée. Nous avons :

$$E[U] = -e_1 e - \frac{e_2}{2} e^2 + a_1 \left[y_R A \left\{ 1 - \frac{I_1}{2} [\text{Max}(0; (d - b))]^2 \right\} \right]$$

Comme la carence est nulle, nous pouvons écrire :

$$s - p_1 d - p_2 e = 0$$

ou encore :

$$e = \frac{s - p_1 d}{p_2}$$

En remplaçant e par sa valeur, dans l'expression de $E[U]$, nous obtenons la condition de premier ordre suivante :

$$\frac{\partial E[U]}{\partial d} = \left[-e_1 - e_2 \left(\frac{s - p_1 d}{p_2} \right) \right] \left[\frac{-p_1}{p_2} \right] - 2a_1 A y_R \frac{I_1}{I_2} (d - b) = 0$$

ou encore :

$$\frac{e_1 p_1}{d_2} + e_2 \frac{p_1}{p_2^2} s - d \left[e_2 \frac{p_1^2}{p_2^2} + \left(2a_1 A y_R \frac{I_1}{I_2} \right) \right] + 2a_1 A y_R \frac{I_1}{I_2} b = 0$$

$$d = \frac{\frac{e_1 p_1}{p_2}}{\left[e_2 \frac{p_1^2}{p_2^2} + m_2 \right]} + \frac{\frac{e_2 p_1}{p_2^2}}{\left[e_2 \frac{p_1^2}{p_2^2} + m_2 \right]} s + \frac{m_2}{\left[e_2 \frac{p_1^2}{p_2^2} + m_2 \right]} b$$

$d = q_0 + q_1 s + q_2 b$, où q_0, q_1 et q_2 représentent les coefficients précédents.

$$e = \frac{s - [q_0 + q_1 s + q_2 b] p_1}{p_2}$$

Cette solution ne peut être retenue que si la valeur obtenue pour l'effort est bien supérieure ou égale à la valeur minimale de cette variable. Nous avons donc si :

$$s - q_0 p_1 - q_1 p_1 s - q_2 p_1 b < \underline{e}$$

$$\text{ou } b > -\frac{\underline{e}}{q_2 p_1} - \frac{q_0}{p_2} + \frac{(1 - q_1 p_1)}{q_2 p_1} s$$

la solution simplifiée suivante :

$$e = \underline{e}$$

$$d = \frac{s - p_2 \underline{e}}{p_1}$$

Notons par ailleurs que la quantité $\frac{1 - q_1 p_1}{q_2 p_1}$ est égale, après simplification à $\frac{1}{p_1}$.

Nous devons envisager maintenant le cas où c'est la variable d'effort de contrôle qui est la plus contraignante. Dans cette situation, l'effort est fixé par le service à sa valeur minimale \underline{e} . La seule condition de premier ordre à prendre en compte est alors :

$$\frac{\partial E[U]}{\partial d} = 0 \text{ sachant que } e = \underline{e}.$$

Nous avons alors la condition suivante :

$$\frac{\partial E[U]}{\partial d} = m_0 + m_1 s + m_2 b + m_3 d + m_4 \underline{e} = 0$$

Nous obtenons ainsi la solution suivante :

$$d = r_0 + r_1 s + r_2 b$$

$$\text{et } e = \underline{e}$$

$$\text{avec } r_0 = \frac{-(m_0 + m_4 \underline{e})}{m_3}$$

$$r_1 = \frac{-m_1}{m_3}$$

$$r_2 = \frac{-m_2}{m_3}$$

Cette solution ne vaut que pour des valeurs de d qui laissent subsister une carence effective, ou encore si :

$$s - p_1(r_0 + r_1 s + r_2 b) - p_2 \underline{e} \geq 0$$

Si cette condition n'est pas satisfaite, c'est-à-dire si :

$$b > -\frac{p_1 r_0 + p_2 \underline{e}}{p_1 r_2} + s \frac{1 - p_1 r_1}{p_1 r_2}$$

alors, la solution simplifiée devient :

$$d = \frac{s - p_2 \underline{e}}{p_1} \quad \text{et } e = \underline{e}$$

Notons par ailleurs que $\frac{1 - p_1 r_1}{p_1 r_2}$ vaut $\frac{1}{p_1}$.

Il nous reste à examiner le cas, où dans la solution générale envisagée, la valeur obtenue pour l'effort de contrôle dépasse le maximum atteignable. Dans cette éventualité, le service ne peut plus faire varier son effort de contrôle et la valeur prise par ce dernier reste bloquée à son maximum. le problème d'optimisation se réduit à un problème identique à celui étudié précédemment, à l'exception du fait que maintenant e vaut \bar{e} . La solution s'écrit dès lors :

$$d = t_0 + t_1s + t_2b$$

et

$$e = \bar{e}$$

$$\text{avec } t_0 = \frac{-(m_0 + m_4\bar{e})}{m_3}$$

$$t_1 = \frac{-m_1}{m_3}$$

$$t_2 = \frac{-m_2}{m_3}$$

En conclusion, nous venons de proposer les diverses solutions en matière de dépenses et d'effort qu'adopte le service en fonction de son information (sa connaissance de la demande de soins, sa fonction de coûts), de ses anticipations (sur le comportement du sommet administratif et de la commission médico-administrative) et de ses préférences (forme de sa fonction d'utilité). Pour le modèle simplifié que nous avons développé, nous pouvons résumer les valeurs prises par ces solutions en fonction des couples : budget et demande de soins (b et s) suivant le schéma n° V-6. Ces solutions peuvent être aussi considérées comme une illustration de ces propos de Burlaud et Simon (1992) qui concernent le secteur tertiaire, mais que nous étendons à l'hôpital public : "Tout calcul économique est nécessairement simplificateur et réducteur de la réalité ; il n'a donc pas, dans le secteur tertiaire, la finalité de préparer des décisions mais d'induire un comportement collectif des agents : la prise de conscience de la rareté".

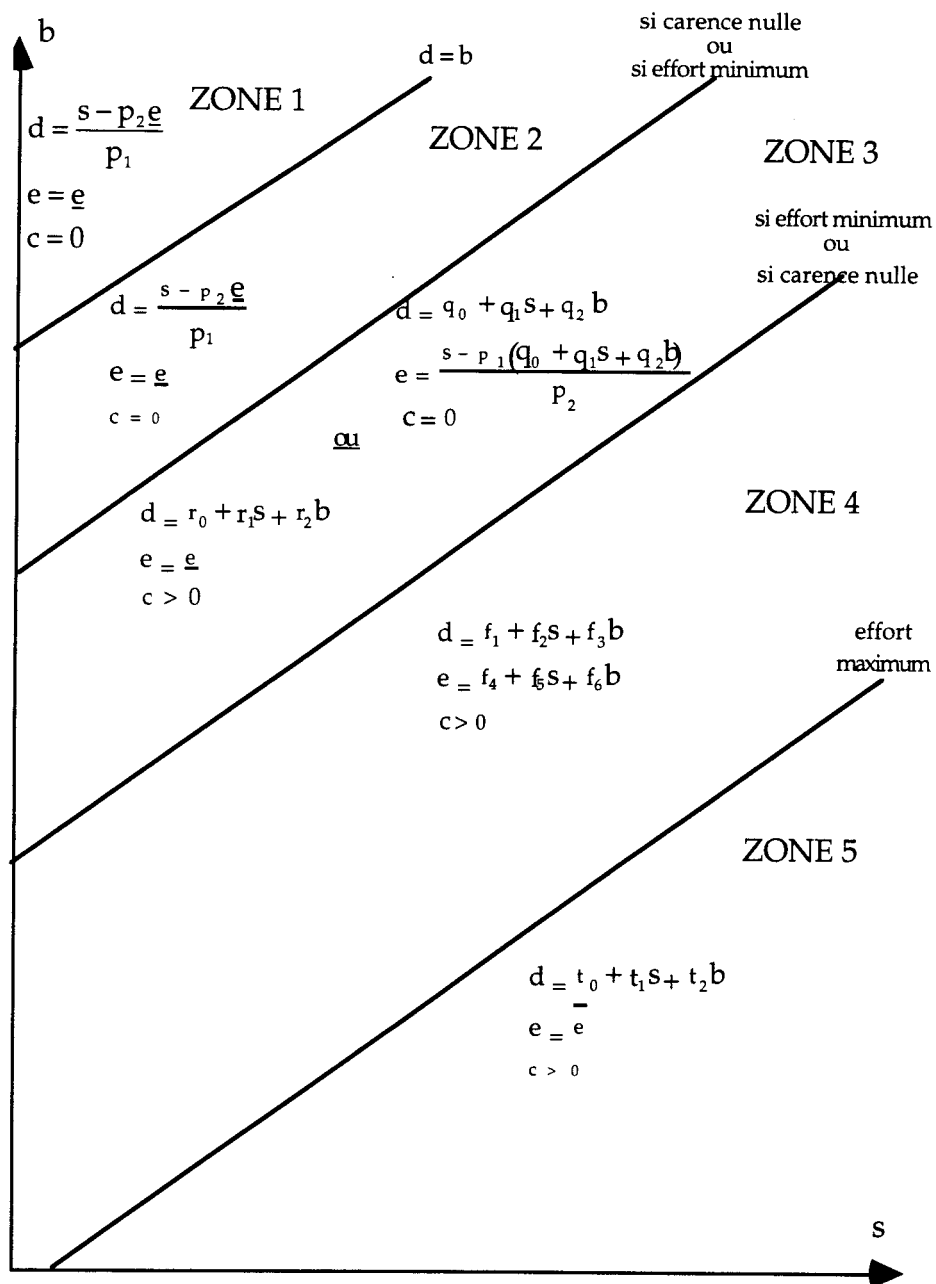


Schéma n° V-6 : Solutions en fonction de b et de s.

SECTION 2 : LES INCITATIONS BUDGÉTAIRES : UNE ÉTUDE DE LEURS EFFETS À TRAVERS DES SIMULATIONS.

A l'aide du modèle que nous avons précédemment exposé, nous allons étudier l'impact théorique que peut avoir un mécanisme d'incitation budgétaire sur les décisions prises par les services. Nous allons essayer de mettre en évidence les conséquences en matière d'efficacité dans la gestion. Nous prenons successivement les points de vue : - des services à travers l'utilité espérée atteinte, - du sommet administratif à travers le montant attendu de dépenses et le respect des contraintes budgétaires, - des usagers à travers les valeurs prises par la variable de carence. Enfin, nous pouvons rendre compte de l'évolution des montants attribués pour le financement des activités nouvelles. Dans un premier temps, nous allons développer le cadre de cette analyse positive en détaillant la relation entre budget et critères de performance. Puis nous envisageons dans la suite deux régimes de politique budgétaire : une politique très restrictive et à l'opposé une politique lâche.

I - LA RELATION ENTRE CRITÈRES DE PERFORMANCE ET BUDGET.

Nous allons détailler dans ce qui suit les implications principales qu'a ce système d'incitation budgétaire pour contrôler les

dépenses sur les aspects de performance qui caractérisent l'activité du service. Nous allons voir successivement les implications en matière de dépenses, de carence et de financement des activités nouvelles. Pour résumer, nous mettons en évidence l'équivalent d'un coût d'agence lié aux asymétries informationnelles.

Le premier résultat que nous pouvons retirer de notre analyse théorique est, qu'en dehors d'un cas limite, le montant de dépenses choisi de manière optimale par le service dépasse toujours le montant alloué b . En effet, comme on peut le constater au schéma précédent n° V-6, ce n'est que quand la demande de soins est très faible et le budget alloué très élevé qu'il n'y a pas de dépassement budgétaire. Mais dans ce cas, le problème dégénère et les solutions sont triviales. L'effort de contrôle est minimum et les dépenses s'ajustent pour assurer une production égale à la demande. Tout le mécanisme d'incitation a disparu.

Dans tous les autres cas, il y a dépassement budgétaire. Si nous envisageons successivement les quatre zones que nous avons identifiées au schéma n° V-6, nous pouvons effectuer les constatations suivantes. Dans la zone 2, le service préfère augmenter ses dépenses plutôt que de faire apparaître une carence ou un effort de contrôle accru. La raison en vient de la forme particulière du système de pénalisation que nous avons adoptée au niveau du sommet administratif. En effet, la note attribuée est fonction du seul carré du dépassement budgétaire. La pénalisation initiale marginale est donc toujours nulle (puis très faible). En revanche, les désutilités consécutives soit à l'effort, soit à la carence, sont fonction à la fois de ces variables et de leurs carrés. Les désutilités marginales initiales sont donc toujours négatives. Ainsi, il existe cette zone 2 où il est toujours moins grave pour le service de dépasser un petit peu son budget, de perdre en conséquence quelques petits moyens de financement pour

les activités nouvelles, que de devoir faire apparaître de la carence ou de l'effort.

Pour les zones 3, 4 et 5, il est clair que le service a avantage à pousser ses dépenses jusqu'à un point où la perte marginale de moyens financiers pour les activités nouvelles, consécutive à la dégradation de la note, crée un désagrément équivalent à la désutilité marginale de tout accroissement supplémentaire soit de la carence, soit de l'effort de contrôle. C'est la condition même d'un équilibre au niveau du service. Ce résultat peut paraître surprenant quand on le compare à la réalité des dépassements budgétaires, du moins telle que nous l'avons observée au CHRU de Lille. D'une part, il ne nous a pas semblé que tous les services dépassaient leur budget. D'autre part, ce résultat apparaîtrait certainement décevant aux responsables administratifs eux-mêmes. Ce dernier point mérite d'être commenté. En effet, on peut parier que si les budgets étaient systématiquement dépassés, les responsables administratifs auraient conscience que leurs objectifs ne sont jamais atteints et ils rejetteraient sûrement le système comme inopérant.

Il faut comprendre ici que le résultat théorique obtenu tient à la caractéristique principale du système incitatif que nous avons modélisé, à savoir nous ne récompensons aucunement les économies par rapport au budget alloué et nous ne faisons que pénaliser les dépassements constatés. Il est possible cependant d'utiliser différemment ce cadre théorique en réinterprétant le seuil budgétaire b . Si nous le considérons à présent comme un seuil critique d'analyse qui a les propriétés suivantes : pour toutes dépenses inférieures à ce seuil, aucune incitation ou récompense n'est produite par le sommet administratif, pour toutes dépenses supérieures, la notation est dégradée. Mais ici, la base de la notation n'est plus la même. Si le service arrive à atteindre le niveau le plus favorable pour lui de dépenses budgétaires, c'est-à-dire à les réduire jusqu'au seuil d'analyse

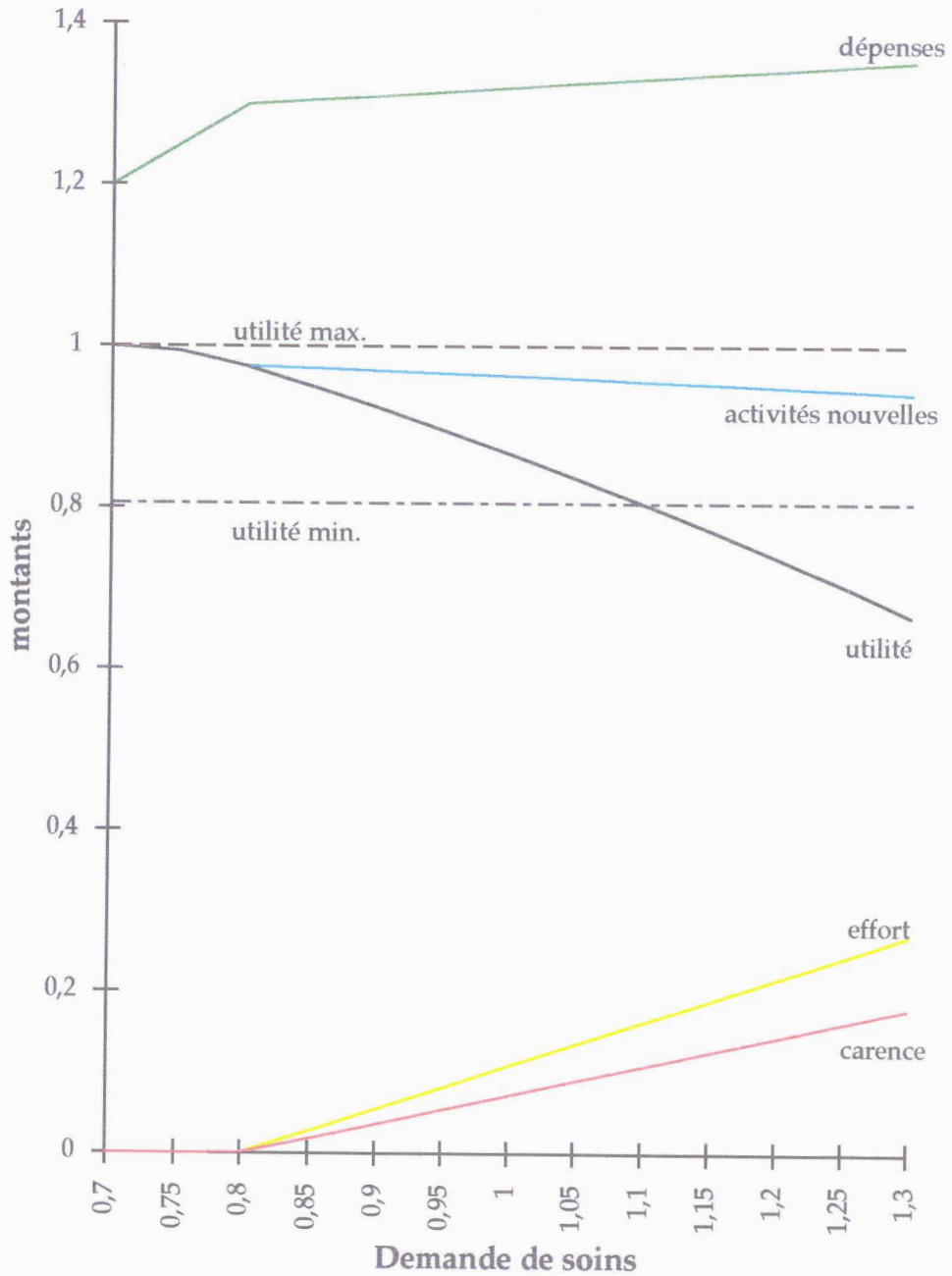
critique, alors il obtient la note la plus favorable. S'il ne fait qu'atteindre l'objectif qu'on attendait de lui, il obtient une note moins favorable. Mais on peut supposer là que cette note "moyenne" lui permet d'obtenir le montant de financement d'activités nouvelles A qu'il pouvait espérer. Si sa note est meilleure que cette note "moyenne", il bénéficie alors d'une bonification en termes de financement d'activités nouvelles.

La logique du système d'incitation budgétaire s'en trouve modifiée. Initialement nous n'avions que deux possibilités : récompense fixe ou sanction graduée. A l'aide de cette réinterprétation du seuil d'analyse budgétaire, nous avons trois cas : récompense maximale, récompense dégressive ou sanction graduée. Nous allons devoir interpréter par la suite la variable b non comme le budget alloué mais le seuil à partir duquel les dépenses sont analysées. Les résultats théoriques obtenus apparaissent dès lors proches des pratiques observées. Les dépassements budgétaires se font plus rares et moins importants. Enfin, la tâche de contrôle des services administratifs ne se limite plus à observer les dépassements mais le travail de suivi apparaît bien avant. Par exemple, lorsqu'un service va atteindre 80 % de son budget, les alertes vont se déclencher.

Le second résultat que nous pouvons retirer de notre analyse théorique est que la carence ne peut pas être totalement éliminée comme il apparaît au graphe n° V-1. Si on souhaite la réduire à zéro pour tous les niveaux de demande de soins, alors il faut fixer le seuil d'analyse budgétaire b à un niveau élevé tel que les solutions fournies dans les zones 4 et 5 du schéma n° V-6 ne soient jamais atteintes. Économiquement, l'interprétation de cette constatation est la suivante. La pénalisation consécutive à un dépassement budgétaire en matière d'activités nouvelles doit toujours être moins grave pour le service que l'apparition d'une carence aussi faible soit-elle. Il est évident qu'en fixant le seuil d'analyse budgétaire b à un niveau très

GRAPHE V-1

Système budgétaire : une illustration.



élevé, on rend improbable une telle éventualité, puisque jamais le dépassement ne sera important. Mais il faut prendre en considération aussi les conséquences négatives d'une telle mesure. Le système de pénalisation étant atténué, le rôle incitatif du mécanisme budgétaire étudié s'en trouve très largement diminué.

Ainsi, si nous excluons une telle politique budgétaire, le modèle fournit le résultat théorique suivant. Si la demande de soins est inférieure à ce qui est attendu, le service peut assurer une production compatible avec une carence faible, voire nulle. En revanche, si la demande de soins est beaucoup plus élevée qu'attendue, le service a tendance à ne pas augmenter sa production en conséquence pour éviter des dépassements budgétaires dont il estime les effets beaucoup trop néfastes sur les financements à venir en matière d'activités nouvelles. Indubitablement, le système exhibe les manifestations perverses qu'on lui associe fréquemment, à savoir les acteurs deviennent beaucoup trop concernés par le jeu budgétaire qu'ils privilégient et ils ont tendance à ne plus faire passer en premier l'objectif de répondre aux besoins de la clientèle.

Le troisième résultat qui provient de notre étude théorique concerne l'attribution de moyens pour financer le développement d'activités nouvelles. On peut considérer a priori que ces montants doivent être attribués aux différents services uniquement en fonction de leur adéquation avec les choix stratégiques réalisés par l'hôpital. Ainsi, si ces projets concernent des segments fortement valorisés, ils doivent, indépendamment des considérations de gestion courante, être mis en oeuvre. Ce sont les services les plus prometteurs dans ce domaine qui doivent être favorisés, en particulier quand les ressources sont comptées. Or, ici, par construction, les montants attribués sont fonction de la qualité de la gestion et du niveau de l'activité courante. Ce résultat apparaît donc contradictoire avec l'efficacité que l'on attend de la programmation stratégique. Sans

aucun doute, le mécanisme budgétaire ainsi décrit est source d'inefficacité en matière d'allocation de ressources stratégique.

Il faut cependant nuancer cette première appréciation. Le modèle fait apparaître que les montants distribués au titre du financement des activités nouvelles sont décroissants avec la demande de soins à laquelle le service est confronté. Nous avons donc une double erreur. Le service peut se retrouver surdoté, tout simplement parce qu'il a eu la chance de faire face à une demande de soins faible et, à partir de là, a pu limiter ses dépenses courantes sans trop de difficulté. Le service peut se retrouver aussi sous-doté pour des raisons opposées. Une demande de soins inattendue l'a obligé à pratiquer des dépassements budgétaires pour limiter la carence. Les deux erreurs ne sont cependant pas dans ce modèle symétriques. Ceci provient du mécanisme de notation utilisé.

En effet, si le montant des activités nouvelles est une fonction décroissante de la demande de soins, c'est aussi dans ce modèle une fonction concave. Le système de pénalisation pour le dépassement budgétaire que nous avons utilisé est ici progressif. Aussi, son impact est-il beaucoup plus grand en cas de dépassement qu'il ne l'est en cas de réduction. D'ailleurs, on peut se demander si cet aspect des choses ne pourrait pas conduire le sommet administratif à attribuer à ceux qui ont une note "moyenne" un potentiel de financement d'activités nouvelles supérieur à ce qu'il mérite afin qu'en moyenne, les montants distribués soient ceux que l'on escomptait initialement (voir schéma n° V-7).

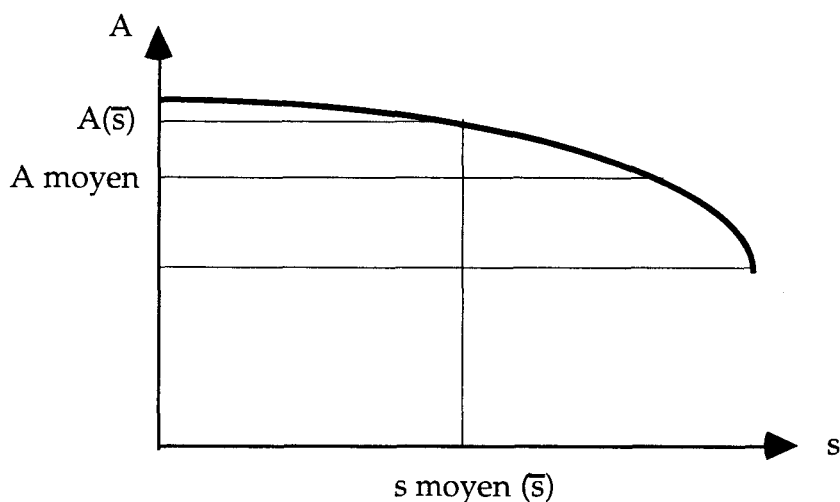


Schéma n° V-7.

Le dernier résultat qui provient de notre étude théorique concerne la satisfaction ou l'utilité retirée par le service. Si le sommet administratif était capable d'observer l'effort de contrôle produit par le service, alors le mécanisme budgétaire s'en trouverait très simplifié. D'une part, le financement des activités nouvelles se ferait uniquement en fonction de leur intérêt, eu égard à la démarche stratégique. D'autre part, les dépenses courantes pourraient être modulées en fonction des variations de la demande de soins. L'effort de contrôle serait fixé de manière exogène et le service ne pourrait que mettre en place l'effort auquel il s'est engagé. Dans un tel cadre d'information symétrique et de respect des engagements contractuels, l'utilité retirée par le service serait indépendante de la demande de soins. La carence étant maintenue à zéro, le financement des activités nouvelles étant assuré pour les projets compatibles avec la démarche stratégique, l'utilité serait constante et maximale si le sommet administratif acceptait un effort de contrôle nul, constante mais inférieure si le sommet administratif contraignait le service à un effort maximal.

Dans la situation d'asymétrie d'information et de risque moral que nous avons étudiée, l'utilité retirée par les services est toujours inférieure à l'utilité maximale constante précédente. Ceci est évident puisque le système budgétaire envisagé introduit soit un effort de contrôle, soit de la carence, tous deux sources de désutilité, soit encore une pénalisation au niveau des activités nouvelles. Ce premier résultat n'est certainement pas le plus riche car il est douteux qu'en cas d'information symétrique, le sommet administratif se contente de laisser aux services le soin de produire un effort nul. Si nous nous sommes engagée dans ce processus de modélisation budgétaire, c'est bien parce que nous pensions que le souci du sommet administratif était de contraindre les services à mieux limiter leurs dépenses. Une comparaison plus judicieuse peut être organisée entre l'utilité obtenue en situation d'asymétrie d'information et l'utilité obtenue en situation d'information symétrique avec un niveau d'effort de contrôle imposé de manière exogène par le sommet administratif. Dans ce cas, il apparaît deux types de situation. A l'évidence, quand les niveaux de demande de soins sont faibles, les services peuvent, sans que le sommet administratif ne puisse réagir fortement, réduire leurs efforts de contrôle. Nous sommes alors dans des situations où la carence reste faible, voire inexistante, les dépassements budgétaires limités, voire nuls. Les services en profitent pour manifester peu d'efforts et bénéficier d'une utilité élevée. Ils sont gagnants dans ces situations de faible demande.

A l'opposé, quand les demandes de soins sont très élevées, les services sont obligés de produire un effort de contrôle élevé, voire maximal. Ils ne peuvent empêcher l'apparition d'une carence. Ils subissent les effets négatifs liés au dépassement budgétaire. Le financement de leurs activités nouvelles s'en trouve réduit. Dans ce cas, le niveau d'utilité qu'ils atteignent est sensiblement inférieur à celui qu'ils auraient pu obtenir en situation d'information symétrique. En effet, dans ce dernier cas, le financement pour leurs activités

nouvelles aurait été maintenu, la carence aurait été évitée et leur effort de contrôle n'aurait pas été plus élevé.

En conclusion, le système budgétaire proposé ne permet pas d'atteindre pour les services les mêmes niveaux d'utilité que ceux qui auraient été obtenus en cas d'information symétrique. Il n'apporte qu'une réponse imparfaite, laissant dans certains cas les services gagnants et dans d'autres perdants. Avant d'essayer d'établir un bilan global, quel que soit le niveau de la demande de soins espérée, tant en matière de dépenses engagées, de carence réalisée, d'activités nouvelles financées et d'utilité espérée atteinte par les services, nous souhaitons préalablement illustrer cette première analyse par la description d'un ensemble de simulations.

II - POLITIQUE BUDGÉTAIRE ET PERFORMANCE.

Comme nous l'avons fait précédemment, nous allons retenir ici quatre mesures de performance. Le montant des dépenses réalisées intéresse au premier chef le sommet administratif. Le niveau de carence atteint peut constituer ici une appréciation de la qualité du service pour les usagers. Le montant du financement attribué pour les activités nouvelles permet d'apprécier la cohérence entre la démarche stratégique et le mode de contrôle de gestion. Enfin, l'utilité mesurée traduit la satisfaction retirée par le personnel des services. Nous allons étudier deux situations : soit une politique budgétaire stricte, soit une politique budgétaire lâche. Nous appelons ici politique budgétaire stricte une politique suivant laquelle le seuil d'analyse des dépenses est fixé à un niveau sensiblement inférieur au montant attendu pour un

niveau moyen de demande de soins. A l'opposé, une politique budgétaire lâche est caractérisée ici par un seuil d'analyse budgétaire élevé. Dans la simulation numérique exposée, nous avons retenu une demande de soins de moyenne égale à 1 et pouvant prendre toutes valeurs comprises entre 0,70 et 1,30. Par ailleurs, les coefficients p_0 , p_1 et p_2 de la fonction de production ont été fixés respectivement à -0,5, 1 et 1. L'effort maximal a été supposé égal à 0,3. La production d'une quantité de soins égale à la demande moyenne soit 1 exige des dépenses égales à $1 + 0,5 - 0,3$ soit 1,2. Si on retient comme dans l'exemple présenté un seuil d'analyse budgétaire égal à 0,9 (ou 1,2), ceci implique que la fonction d'incitation se déclenche dès que les 3/4 (la totalité) des dépenses moyennes attendues sont réalisées. Le seuil de 3/4 (ou la totalité) n'est qu'illustratif, nous entendons simplement par politique budgétaire stricte (ou lâche) tout seuil b strictement inférieur (supérieur ou égal) aux dépenses attendues pour une demande moyenne.

Par ailleurs, nous allons conduire notre simulation en étudiant les impacts de modifications concernant les valeurs prises par des paramètres clés du modèle. Nous avons retenu parmi ces paramètres - le coefficient c_1 relativement au coefficient e_1 , - le coefficient a_1 relativement aux deux précédents, - le coefficient I_1 dans la fonction de notation. A partir d'une discussion sur les valeurs prises par ces trois paramètres, il va nous être possible de mettre en évidence les conséquences de comportements différenciés au sein des deux mondes, celui des professionnels et celui des responsables administratifs, sur les variables de performance que nous avons précédemment énoncées. Les deux premières comparaisons intéressent directement les professionnels. Les différences de valeurs relatives prises entre les coefficients c_1 et e_1 peuvent traduire à la fois des différences de type d'activité et des différences culturelles. Par exemple dans les services où il est relativement facile de mettre en place des procédures pour contrôler les consommations inutiles de

médicaments et de petit matériel, le paramètre e_1 peut prendre une valeur faible par rapport à c_1 . Un autre exemple nous est suggéré par un service pour lequel il serait difficile (médicalement parlant) de retarder une hospitalisation ou de diriger le patient vers un autre établissement. Dans ce cas, la carence peut être vécue comme insupportable. Au niveau du modèle, ceci se traduit par un coefficient c_1 élevé par rapport à e_1 . Bien évidemment, ces appréciations peuvent être complétées par des éléments en provenance de la culture du monde professionnel concerné. Le médecin chef de service qui met en avant son objectif premier de soigner et qui refuse véhémentement de s'intéresser à la gestion pourrait être ici représenté par un coefficient e_1 élevé. Tout effort de contrôle, y compris le moindre, lui est insupportable.

La discussion sur les valeurs prises par le coefficient a_1 relativement aux deux autres est doublement enrichissante. Dans notre modèle, l'appréciation de la qualité des projets d'activités nouvelles s'effectue à deux niveaux, celui de la commission médico-administrative et celui du service. Le premier est important pour la répartition des fonds entre services. Et le second est essentiel comme instrument de motivation pour les services eux-mêmes. Rappelons que, dans notre modèle, un seul coefficient a_1 intervient dans les deux cas. Ceci résulte de l'hypothèse que nous avons retenue selon laquelle les professionnels de la commission estimaient avec des erreurs certes, mais sans biais, la véritable qualité de ces projets. Retenir à ce stade de l'étude une valeur élevée pour le coefficient a_1 relativement à celle prise par les coefficients c_1 et e_1 , c'est nous placer dans le cadre d'un service qui, du point de vue de la démarche stratégique, doit être développé. C'est aussi nous placer au sein d'un service dont les responsables ressentent intensivement l'attrait de ces activités nouvelles.

En revanche, la discussion portant sur les valeurs prises par le coefficient I_1 traduit les différences de comportement que l'on peut retrouver au niveau des responsables administratifs. Rappelons que leur appréciation de la bonne gestion d'un service porte sur deux aspects, la carence et le dépassement budgétaire. Le responsable administratif, soucieux avant tout de contrôler l'évolution des budgets, est représenté ici à travers un coefficient I_1 élevé. A l'inverse, celui sensible à l'accueil du public et donc à la carence, est identifié par un coefficient I_1 faible. Telles sont les lignes générales de cette étude simulée.

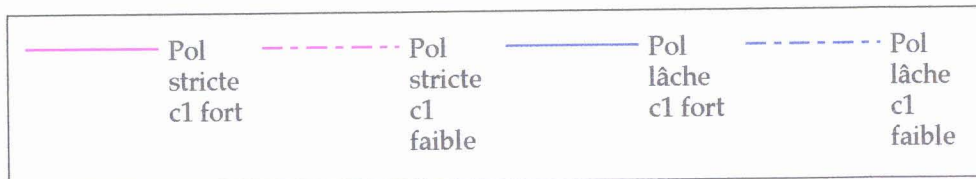
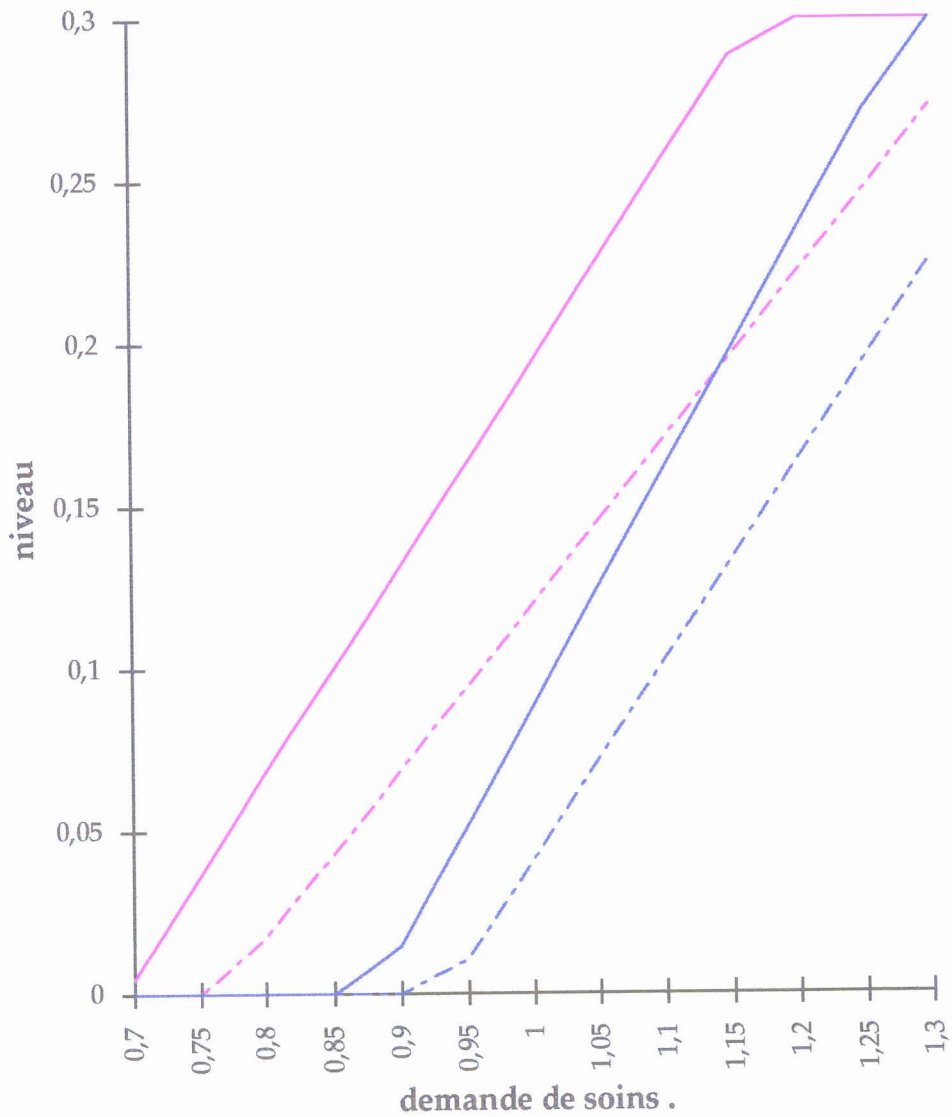
Avant d'exposer les résultats obtenus au niveau des quatre critères de performance retenus : carence, activités nouvelles, utilité et dépenses, nous allons décrire les comportements simulés au niveau de la variable effort de contrôle des dépenses.

1) Les comportements en matière d'effort de contrôle des dépenses.

Les graphes V-2, V-3 et V-4 illustrent les évolutions obtenues en matière d'effort de contrôle des dépenses suivant divers régimes. Une première constatation s'impose. Quelles que soient les valeurs retenues pour les différents paramètres du modèle, l'effort de contrôle est une fonction croissante de la demande de soins. Ceci signifie tout simplement que lorsque la demande de soins est anormalement basse, les services en profitent pour relâcher leurs efforts de contrôle. Ils y sont invités parce que, dans ce cas, ils ne sont pas (ou peu) pénalisés. La deuxième constatation générale est que,

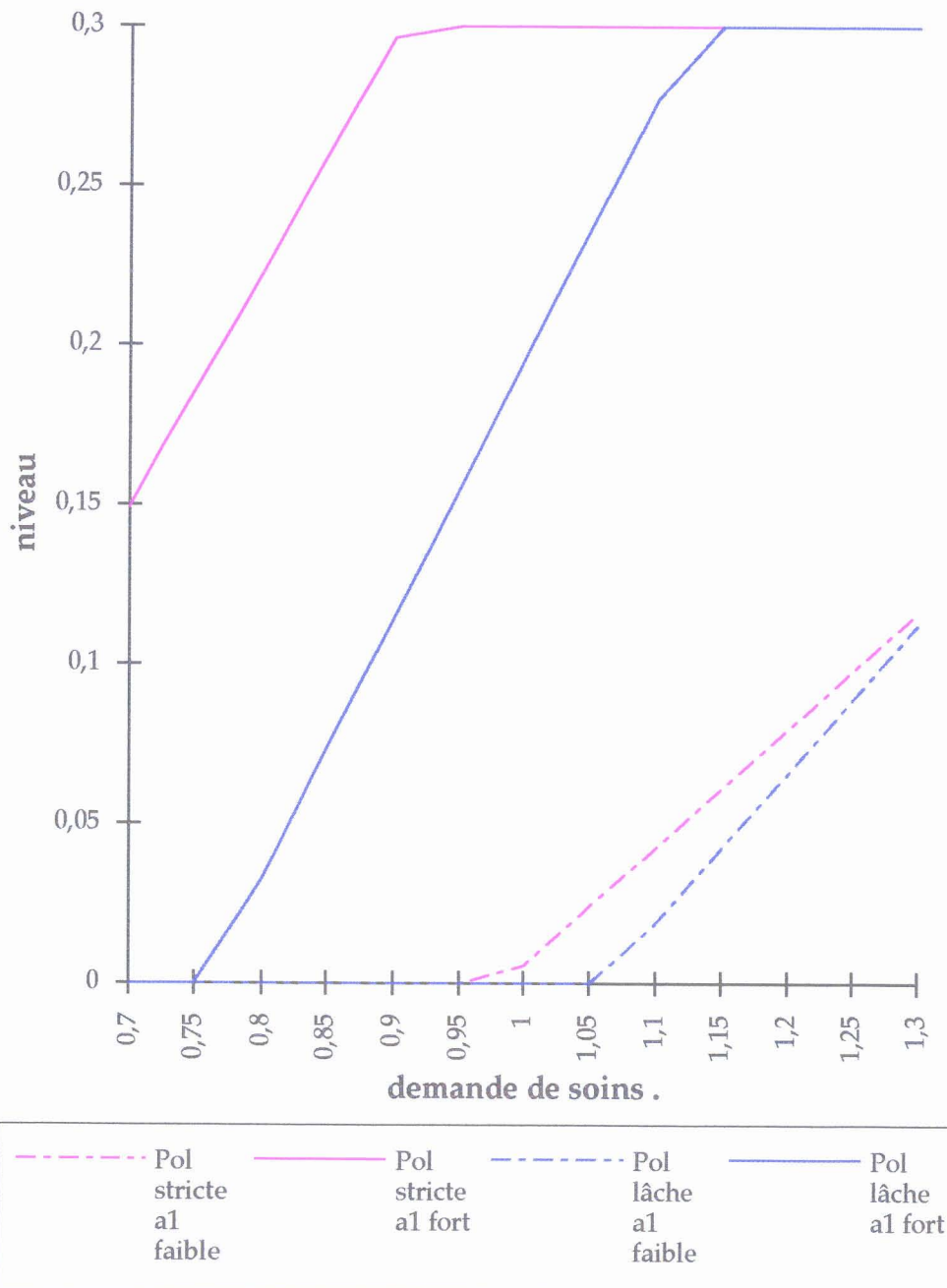
GRAPHE V-2

Etude de la variable effort .



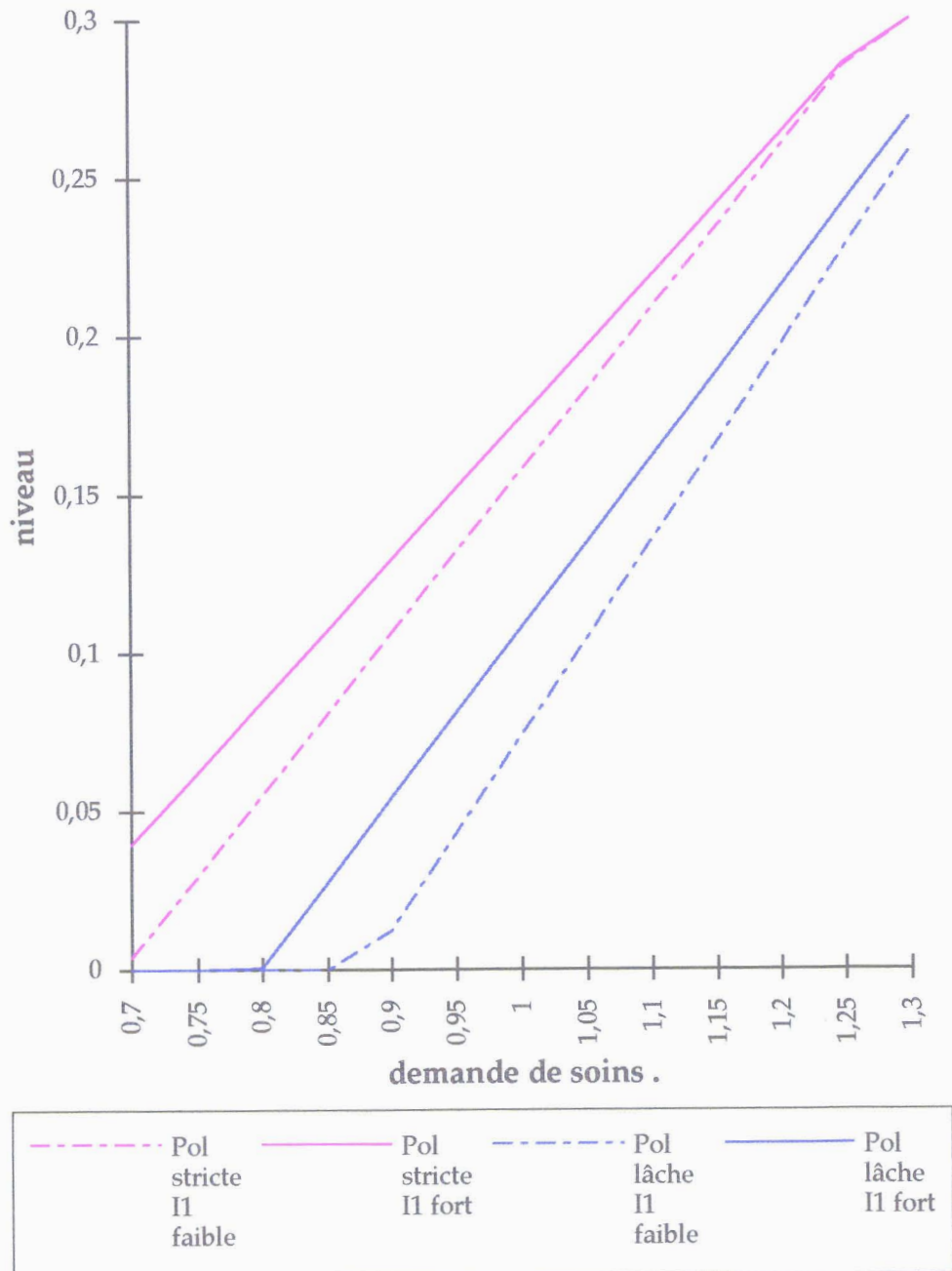
GRAPHE V-3

Etude de la variable effort .



GRAPHE V-4

Etude de la variable effort .



quels que soient les paramètres pris en considération, la politique budgétaire stricte conduit toujours à un niveau d'effort de contrôle supérieur à celui obtenu dans le cas de politique lâche. Ceci se comprend aisément, plus le seuil d'analyse budgétaire est bas, plus la pénalisation se met en oeuvre rapidement. Ici, les exemples traités prennent en considération des seuils de 0,9 (politique stricte) et 1,2 (politique lâche).

Le graphe V-2 permet de mettre en évidence un résultat plus particulier. Si le service est beaucoup plus sensible à la carence qu'à l'effort, quelle que soit la politique budgétaire, l'effort de contrôle produit est plus élevé. Nous avons traité l'exemple numérique suivant :

- service fortement sensible à la carence :

$$c_1 = 0,8$$

- service faiblement sensible à la carence :

$$c_1 = 0,3$$

- les autres coefficients de la fonction d'utilité sont identiques, quelle que soit la sensibilité à la carence, à savoir:

$$e_1 = 0,5 \quad e_2 = 1 \quad c_2 = 1 \quad a_1 = 1$$

- le coefficient I_1 est égal dans les deux cas à 1.

Par ailleurs, ce graphe permet de constater que, quelle que soit la politique budgétaire, lorsqu'il est non nul et inférieur à sa valeur maximale, l'effort de contrôle croît beaucoup plus vite pour les services fortement sensibles à la carence que pour les services peu sensibles à celle-ci.

Le graphe V-3 permet d'illustrer les effets procurés par l'attrait des activités nouvelles pour un service. Dans ce cas, nous avons maintenu constants les coefficients e_1 , e_2 , c_1 et c_2 de la fonction d'utilité. En revanche, nous avons envisagé deux possibilités pour le coefficient a_1 :

- un attrait faible pour les activités nouvelles :

$$a_1 = 0,5$$

- un attrait fort pour les activités nouvelles :

$$a_1 = 3$$

- les valeurs prises par les autres coefficients étaient :

$$e_1 = c_1 = 0,5, \quad e_2 = c_2 = 1, \quad I_1 = 1$$

Ce graphe permet de mettre en évidence deux points. D'une part, si l'utilité procurée par les activités nouvelles reste faible, le système apparaît peu incitatif et les niveaux d'effort de contrôle atteints restent nuls ou très faibles. D'autre part, lorsqu'à l'opposé l'attrait pour les activités nouvelles est élevé et qu'une politique budgétaire stricte est mise en place, les efforts produits sont toujours élevés et le plus souvent maximaux. Nous voyons donc bien le caractère critique que revêt ce paramètre a_1 . Ainsi, un même système budgétaire peut donner des résultats très divers en matière d'effort de contrôle des dépenses, même si la politique est stricte. Tout va dépendre des caractéristiques du service. Il est important, à ce stade, de s'assurer que le service est dans un domaine de forte ou de faible innovation scientifique. Il est indispensable aussi de bien connaître la culture du chef de service et de ses proches : sont-ils des innovants ou non ?

Ceci permet de comprendre pourquoi l'autodiscipline budgétaire n'est pas également répartie au sein d'un centre hospitalier. Les services les plus respectueux de leurs budgets ne le sont pas nécessairement pour des raisons de plus grande vertu de leurs responsables. Ils le sont parce qu'il y va de leur intérêt bien compris. Cet intérêt, dans notre cas, est de se ménager les facilités de financement les plus importantes pour leurs activités nouvelles. On risque d'observer la conjonction suivante : les services les plus vertueux sont aussi les plus dynamiques du point de vue de l'innovation. Ceci ne signifie pas nécessairement qu'il y a de bons profils parmi les chefs de services qui cumulent toutes les qualités. En réalité, comme le suggère ce modèle, la vertu en matière de budget n'est qu'une conséquence de la possibilité d'innover. Bien

évidemment, il y a pour le sommet administratif, de manière symétrique, les cas les plus pénibles : ceux qui ont peu de possibilités d'entreprendre des activités nouvelles et, de plus, les plus dépensiers dans leur gestion courante. Ce cumul de facteurs négatifs ne doit pas être attribué à de mauvaises dispositions de ces chefs de services, mais il provient de la logique du système étudié qui est peu incitatif pour eux. C'est peut-être une conclusion quelque peu désespérante pour les responsables administratifs, mais c'est bien avec ces "mauvais" cas qu'ils doivent dépenser le maximum d'énergie pour le contrôle des dépenses. C'est ce que nous disons lorsque nous suggérons de prendre un seuil d'analyse budgétaire petit pour limiter efficacement la progression des dépenses.

Le graphe V-4 permet de s'intéresser aux effets des changements dans les attitudes du sommet administratif vis-à-vis des dépassements budgétaires. Nous avons envisagé ici deux valeurs possibles pour le coefficient I_1 . Dans un premier cas, le sommet administratif porte une attention extrême au dépassement budgétaire et son évaluation de la gestion du service est principalement fondée sur cet élément. Le facteur carence ne joue plus qu'un rôle très secondaire. Dans le cas numérique traité, I_1 vaut alors 10. Dans un second cas, le sommet administratif prend en compte de manière plus équilibrée le dépassement budgétaire et la carence. Nous avons alors retenu une valeur de I_1 égale à 1. Par ailleurs, les autres coefficients valent respectivement :

$$e_1 = c_1 = 0,5, \quad e_2 = c_2 = 1, \quad a_1 = 1$$

Les résultats obtenus montrent que bien évidemment, plus le sommet administratif est sensible au dépassement budgétaire, plus l'effort de contrôle est important. Bien que les résultats obtenus soient tributaires des valeurs considérées pour les différents paramètres, il semble apparaître, au vu du graphe V-4 un second résultat. L'impact de ce coefficient I_1 semble relativement modeste. Que la politique budgétaire soit stricte ou lâche, les évolutions de la variable effort semblent

relativement proches, que le sommet administratif soit très sensible ou moyennement sensible au dépassement budgétaire. D'une autre façon, que le sommet administratif pondère ou non son appréciation du service en fonction de la carence qu'il estime, le dépassement budgétaire affecte suffisamment dans les deux cas l'attribution de moyens financiers pour les activités nouvelles. Comme la carence est déjà prise en compte au niveau du service, le fait qu'elle soit une seconde fois "comptabilisée" par le sommet administratif n'ajoute pas grand chose à l'efficacité du système.

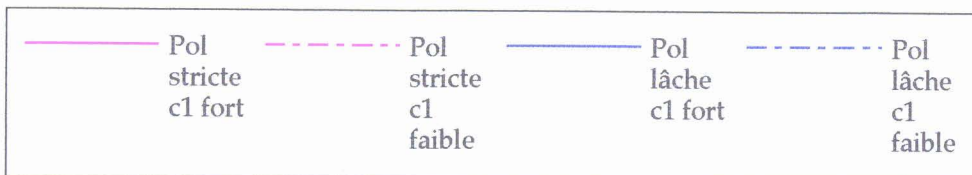
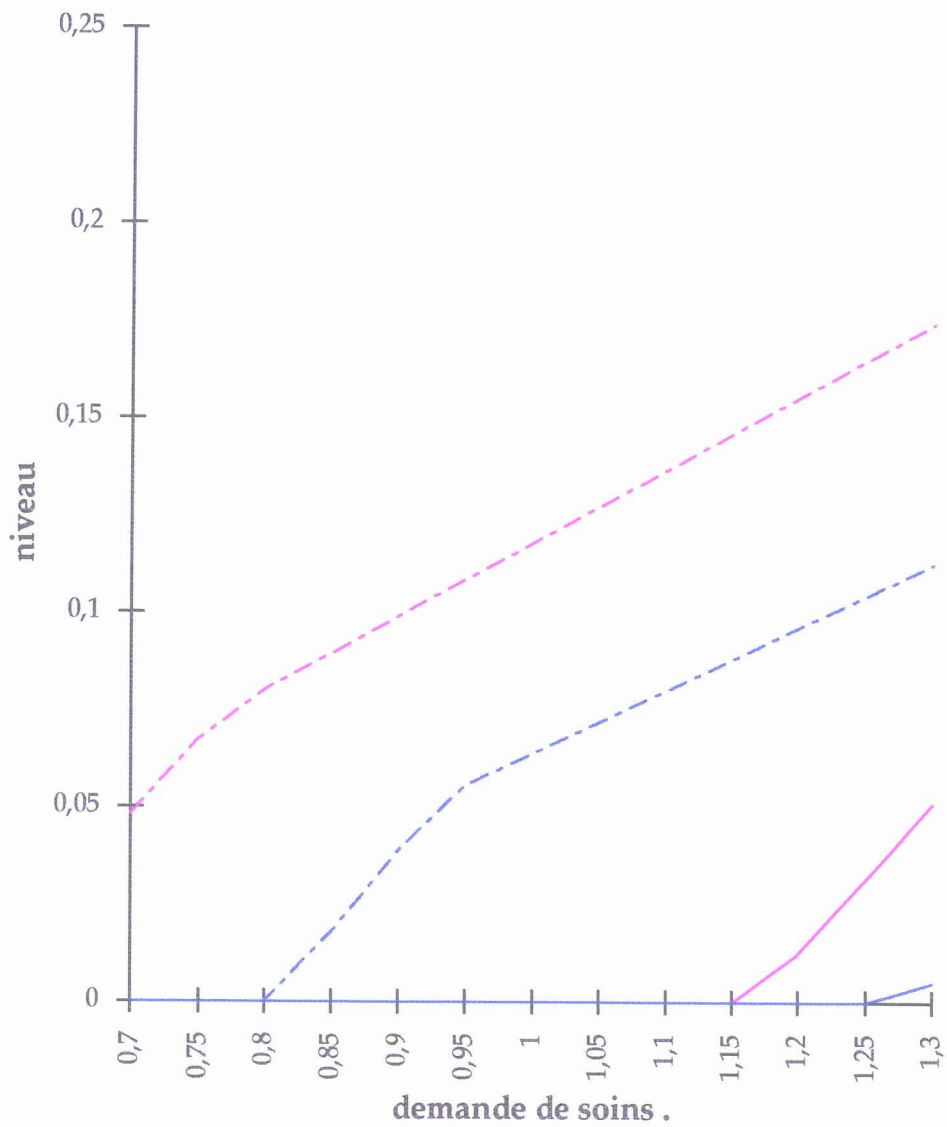
Nous allons passer maintenant à l'étude des résultats obtenus au niveau d'un premier critère de performance, à savoir la carence.

2) L'impact sur la carence.

Nous avons conduit une étude simulée des niveaux de carence obtenus en reprenant le même cadre d'analyse que celui exposé précédemment. Les graphes V-5, V-6 et V-7 représentent les résultats obtenus. Nous pouvons tirer une première conclusion générale. Lorsqu'elle n'est pas nulle, la carence est croissante avec la demande de soins. En aucune manière, elle ne se stabilise et lorsque la demande est anormalement élevée, les services sont conduits, dans des proportions plus ou moins fortes, à ne pas répondre en totalité. Une deuxième constatation générale que nous pouvons tirer de la lecture de ces graphes est que plus la politique budgétaire est stricte, plus les services sont enclins à limiter leur activité afin de limiter les dépassements budgétaires pour eux pénalisateurs. Ce commentaire

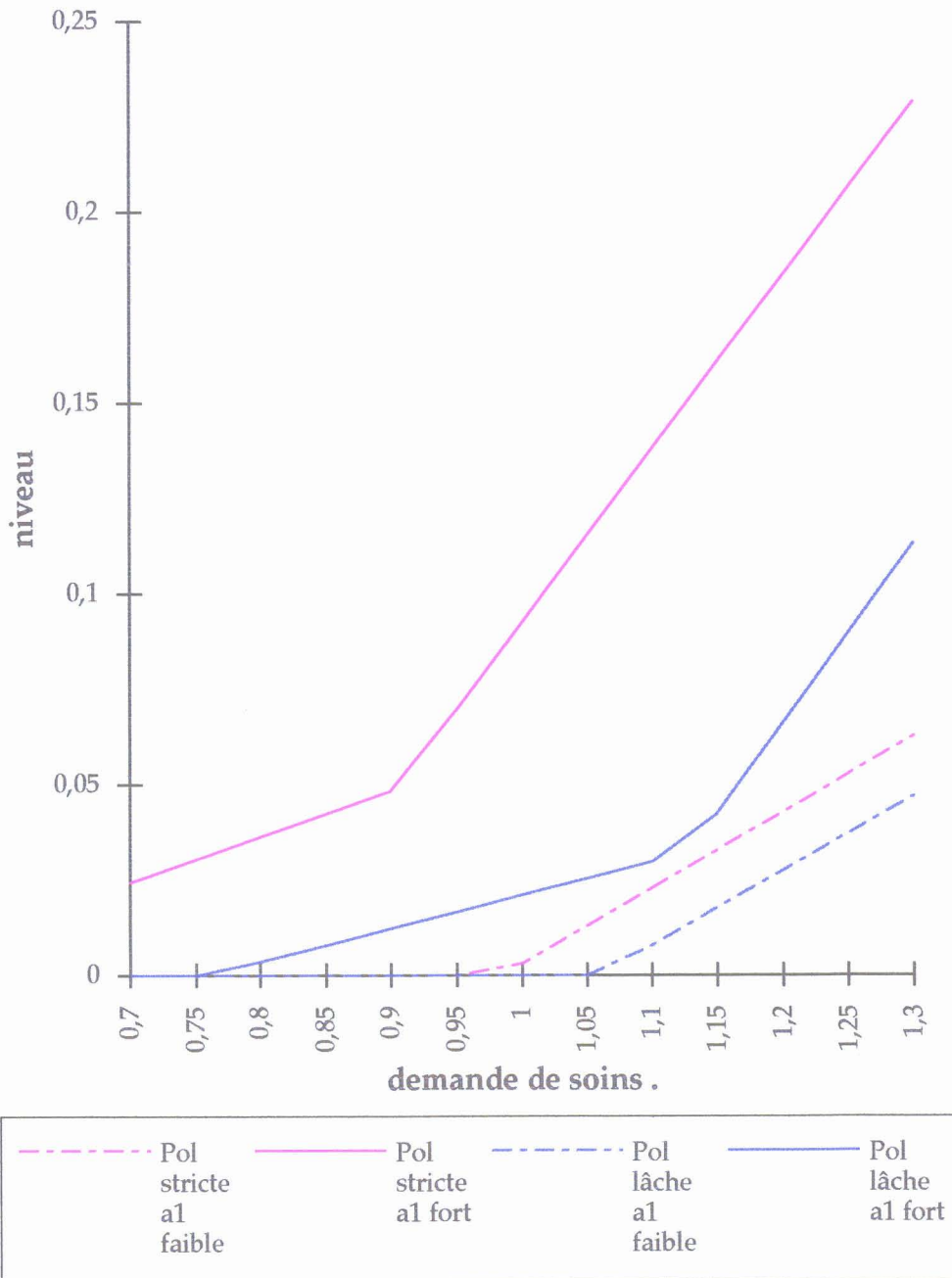
GRAPHE V-5

Etude de la variable carence .



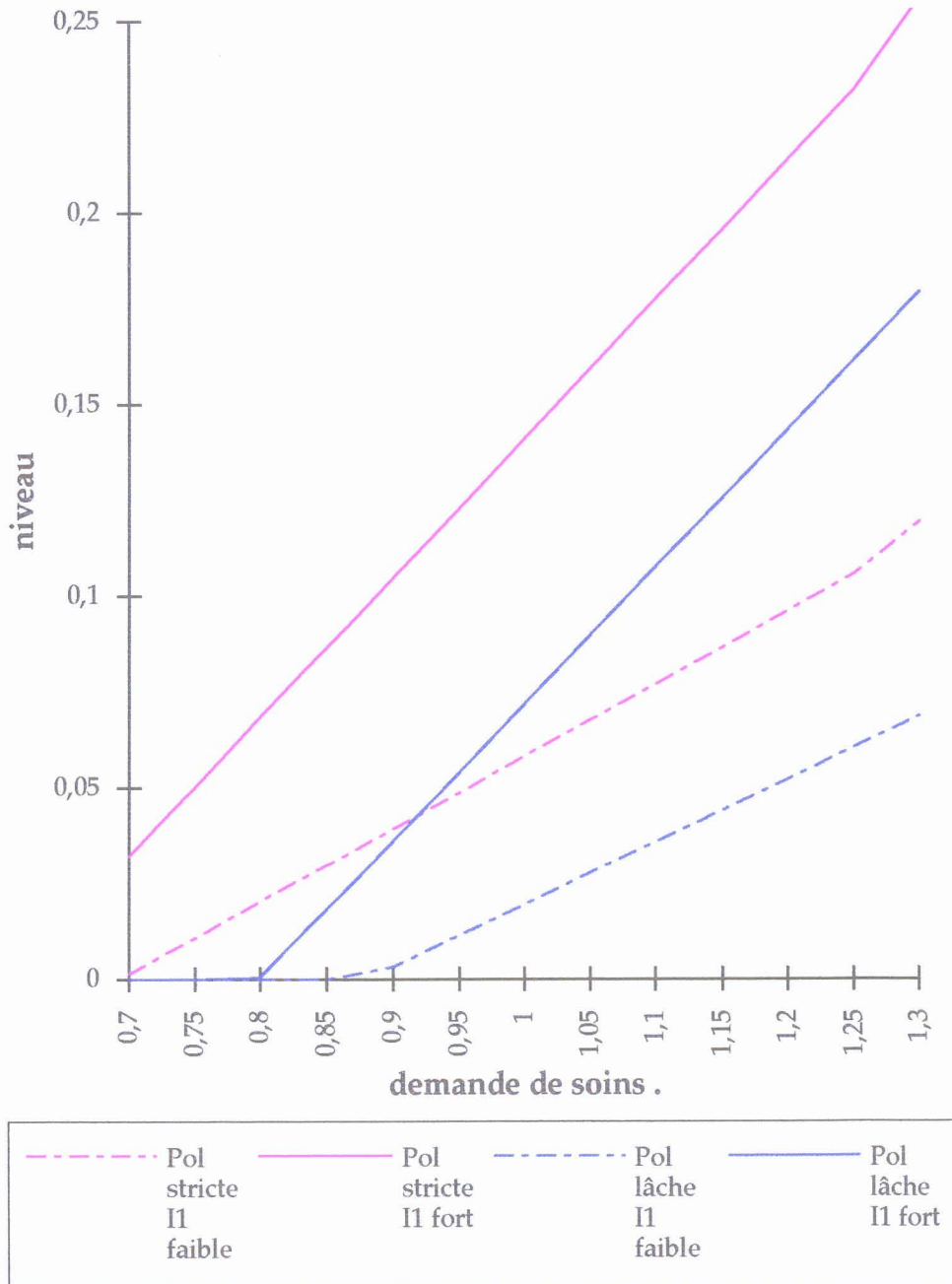
GRAPHE V-6

Etude de la variable carence .



GRAPHE V-7

Etude de la variable carence .



rejoint des observations que nous avons réalisées. Le comportement de certains services de l'hôpital cardiologique en est une bonne illustration. La surveillance des dépenses courantes y est très affirmée, mais cet établissement se distingue aussi par ses succès pour le financement de ses activités nouvelles.

De manière plus particulière, le graphe V-5 permet de constater que ce n'est que pour les services beaucoup plus sensibles à la carence qu'à l'effort ($c_1 = 0,8 > e_1 = 0,5$), que la carence est presque totalement éliminée, et ceci quel que soit le niveau de la demande de soins. Bien évidemment, ce résultat se trouve renforcé quand la politique budgétaire est de type lâche. En revanche, lorsque la carence est faiblement ressentie par rapport à l'effort de contrôle des dépenses, les niveaux de carence obtenus sont loin d'être négligeables. Le graphe V-5 en fournit un bon exemple, tout particulièrement lorsque la politique budgétaire est stricte. Ainsi, on peut dire qu'un service qui a la possibilité de réorienter une partie des patients vers d'autres établissements ou d'allonger ses listes d'attente (sans risque médical) a toujours une incitation à ne pas atteindre son objectif initial d'activité. En quelque sorte, il cache une partie de son manque de goût pour le contrôle des dépenses derrière une sous-activité difficilement observable par le sommet administratif. Par ailleurs, la carence apparaît proportionnelle à la demande de soins. Ceci semble indiquer que le service adapte faiblement sa production à la demande. Il évite ainsi sans mal toute pénalité consécutive à un dépassement budgétaire. Telles sont les deux perversions majeures liées à la présence d'un système budgétaire strict qui ne manqueraient pas d'apparaître dans les services de ce type.

Ces constatations sont renforcées par les conclusions que l'on peut tirer à la lecture du graphe V-6. Ce dernier montre que quelle que soit la politique budgétaire, la carence reste nulle ou modérée pour les services ayant un attrait très faible pour les activités nouvelles. En

revanche, lorsque le goût pour les activités nouvelles est prononcé et que la politique budgétaire est stricte, la carence croît rapidement avec la demande de soins. Le graphe V-6 suggère dans ce cas que si la demande est supérieure à la moyenne prévue, la production s'adapte peu ou pas. La volonté de garder à tout prix ses chances intactes d'obtenir le financement tant attendu des activités nouvelles incite dans ce cas le service à ne pas augmenter son activité. D'une certaine manière, le poids des aléas est reporté sur les patients.

Enfin, le graphe V-7 permet de mettre en évidence une des conséquences des attitudes que peut avoir le sommet administratif. Dans les deux cas étudiés, une trop grande prise en compte du dépassement budgétaire dans la notation du service par le sommet administratif peut conduire à un accroissement sensible de la carence lorsque la demande de soins est élevée. Ceci fournit un éclairage complémentaire aux commentaires que nous avons livrés sur le graphe V-4. Si l'évaluation administrative se fait trop exclusivement à partir du dépassement budgétaire, ceci n'a pas de conséquences marginales sensibles en matière d'effort de contrôle des dépenses, mais en a en revanche en matière de carence. Au fond, une trop grande "obsession" du dépassement budgétaire des administratifs fait porter un poids plus grand sur les patients que sur les professionnels. Bien évidemment, ces résultats doivent être pris en considération avec prudence puisqu'ils ne reposent que sur des simulations.

Nous pouvons cependant rapprocher ce résultat d'une anecdote que nous avons rapportée au chapitre III. Lorsqu'un nouveau directeur a souhaité renforcer la discipline budgétaire au sein de son établissement, l'une des mesures les plus spectaculaires qu'il a prises a été de conduire le médecin chef d'un service à retarder de quelques semaines la pose d'un matériel coûteux. Manifestement, nous avons ici un exemple d'une corrélation entre un fort souci de contrôle des dépenses et une augmentation de la carence.

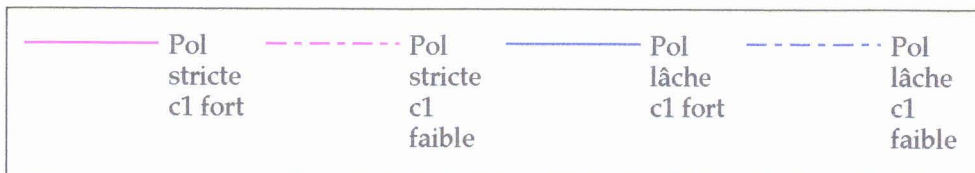
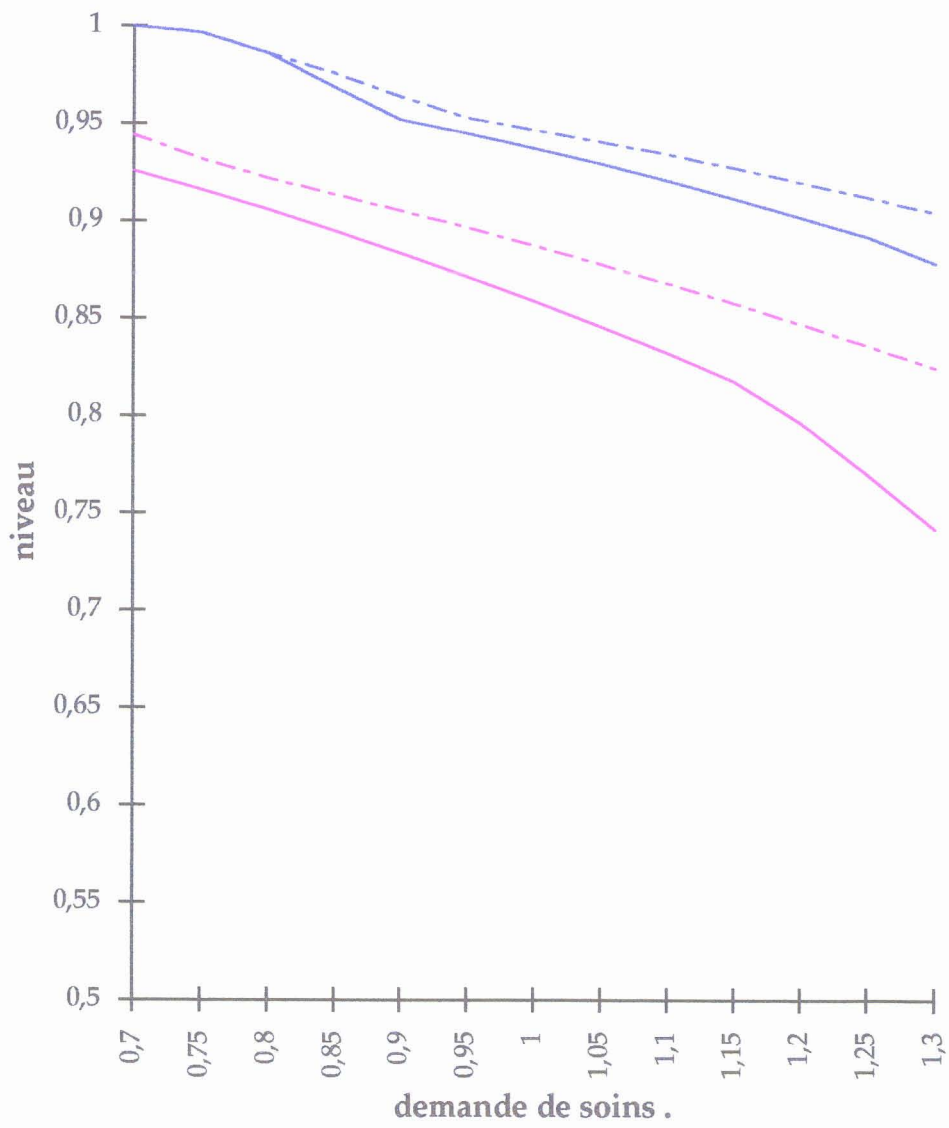
3) L'impact sur le montant des activités nouvelles financé et la satisfaction des services.

Les graphes V-8,V-9 et V-10 permettent d'apprécier les conséquences de l'utilisation d'un tel système budgétaire en matière de financement des activités nouvelles. Dans les simulations que nous avons développées, nous avons supposé que le montant total de projets, qu'il était d'un point de vue médical et scientifique souhaitable de mettre en oeuvre, était égal à 1. Bien évidemment, si ce financement n'était pas utilisé comme moyen d'incitation, il serait optimal d'allouer au service concerné ce montant de 1, et ceci quel que soit l'état de la demande de soins. Tout financement inférieur est donc sous-optimal. C'est en quelque sorte le coût de ce système d'incitation qui a par ailleurs l'avantage de permettre l'apparition d'un effort de contrôle des dépenses courantes.

La première constatation générale que nous pouvons tirer de la lecture de ces trois graphes est que quels que soient les paramètres pris en considération, ce système d'incitation apparaît coûteux puisque le montant financé est généralement inférieur à 1. La seconde constatation générale est que le coût se manifeste dans des situations de demande de soins élevée. En effet, et ceci pour toutes les politiques de contrôle budgétaire étudiées, le montant des activités nouvelles financé est décroissant avec la demande de soins. Généralement, cette diminution est d'autant plus forte que la demande est élevée. Ainsi, les services faisant face à une forte variabilité de leur demande de soins seront plus souvent et plus fortement pénalisés que les autres. Le troisième résultat général que nous pouvons déduire des trois graphes en question est que plus la politique budgétaire est stricte, plus elle est coûteuse, puisque les financements obtenus y sont plus faibles.

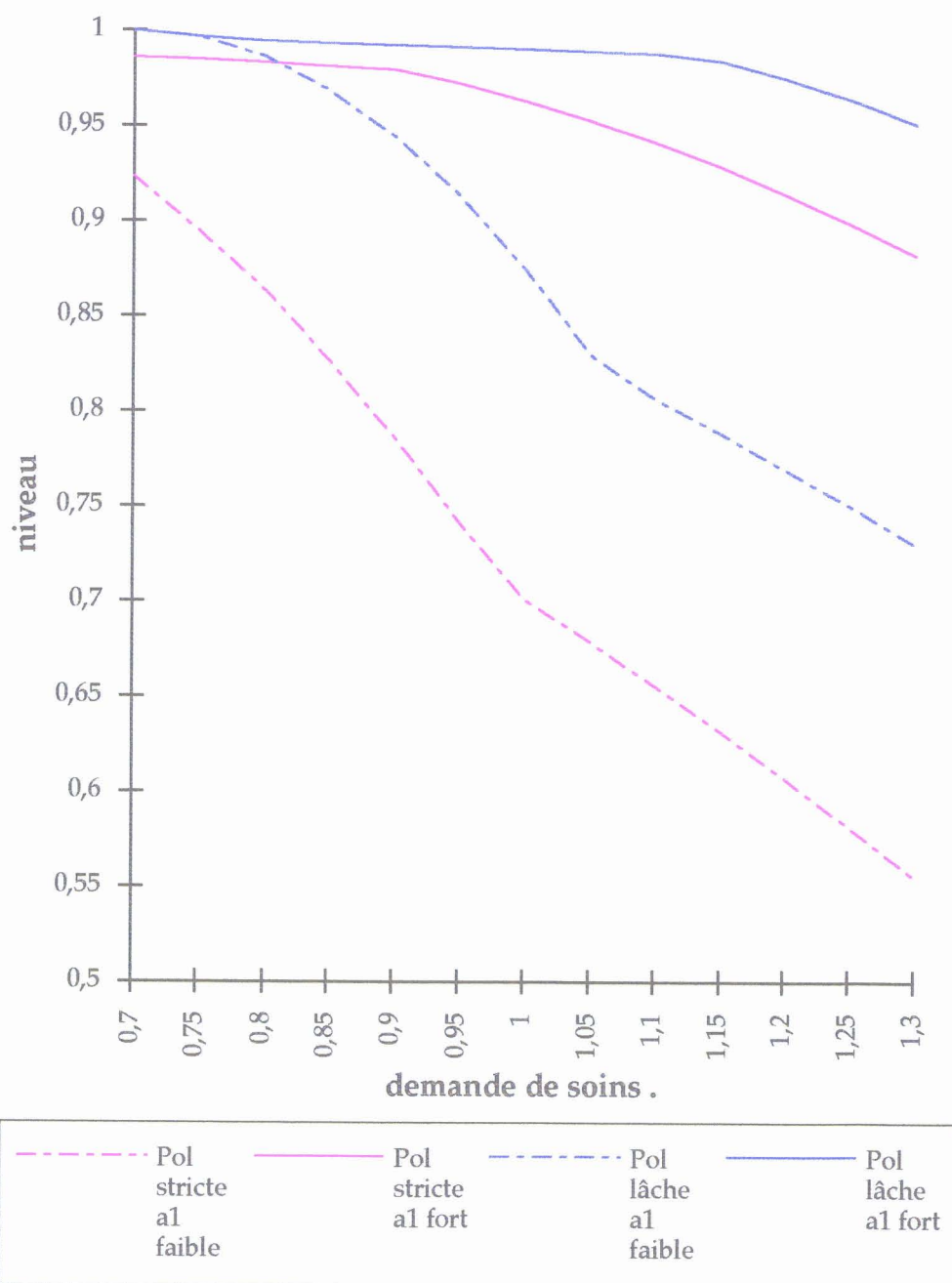
GRAPHE V-8

Etude de la variable activités nouvelles .



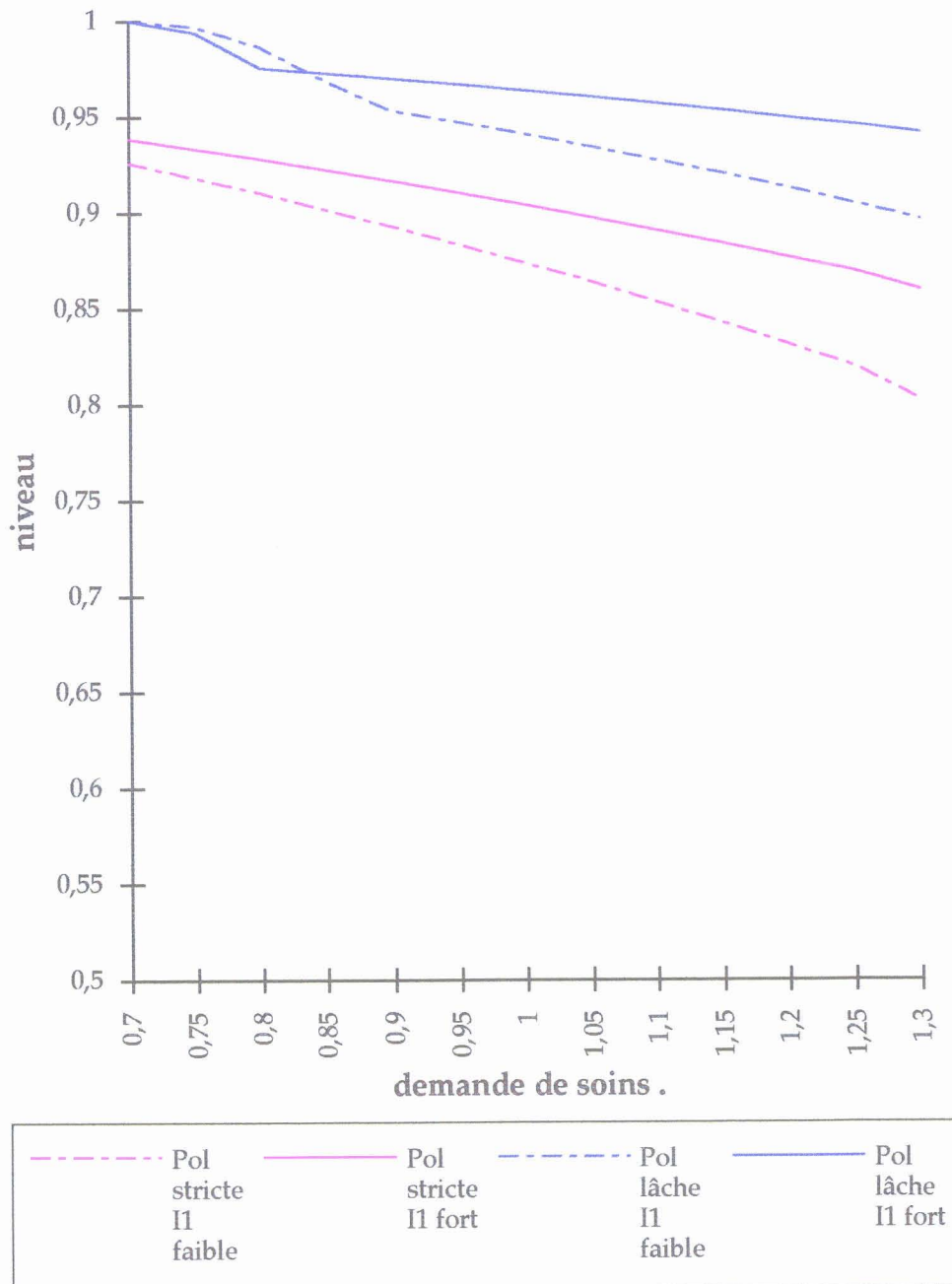
GRAPHE V-9

Etude de la variable activités nouvelles .



GRAPHE V-10

Etude de la variable activités nouvelles .



Le graphe V-8 permet de préciser ce dernier résultat. Les services qui manifestent une aversion beaucoup plus grande à la carence qu'à l'effort de contrôle des dépenses se trouvent marginalement beaucoup plus pénalisés que les autres dans les situations de demande de soins élevée. En effet, la courbe du financement des activités nouvelles apparaît fortement concave. La raison en est simple. Ces services ne peuvent pas reporter sur leurs patients le poids de leurs problèmes, ils sont obligés de faire face à l'accroissement de la demande. Ayant déjà produit l'effort de contrôle maximum, ils ne peuvent qu'accroître leurs dépenses pour produire plus. Le dépassement budgétaire qui s'en suit est alors particulièrement pénalisateur. On peut parier que dans une telle situation, ce système budgétaire sera vécu comme particulièrement injuste et inefficace. Le caractère injuste provient du fait que le service a déjà produit un effort maximum et qu'il a servi au mieux les patients. Le caractère inefficace est associé à la perte d'opportunité d'activités nouvelles particulièrement intéressantes.

Le graphe V-9 fournit un résultat beaucoup plus trivial. Si l'intérêt pour le service des projets d'activités nouvelles est extrêmement élevé, le montant financé reste proche du maximum. Ce type de services cherche à éviter au maximum toute pénalisation. Il respecte au mieux ses budgets et fournit l'effort de contrôle le plus élevé. En revanche, quand l'intérêt pour les activités nouvelles est médiocre, le service se désintéresse de cette variable. Le montant financé peut diminuer rapidement lorsque la demande de soins est élevée, il n'en est guère affecté. Le système perd alors ses capacités d'incitation.

Un résultat voisin apparaît, mais de manière plus modeste, au graphe V-10. Les montants de financement alloués aux projets d'activités nouvelles sont d'autant plus insensibles aux fluctuations de l'activité que le sommet administratif accorde une

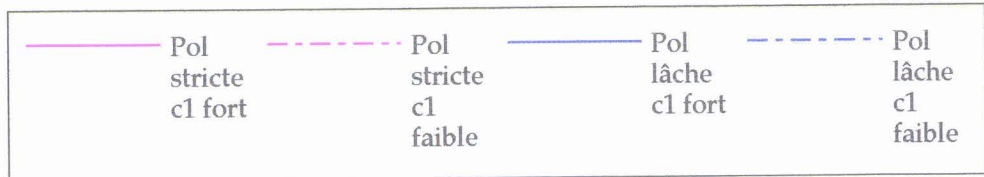
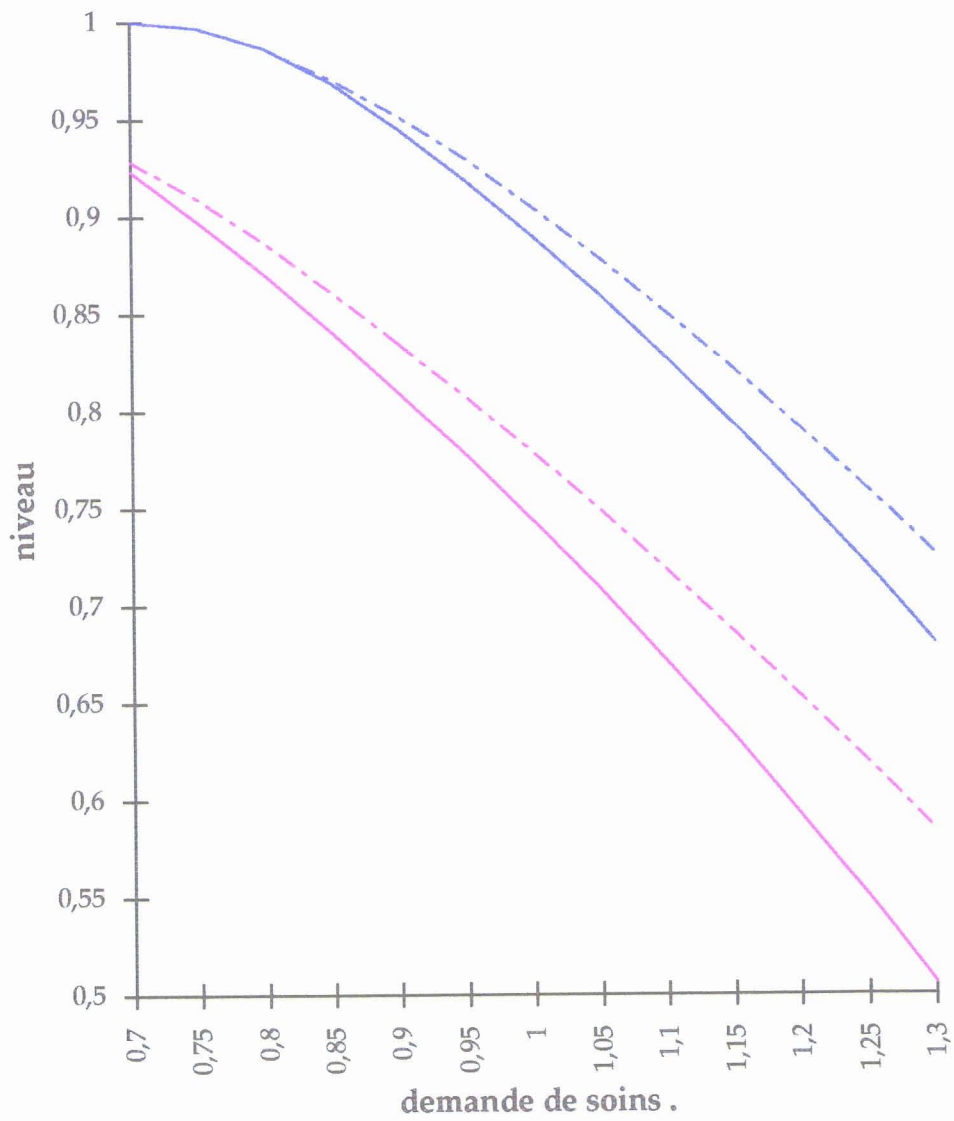
place importante au dépassement budgétaire dans sa notation. Dans ce cas, le service préfère limiter ses dépenses. Face à une demande de soins élevée, il choisit de produire un effort de contrôle important, et secondairement de laisser apparaître une carence. La place du jeu budgétaire entre les acteurs s'en trouve renforcée.

Nous venons de nous intéresser au financement des activités nouvelles parce qu'il est source de satisfaction pour les services. Mais ces derniers sont aussi, par hypothèse, affectés par l'effort de contrôle des dépenses et la carence, tous deux sources de désutilité. Il est intéressant à ce stade de l'étude d'apprécier les effets conjugués de ces trois variables sur la satisfaction des services. Rappelons que plus faible est la satisfaction d'un service, moins forte sera son intégration au sein de l'hôpital et plus difficile sera le fonctionnement de ce dernier. Les graphes V-11 et V-12 permettent d'apprécier l'évolution de cette utilité en fonction de la demande de soins à laquelle le service est confronté.

Ces deux graphes permettent de dégager deux conclusions principales. La première est que ce système budgétaire conduit à une satisfaction d'autant plus faible que la demande est élevée. Un budget dont la base est indépendante du niveau d'activité constaté ne peut conduire à l'évidence qu'à ce seul résultat. Nous verrons au chapitre prochain si la définition d'une autre base budgétaire permet d'atténuer cet inconvénient. Le deuxième résultat est que plus la politique budgétaire est stricte, plus la satisfaction du service est faible, et ceci quel que soit le niveau de la demande de soins. La difficulté de mesurer l'activité hospitalière et l'incapacité du sommet administratif à observer les efforts de maîtrise des dépenses ont un coût réel pour les services eux-mêmes. Nous voyons qu'un système budgétaire tel que celui que nous avons envisagé n'est pas neutre pour les professionnels eux-mêmes mais qu'il est consommateur de leur satisfaction.

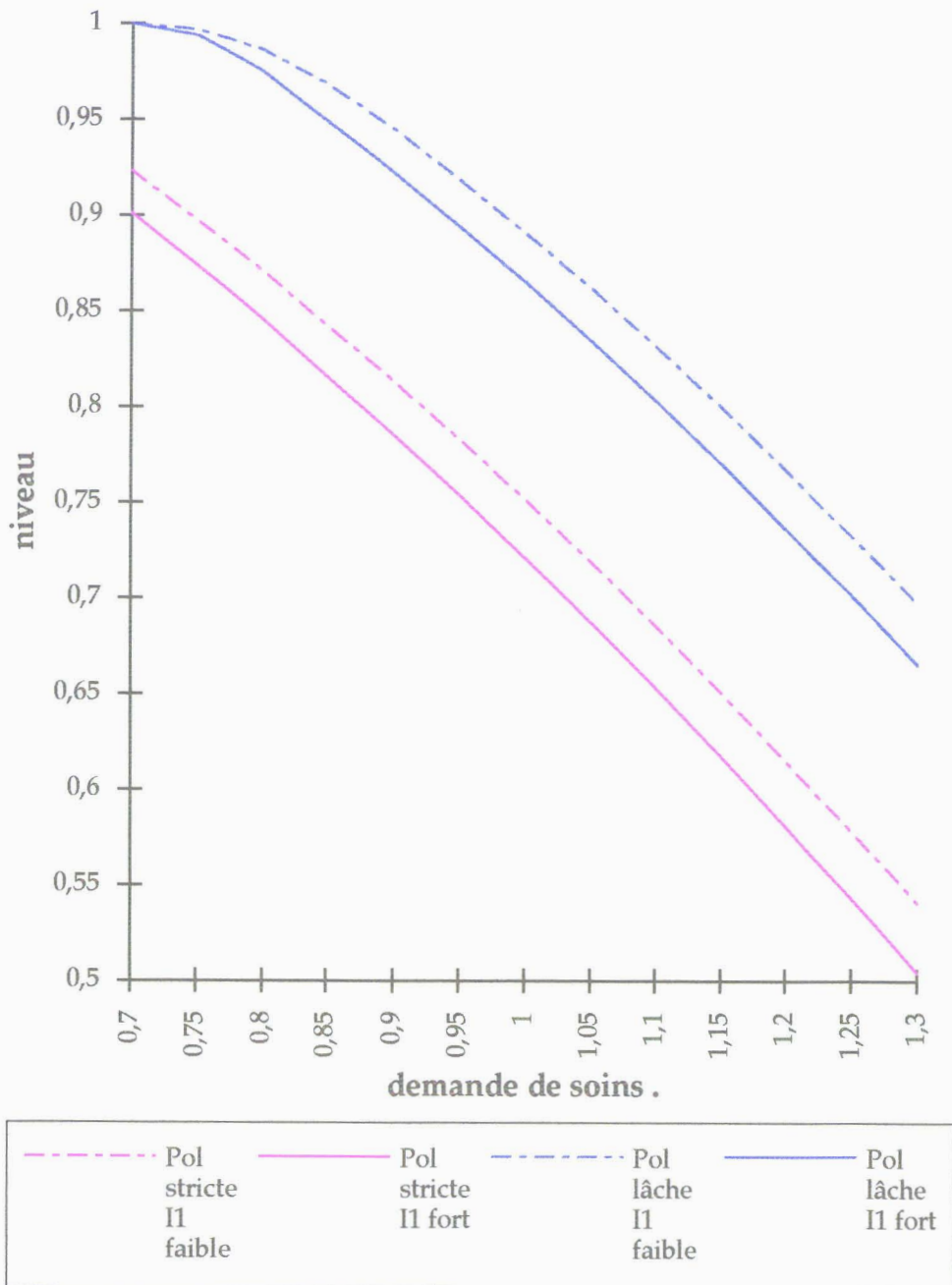
GRAPHE V-11

Etude de la variable utilité .



GRAPHE V-12

Etude de la variable utilité .



Le graphe V-11, et plus accessoirement le graphe V-12 permettent d'affiner les constatations précédentes. Non seulement la courbe d'utilité est décroissante avec la demande de soins, mais elle est aussi concave. Sa concavité est d'autant plus élevée que l'aversion à la carence relativement à l'effort est plus grande. Le poids du système budgétaire n'est donc pas égal pour tous les services. Là encore, nous pouvons constater que moins un service peut recourir à la carence du fait de son type d'activité, plus il sera désavantagé en termes d'utilité. Enfin, de manière plus accessoire, le fait que le sommet administratif soit de plus en plus concerné par les seules données budgétaires a tendance à rendre plus concave la courbe d'utilité du service. Nous aurons l'occasion d'utiliser ce résultat particulier au chapitre suivant.

4) L'impact sur les dépenses.

Nous arrivons au terme de cette première étude par la simulation à l'observation de la variable dépenses dont la maîtrise est un des objectifs principaux de ce système budgétaire. Les graphes V-13, V-14 et V-15 fournissent en ce domaine quelques éléments d'appréciation. La première constatation générale que nous pouvons tirer de leur lecture est que l'évolution des dépenses, dans tous les cas envisagés, apparaît beaucoup plus complexe que celle que laissait envisager notre simple modèle de production initial. Rappelons en effet que nous avons supposé initialement que les dépenses nécessaires à l'accomplissement des soins sont strictement proportionnelles à la demande. Ainsi, si un effort constant de contrôle des dépenses était maintenu, les courbes de dépenses devraient être des parallèles à la première bissectrice au sein des graphes considérés. Tel n'est pas le cas

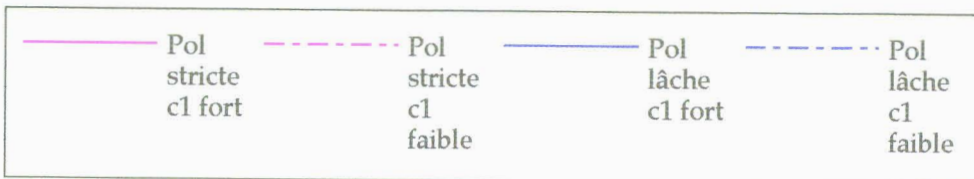
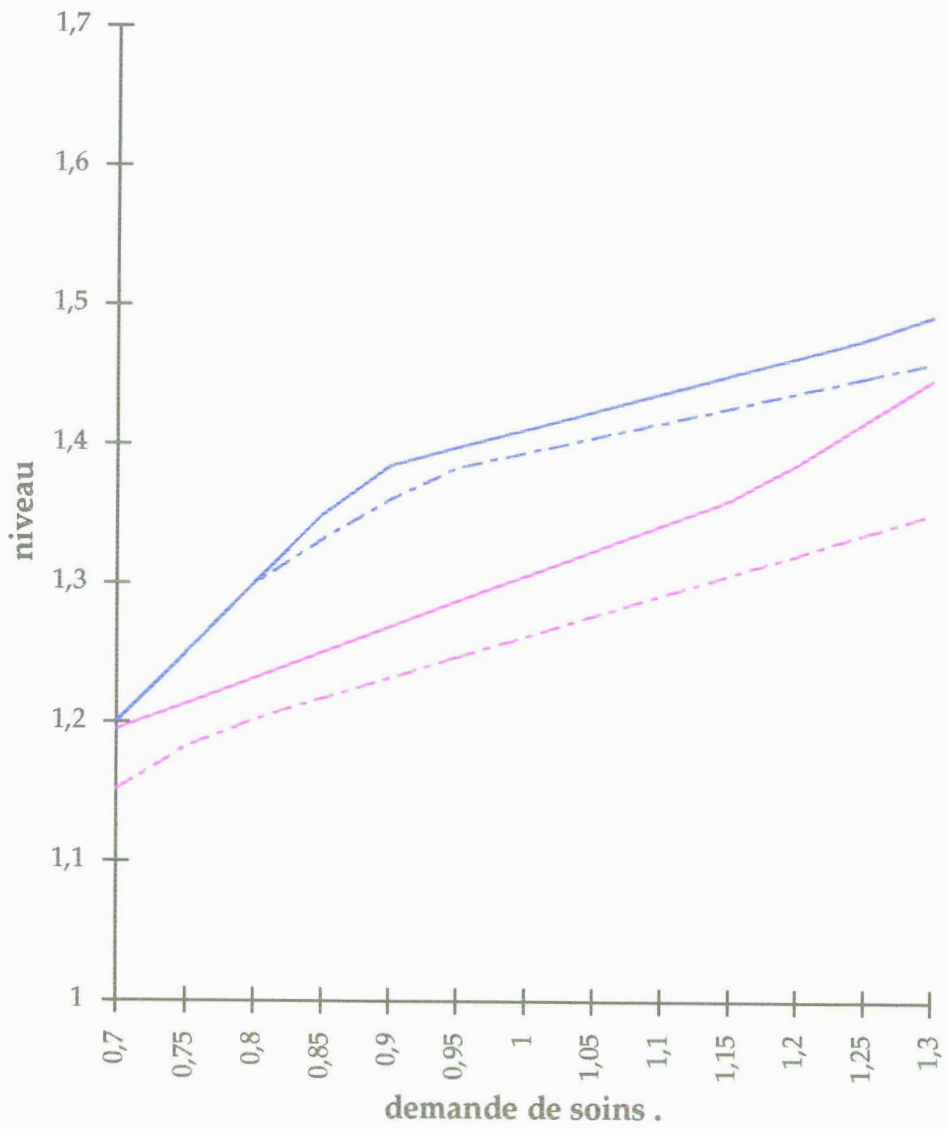
à l'évidence. Le simple mécanisme de contrôle que nous avons modélisé affecte considérablement l'évolution des dépenses.

La seconde constatation que nous pouvons tirer est que quelles que soient les politiques budgétaires mises en oeuvre, les dépenses sont toujours croissantes avec la demande de soins. Enfin, troisième et dernier aspect général, plus le seuil d'analyse budgétaire est élevé, plus les dépenses sont importantes. Ce résultat fort simple a un corollaire pratique. Si le sommet administratif a une volonté de maîtriser très rigoureusement les dépenses, il doit non seulement pénaliser les dispendieux, mais aussi, ce qui est tout aussi important, récompenser les économes. Un système qui ne s'intéresse qu'aux seuls dispendieux ne permet pas d'atteindre l'objectif recherché. Le contrôle du dépassement d'un budget "normal" pour une activité "normale" n'est pas un mécanisme efficace de maîtrise des coûts.

Une explication plus fine de la constatation précédente peut être trouvée à la lecture du graphe V-13. Quelles que soient les caractéristiques du service face à la carence et à l'effort, il apparaît qu'un système de contrôle budgétaire strict permet de limiter la croissance des dépenses à un rythme proportionnellement plus faible que celle de l'activité. La courbe des dépenses est proche d'une droite dont la pente est à l'évidence inférieure à 1. La raison en est simple. Les efforts de contrôle des coûts augmentent petit à petit avec la demande de soins, ce qui fait que les dépenses totales augmentent moins vite que les soins produits. En revanche, si une politique budgétaire lâche est mise en place, le service n'a aucune incitation à fournir un effort de contrôle lorsque la demande de soins est faible. Dans cette première zone, les dépenses augmentent aussi vite que les soins produits, la pente de la courbe est égale à 1. Ce n'est que lorsque le service est incité à produire un effort ou à laisser apparaître de la carence que le rythme d'accroissement des dépenses diminue sensiblement. Telle est l'origine de cette courbe coudée de dépenses.

GRAPHE V-13

Etude de la variable dépenses .



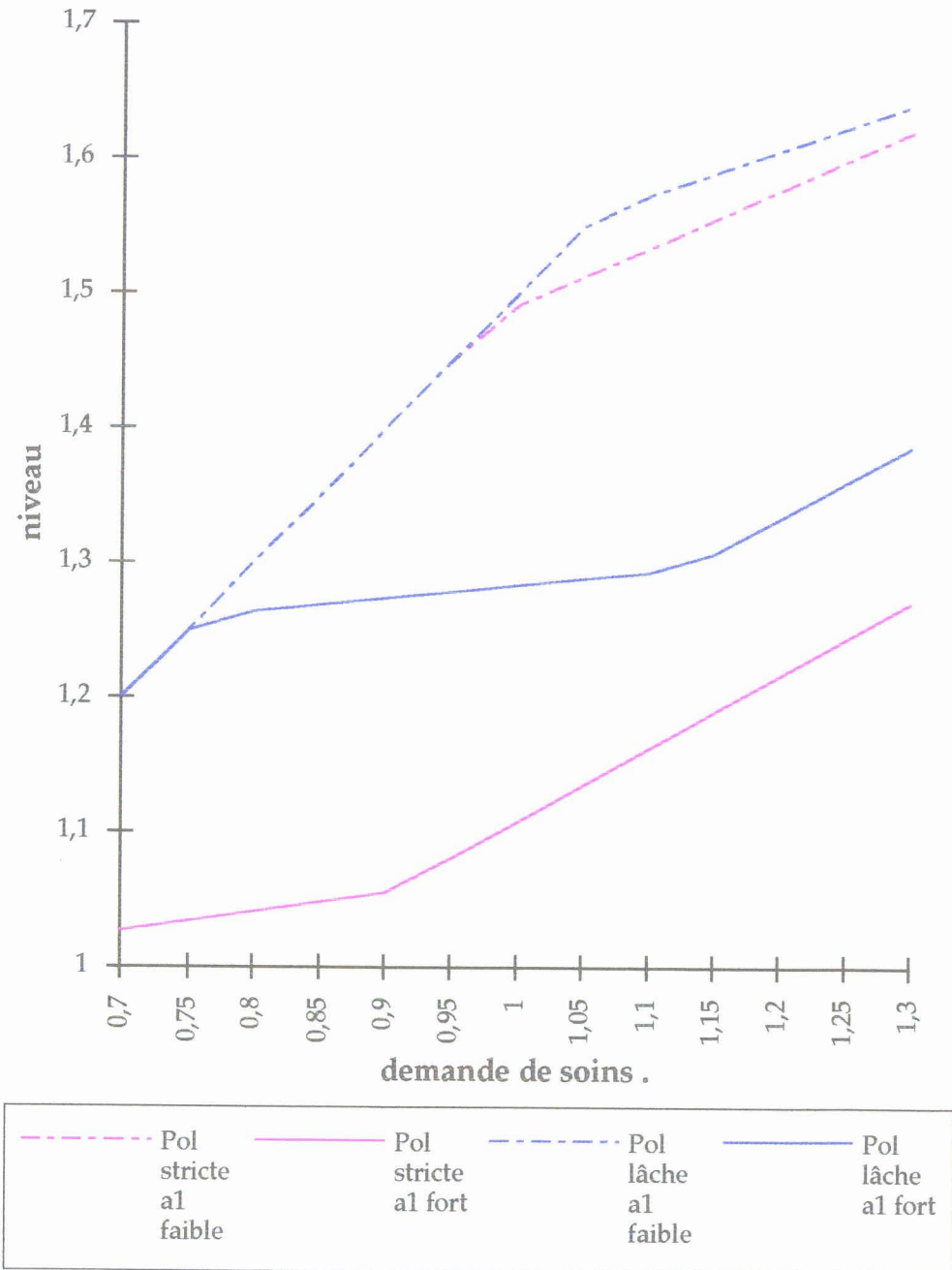
Le graphe V-14 permet d'illustrer l'impact qu'a l'attrait des projets nouveaux pour le service sur le comportement des dépenses courantes. Un premier résultat trivial apparaît. Si l'attrait est très petit, le système ne permet pratiquement pas de maîtrise des dépenses, que la politique budgétaire soit stricte ou lâche. En revanche, quand l'attrait est très élevé, l'effort de contrôle des dépenses se met rapidement en place. Ceci explique la présence, aussi bien pour la politique budgétaire stricte que pour la politique budgétaire lâche, d'un important segment de courbe à pente très faible. Une fois l'effort maximum de contrôle atteint, les dépenses augmentent à un rythme plus soutenu avec la demande de soins. Mais ceci est incontournable, vu la fonction de coûts, si on ne souhaite pas accroître inconsidérément la carence. Ce résultat est intéressant car il suggère que les services les plus motivés pour les activités nouvelles ne vont pas résoudre leur problème budgétaire par un accroissement facile et déraisonnable de la carence. L'effort de contrôle des dépenses reste encore payant dans ce cas.

Enfin, le graphe V-15 permet de constater, comme on pouvait d'ailleurs s'y attendre, que plus le sommet administratif pénalise un service en fonction de son dépassement budgétaire, plus celui-ci exerce un contrôle rigoureux sur ses dépenses. Mais la nature des résultats obtenus n'est pas en soi modifiée. Les courbes des dépenses semblent, au vu des simulations présentées, simplement translatées vers le bas.

Tout au long de ce chapitre, nous avons montré qu'il était possible d'élaborer un modèle formalisé dans le cadre original des

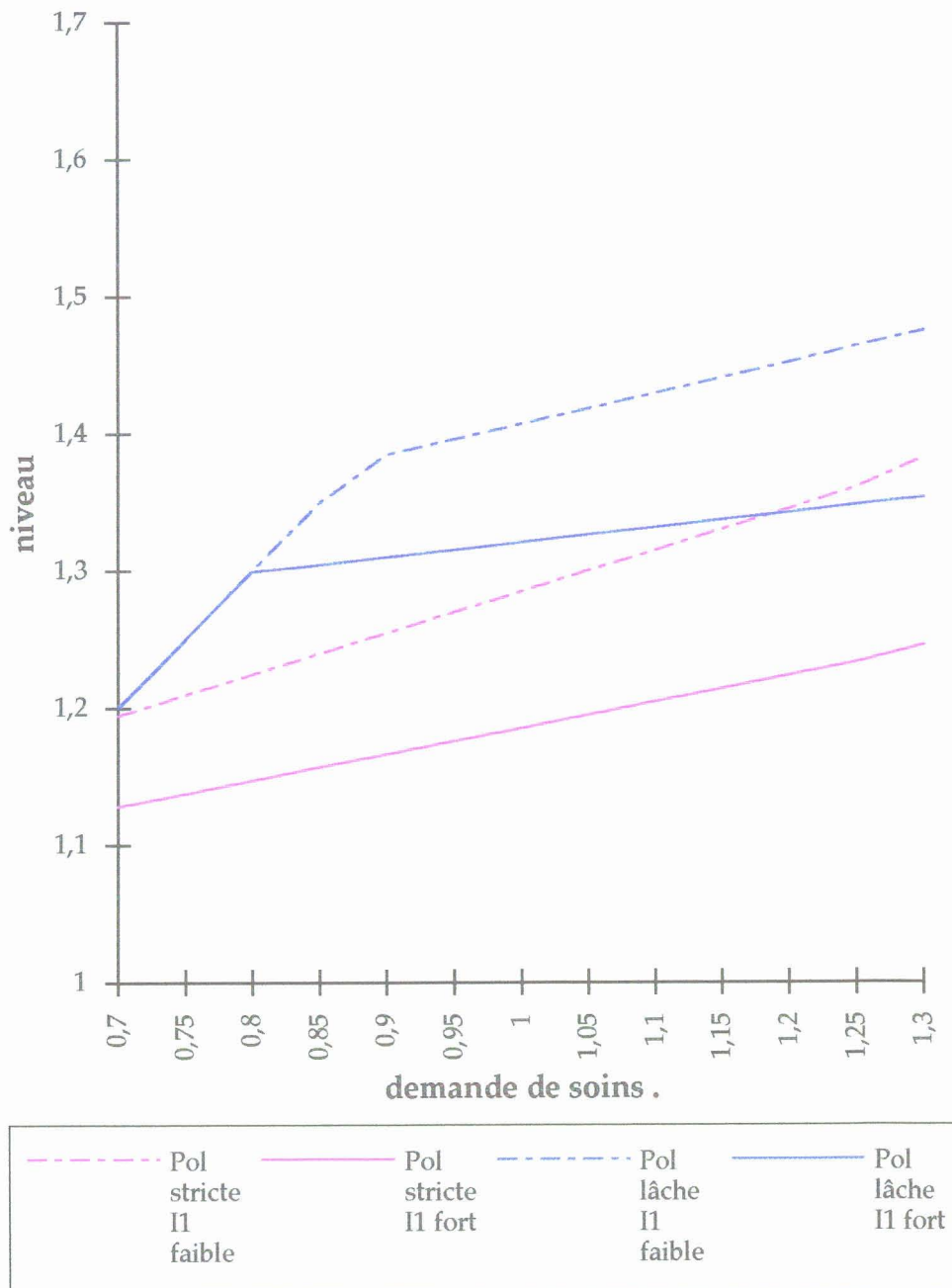
GRAPHE V-14

Etude de la variable dépenses .



GRAPHE V-15

Etude de la variable dépenses .



transactions diagonales. La complexité de ce cadre n'interdit pas de bénéficier des avantages que procure la théorie de l'agence en ce domaine. A partir de là, à l'image de Demski et Feltham (1976), mais ici pour le seul budget de service, nous avons procédé à l'étude d'exemples numériques. Dans ce cadre particulier, nous avons pu mettre en évidence les interactions entre différentes variables comme les choix d'activités nouvelles, les évaluations du sommet administratif, les efforts de contrôle réalisés par le service et les niveaux de carence acceptés. Par ailleurs, nous avons pu, à l'aide de différents paramètres, prendre en compte diverses caractéristiques techniques ou comportementales des acteurs : intérêt pour les activités nouvelles, sensibilité à la carence, aversion vis-à-vis de l'effort de contrôle des dépenses, importance des déficits comptables, efficacité des méthodes de contrôle des dépenses.

Il apparaît qu'une politique budgétaire ne permet pas de satisfaire plusieurs objectifs à la fois, à savoir la satisfaction des services mesurée à travers leur utilité, la maîtrise des dépenses courantes et la carence ou encore la demande de soins non satisfaite. Le prix qu'il faut payer pour améliorer les résultats en fonction d'un objectif en termes de détérioration sur les deux autres critères peut être très différent d'un cas à l'autre. Tout dépend des valeurs prises par les différents paramètres, c'est-à-dire des caractéristiques techniques et comportementales des services. Il est clair qu'une même et seule politique budgétaire ne peut pas être satisfaisante pour tous les types d'activité. En fonction des caractéristiques rencontrées, il est possible tout à fait rationnellement que les acteurs acceptent de mettre en place des compromis différents. A titre d'exemple, les simulations précédentes permettent de mettre en évidence que plus l'attrait pour les activités nouvelles est fort, plus il est facile de mettre en place un contrôle budgétaire strict. En revanche, il est bien difficile de l'établir lorsque l'aversion à la carence est élevée, soit parce qu'il n'est pas

possible de retarder les interventions, soit parce qu'aucune solution extérieure de recours n'existe.

Dès qu'on élimine les cas où les paramètres prennent des valeurs extrêmes, les interrelations entre variables sont beaucoup plus subtiles. La qualité des résultats obtenus dépend des niveaux de demande de soins. Comme cette dernière varie de manière aléatoire et reste inconnue du service administratif, il est indispensable de développer une analyse plus synthétique qui prenne en compte explicitement ce risque. C'est l'objet de la première section du prochain chapitre. La réduction du risque sur la demande est envisagée à la section suivante. Nous allons ainsi proposer les fondements d'une analyse positive du choix d'une politique budgétaire.

CHAPITRE VI :

CONNAISSANCE DE L'ACTIVITÉ ET

CHOIX D'UNE POLITIQUE

BUDGÉTAIRE.

Le modèle que nous avons présenté nous a permis de décrire successivement le comportement des services en matière de contrôle des dépenses suivant la demande de soins qu'ils rencontrent, leurs décisions en matière de quantité de soins produits, les conséquences de leurs choix sur le montant des activités nouvelles dont ils peuvent espérer le financement. Nous avons pu d'abord en retirer une mesure synthétique de la satisfaction atteinte par le service, puis apprécier l'évolution des dépenses courantes. Dans ce modèle, la règle d'analyse des résultats budgétaires était fixée a priori. Nous avons ainsi simulé dans chacun des cas les effets d'une politique stricte et ceux d'une politique lâche. nous allons maintenant nous intéresser au choix antérieur que doit effectuer le sommet administratif, celui d'une politique budgétaire optimale. Techniquement, dans le cadre du modèle que nous avons proposé, nous allons nous interroger sur le choix d'un seuil d'analyse budgétaire b au cours de la première période. Rappelons brièvement ce que nous entendons par cette notion de seuil. Nous supposons que les responsables administratifs ne

contrôlent pas chaque dépense lorsqu'elle est engagée. La tâche serait trop lourde et le système sans aucun doute inefficace. En revanche, lorsque les dépenses cumulées atteignent un montant défini au départ, le contrôle budgétaire commence à s'exercer. Ce seuil peut, par exemple, représenter 80 % du budget alloué. Quand les dépenses dépassent ce seuil désigné par b , le mécanisme d'incitation produit ses effets.

Dans le cadre du chapitre précédent, nous avons supposé que le sommet administratif ne pouvait pas observer directement la production de soins fournis par le service. Nous allons conserver tout d'abord cette hypothèse. Puis nous nous interrogerons sur ce que deviennent les résultats obtenus lorsque cette asymétrie d'information peut être réduite ou éliminée.

Dans un premier temps, nous nous intéressons au choix d'une politique budgétaire optimale et nous privilégions le point de vue de la direction générale de l'établissement. Nous développons la notion de frontière efficiente en la matière. Nous évaluons l'influence sur les coûts d'agence des variables de risque, telles qu'elles ont été présentées au chapitre IV. Nous procédons ensuite à une analyse de statique comparative afin d'évaluer l'impact des valeurs prises par les paramètres spécifiques à chaque service sur les résultats obtenus.

Dans un deuxième temps, nous présentons les implications des mesures d'activité en termes de Groupes Homogènes de Malades sur la connaissance des coûts. Après avoir fait le point sur les expériences en cours en la matière, nous envisageons d'un point de vue théorique les implications de cette connaissance particulière de l'activité hospitalière en matière de budget de service.

SECTION 1 : LE CHOIX D'UNE POLITIQUE BUDGÉTAIRE.

Dans la chronologie de notre modèle, la première décision à prendre est celle du sommet administratif en matière de seuil d'analyse budgétaire. En choisissant une valeur de b élevée, il met en place ce que nous avons convenu d'appeler une politique lâche. A une valeur de b faible, correspond une politique stricte. A cette période initiale, ni le sommet administratif, ni le service ne connaissent la demande de soins qui se présentera au cours de la période suivante. De ce fait, aucune décision ne peut être prise en matière de production de soins. Nous supposons que le sommet administratif est capable d'associer à chaque niveau de la demande de soins une probabilité subjective d'occurrence. Nous supposons également que cette prévision est sans biais et qu'elle est fondée sur les engagements pris par le service au stade de la planification stratégique.

Nous allons étudier dans ce qui suit les conditions de choix d'une politique budgétaire en supposant que le sommet administratif s'intéresse tout particulièrement à la carence, l'utilité et les dépenses espérées. Nous procédons ensuite, à l'intérieur de ce cadre, à une analyse de statique comparative. L'objectif est ici d'apprécier, selon les cas, l'évolution des coûts d'agence quand la politique budgétaire a été choisie ex ante de manière optimale.

I - LA NOTION DE FRONTIÈRE EFFICIENTE.

En première période, le sommet administratif ne peut pas anticiper avec certitude les décisions qui seront prises en période 2 par le service. En effet, dans le modèle que nous avons élaboré, le service ne fixe pas a priori son niveau de production mais il le détermine quand il prend connaissance de la demande exacte de soins. Aussi, comme cette demande est incertaine, le comportement du service ne peut pas être prévu avec certitude par le sommet administratif. Nous allons supposer, comme il est fréquent dans la littérature de l'agence, que le sommet administratif (qui n'est pas véritablement, comme nous l'avons déjà vu, un principal) manifeste une neutralité vis-à-vis du risque. Il prend donc ses décisions en considérant uniquement les espérances mathématiques des variables de résultat. Dans un premier paragraphe, nous allons procéder au calcul des espérances concernées. Dans un second paragraphe, nous utilisons ces résultats et proposons la notion de frontière efficiente en matière de politique budgétaire.

1) Le calcul des résultats espérés.

Nous allons privilégier ici trois variables de résultat. La première est celle qui concerne au premier chef le sommet administratif, c'est le montant des dépenses courantes à maîtriser d . La seconde concerne plus particulièrement les relations avec les patients, il s'agit de la carence. La troisième enfin est plus synthétique, elle

traduit à elle seule la satisfaction atteinte par le service. C'est encore son utilité.

Nous avons pu exprimer dans les développements théoriques précédents les niveaux de dépenses et d'effort de contrôle choisis de manière optimale par les services en fonction du niveau de la demande de soins $\tilde{S} = S_0 + \Delta\tilde{S}$ et du seuil d'analyse budgétaire retenu b . Dans la mesure où \tilde{S} est une variable aléatoire en première période, on peut écrire de manière générale les espérances mathématiques des dépenses courantes, de la carence et de l'utilité atteinte par le service comme suit :

$$E[d(b)] = \int_{\underline{S}}^{\bar{S}} d^*(S, b) f(S) dS$$

$$E[c(b)] = \int_{\underline{S}}^{\bar{S}} c^*(S, b) f(S) dS$$

$$E[U(b)] = \int_{\underline{S}}^{\bar{S}} \left[-e_1 e^*(S, b) - \frac{e_2}{2} e^*(S, b)^2 - c_1 c^*(S, b) - \frac{c_2}{2} c^*(S, b)^2 + a_1 a^*(S, b) \right] f(S) dS$$

Afin de pouvoir prolonger nos études de simulation, nous avons repris les solutions exposées précédemment pour d^* , e^* , c^* et a^* . Pour bénéficier d'une solution analytique simple à calculer, nous avons supposé que la variable \tilde{S} était distribuée selon une loi uniforme dans l'intervalle $[\underline{S}, \bar{S}]$. Dans la mesure où nous avons identifié cinq types de solutions possibles selon les valeurs prises par \tilde{S} et b , nous avons calculé les valeurs de ces intégrales par morceau, suivant la zone concernée.

Les résultats se présentent de la manière suivante. Dans la zone 1, nous rappelons que l'effort de contrôle est nul, la carence est égale à zéro et il n'y a pas de dépassement budgétaire. Nous désignons par ω_1 et ω_s respectivement la valeur la plus petite et la valeur la plus

grande que prend la variable \tilde{s} pour définir cette zone, vu le seuil d'analyse budgétaire b concerné. Si cet intervalle est vide, ω_1 et ω_s sont nuls. Rappelons que la variable \tilde{s} est une transformation linéaire de \tilde{S} : $\tilde{s} = \frac{\tilde{S} - P_0}{S_0} + 1$ (avec P_0 une constante de la fonction de production et S_0 le niveau de demande de soins envisagé lors de la démarche stratégique). On peut dès lors écrire :

$$E[U]_{\omega_1}^{\omega_s} = [a_1 A y_R \omega]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[d]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[\frac{1}{2p_1} \omega^2 \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[c]_{\omega_1}^{\omega_s} = 0$$

Dans la zone 2, l'effort de contrôle des dépenses et la carence restent nuls. Mais les dépenses envisagées dépassent le budget alloué et une pénalisation apparaît au niveau des activités nouvelles. Le calcul donne les résultats suivants :

$$E[U]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[a_1 A y_R \left\{ \omega - \frac{p_1 I_1}{3 I_2} \left(\frac{\omega}{p_1} - b \right)^3 \right\} \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[d]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[\frac{1}{2p_1} \omega^2 \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[c]_{\omega_1}^{\omega_s} = 0$$

Dans la troisième zone, deux cas peuvent être rencontrés. Soit la carence est nulle et l'effort est positif. Soit l'effort est nul et la carence est positive. Dans les deux cas, apparaît un dépassement budgétaire pénalisateur. Nous donnons les résultats obtenus dans les deux cas.

Premier cas : si la carence est nulle en premier.

$$E[U]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[-\left(\frac{e_1}{2} e^2 + \frac{e_2}{6} e^3 \right) \frac{p_2}{(1-p_1q_1)} + a_1 A y_R \left\{ \omega - \frac{I_1 (d-b)^3}{I_2 3} \times \frac{1}{q_1} \right\} \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[d]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[\omega^2 \frac{q_1}{2} + (q_0 + q_2 b) \omega \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[c]_{\omega_1}^{\omega_s} = 0$$

avec
$$e = \frac{s - p_1(q_0 + q_1 s + q_2 b)}{p^2}$$

$$d = q_0 + q_1 s + q_2 b$$

Deuxième cas : si l'effort est nul en premier.

$$E[U]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[-\left(\frac{c_1}{2} c^2 + \frac{c_2}{6} c^3 \right) \frac{1}{(1-p_1 r_1)} + a_1 A y_R \left\{ \omega - \frac{c^3 (1 + \sigma_\varepsilon^2)}{3 I_2} \times \frac{1}{(1-p_1 r_1)} - \frac{I_1 (d-b)^3}{I_2 3} \frac{1}{r_1} \right\} \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[d]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[\omega^2 \frac{r_1}{2} + (r_0 + r_2 b) \omega \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[c]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[\omega^2 \frac{(1 - r_1 p_1)}{2} - (r_0 + r_2 b) p_1 \omega \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

avec
$$d = r_0 + r_1 s + r_2 b$$

$$c = s - p_1 d$$

Dans la quatrième zone, l'effort de contrôle, la carence et le dépassement budgétaire sont tous les trois strictement positifs. Les calculs, quelque peu fastidieux, donnent les résultats suivants :

$$\begin{aligned}
E[U]_{\omega_1}^{\omega_s} = & \left[-\frac{e_1}{2f_5}(f_4 + f_5\omega + f_6b)^2 - \frac{e_2}{6f_5}(f_4 + f_5\omega + f_6b)^3 \right. \\
& - \frac{c_1}{2(1-p_1f_2 - p_2f_5)} \left\{ \omega - (f_1 + f_2\omega + f_3b)p_1 - (f_4 + f_5\omega + f_6b)p_2 \right\}^2 \\
& - \frac{c_2}{6(1-p_1f_2 - p_2f_5)} \left\{ \omega - (f_1 + f_2\omega + f_3b)p_1 - (f_4 + f_5\omega + f_6b)p_2 \right\}^3 \\
& + a_1 A Y_R \left\{ \omega - \frac{(1+\sigma_\varepsilon^2)}{I_2} \times \frac{1}{3(1-p_1f_2 - p_2f_5)} (\omega - (f_1 + f_2\omega + f_3b)p_1 \right. \\
& \left. - (f_4 + f_5\omega + f_6b)p_2) \right\}^3 - \frac{I_1}{I_2} \frac{1}{3f_2} (f_1 + f_2\omega + f_3b - b)^3 \left. \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}
\end{aligned}$$

$$E[d]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[\frac{1}{2f_2} (f_1 + f_2\omega + f_3b)^2 \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[c]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[\frac{1}{2(1-p_1f_2 - p_2f_5)} \left\{ \omega - (f_1 + f_2\omega + f_3b)p_1 - (f_4 + f_5\omega + f_6b)p_2 \right\}^2 \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

Enfin, dans la zone 5, l'effort reste limité et constant à sa valeur maximale. Les mêmes calculs permettent d'obtenir les résultats qui suivent :

$$E[U]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[\left(-e_1 \bar{e} - \frac{e_2 \bar{e}^2}{2} \right) \omega - \left\{ \left(\frac{c_1}{2} c^2 + \frac{c_2}{6} \times c^3 \right) \frac{1}{(1-p_1t_1)} \right\} + \right. \\
\left. a_1 A Y_R \left\{ \omega - \frac{(1+\sigma_\varepsilon^2)}{3I_2} \times \frac{1}{(1-p_1t_1)} c^3 - \frac{I_1}{I_2} \frac{(d-b)^3}{3t_1} \right\} \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[d]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[(t_0 + t_2b)\omega + \frac{t_1}{2} + \omega^2 \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$E[c]_{\omega_1}^{\omega_s} = \left[-(p_1t_0 + p_1t_2b + p_2e)\omega + \frac{(1-p_1t_1)}{2} \omega^2 \right]_{\omega_1}^{\omega_s} \times \frac{S_0}{\bar{S} - \underline{S}}$$

$$\begin{aligned} \text{avec } c &= \omega(1 - p_1 t_1) - (p_1 t_0 + p_1 t_2 b + p_2 \bar{e}) \\ d - b &= t_0 + (t_2 - 1)b + t_1 \omega \end{aligned}$$

Les espérances des dépenses, de la carence et de l'utilité pour le service sont obtenues en additionnant les cinq morceaux précédemment exposés. Nous allons exploiter ces résultats dans le paragraphe suivant.

2) Choix de politique budgétaire et comparaison des espérances.

Ici, chaque politique budgétaire est caractérisée par la valeur que prend le seuil d'analyse b . Nous pouvons dans l'exemple traité évaluer les conséquences du choix d'une valeur précise prise par b sur les espérances mathématiques des dépenses, de la carence et de l'utilité pour le service. L'intérêt de retenir ces trois critères est de traduire de manière simplifiée les oppositions qui peuvent survenir entre le sommet administratif, le service et les patients. Nous allons montrer dans ce qui suit comment les intérêts des uns et des autres peuvent diverger et comment le choix d'une politique budgétaire peut privilégier davantage l'un que l'autre.

Comme les trois espérances sont des fonctions de la même variable b , nous pouvons représenter dans une série de trois graphes les couples de valeurs que permet d'obtenir le choix des différents seuils d'analyse b . Ainsi, dans un premier graphe, nous comparons les niveaux obtenus en matière de dépenses et de carence. La courbe tracée représente une frontière efficiente en matière de politique budgétaire

dans l'espace de ces deux variables. Ainsi, le sommet administratif peut-il constater ce qu'il doit accepter en matière de carence pour augmenter la maîtrise de ses dépenses.

Un second graphe permet de rapprocher les variables de dépenses et d'utilité pour le service. Comme ces deux espérances sont fonction de la même variable b , seuil d'analyse budgétaire, on peut représenter dans un plan les différents couples que le système étudié permet d'atteindre. Ici encore, le sommet administratif peut apprécier la perte de satisfaction qu'il doit imposer aux services pour accroître le contrôle des dépenses.

Enfin, un troisième et dernier graphe permet de rapprocher la carence et l'utilité espérée. En recourant à la même technique que précédemment, on peut tracer une frontière efficiente qui permet de rapprocher les intérêts divergents ici des services et des patients. Nous allons fournir dans ce qui suit une illustration de ces trois frontières à partir d'un exemple numérique particulier.

Comme pour les simulations précédemment exposées, nous avons retenu le jeu de coefficients suivant :

$$e_1 = c_1 = 0,5$$

$$e_2 = c_2 = 1$$

$$a_1 = 1$$

$$I_1 = 1$$

$$\sigma_e^2 = 0$$

$$R/k = 0$$

En ce qui concerne la fonction de coûts, nous avons retenu les coefficients suivants :

$$d_1 = 1 \text{ (dépense minimale par unité de soins produite)}$$

$$ds_1 = 0,5 \text{ (gaspillage maximum)}$$

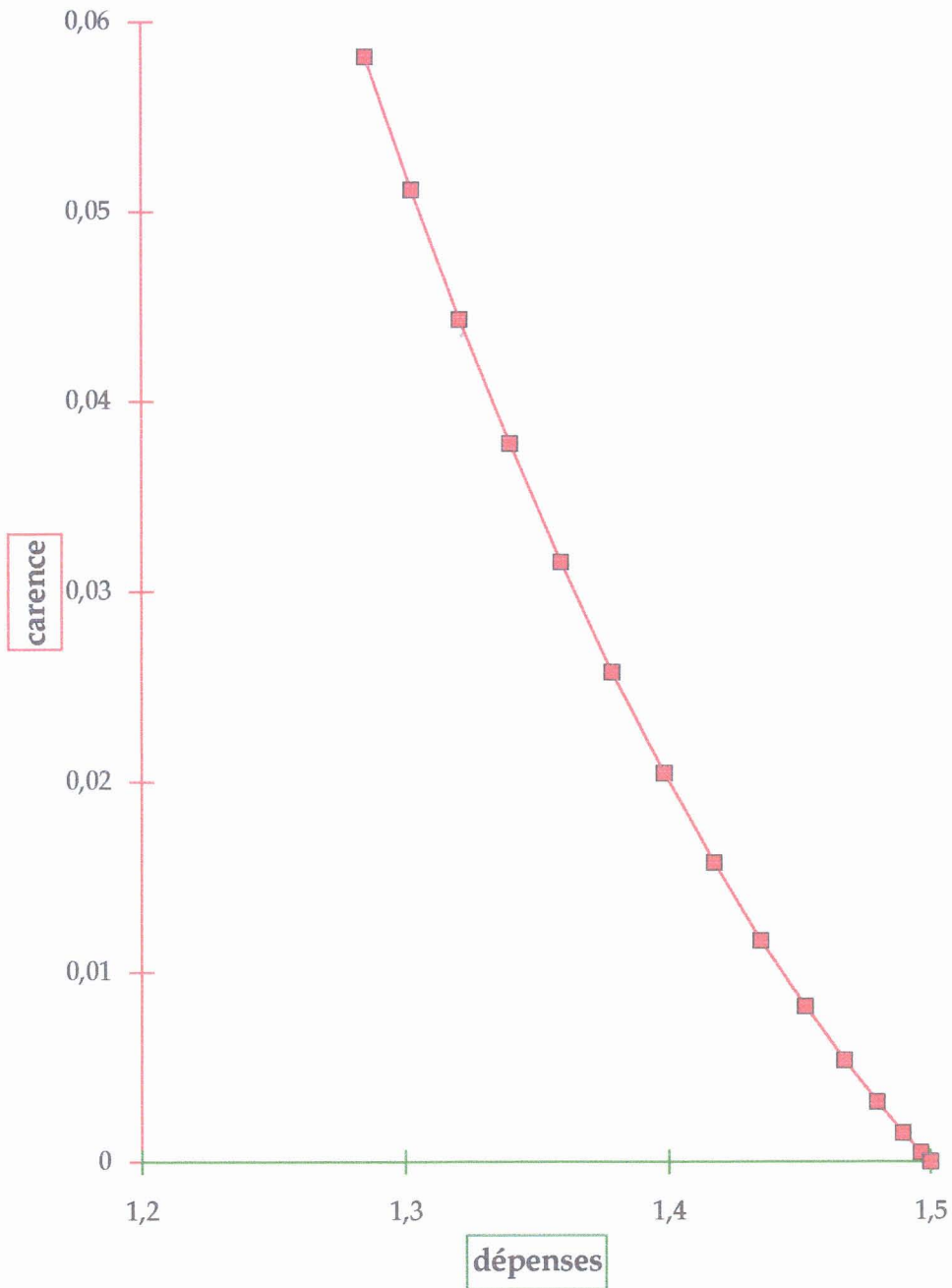
$$ds_2 = 1 \text{ (influence de l'effort de contrôle).}$$

Enfin, l'effort de contrôle peut prendre toute valeur comprise entre 0 et 0,3 et la demande de soins varie entre 0,7 et 1,3.

Le graphe VI-1 illustre la relation entre les dépenses et la carence pour différents niveaux de seuil d'analyse budgétaire. Il apparaît que plus la politique budgétaire est lâche, plus la carence est faible et plus les dépenses sont élevées. Ainsi, quand le seuil d'analyse budgétaire est égal au maximum des dépenses envisageables (soit 1,8 dans l'exemple traité : 1,3 pour faire face à la demande la plus élevée et 0,5 de gâchis maximal), la carence est nulle, mais les dépenses moyennes s'élèvent à 1,5 (1 de dépenses moyennes et 0,5 de gâchis maximal). Dans ce cas limite, aucun effort de contrôle n'est produit. Ceci est logique puisque le système a perdu toute vertu incitative. A l'opposé, le système le plus strict envisageable est celui, dans cet exemple, qui a pour seuil d'analyse budgétaire la plus petite dépense possible, soit 0,9 (la demande de soins la plus petite 0,7 et un gâchis minimum de 0,2 avec l'effort maximum de 0,3). Dans ce cas, la dépense moyenne s'élève à environ 1,28 et la carence moyenne à 5,8 %. Il ne peut donc pas y avoir dans le cadre d'un tel système budgétaire de réduction des dépenses moyennes sans acceptation d'une augmentation de la carence. Le graphe VI-1 illustre la problématique de choix pour le sommet administratif. En fonction de l'importance relative qu'il accorde à la maîtrise des dépenses par rapport à la carence acceptable, il choisira un point particulier de cette frontière efficiente ou encore un seuil d'analyse budgétaire donné. Remarquons que ce graphe suggère encore que cette frontière est convexe. A partir d'un certain stade, continuer à vouloir encore réduire les dépenses moyennes se traduit par une élévation forte de la carence moyenne qu'il faudra supporter. Cette dernière constatation suggère que la politique budgétaire optimale n'est ni la plus stricte, ni la plus lâche.

GRAPHE VI-1

Frontière efficiente : carence / dépenses .



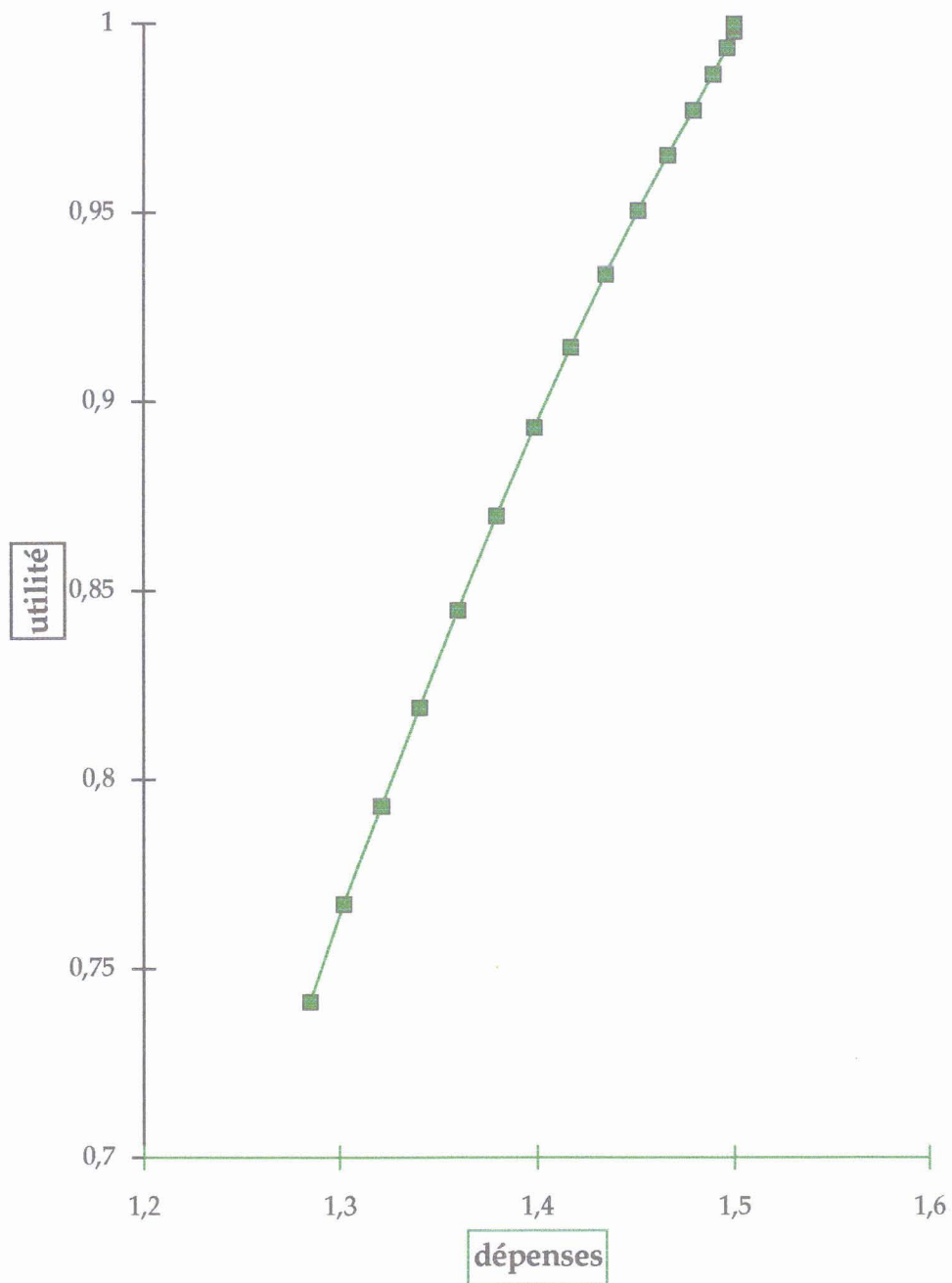
Le graphe VI-2 permet de compléter l'analyse précédente en confrontant maintenant deux critères, celui des dépenses moyennes et celui de l'utilité moyenne du service. La frontière est ici croissante. Plus la politique budgétaire est lâche, plus les dépenses sont élevées et plus la satisfaction du service est grande. Ainsi, dans le cas limite où il n'y a pratiquement plus de contrôle, le gaspillage est toujours maximum, mais l'utilité moyenne pour le service est égale à 1 (en effet, il ne produit aucun effort de contrôle, obtient le maximum d'activités nouvelles = 1, et la carence est toujours nulle). A l'opposé, la politique budgétaire la plus stricte (lorsque le seuil est égal à 0,9) permet de réduire les dépenses moyennes à 1,28 mais réduit aussi l'utilité moyenne du service à environ 0,74. Ce graphe illustre le second dilemme pour le sommet administratif : jusqu'où peut-il faire réduire les dépenses moyennes sans trop mécontenter les professionnels ? Ici encore, le graphe VI-2 suggère que cette frontière est concave. Comme le sommet administratif doit être sensible à la fois à la maîtrise des dépenses vis-à-vis de la tutelle et à l'utilité retirée par le service pour la bonne intégration dans l'établissement, on peut supposer que la politique budgétaire optimale est intermédiaire, ni la plus stricte, ni la plus lâche.

Le graphe VI-3 permet de rapprocher la carence et l'utilité espérée, il met en évidence un dernier résultat. Les intérêts des professionnels et des patients apparaissent ici convergents. En effet, plus la politique budgétaire est lâche, plus l'utilité moyenne retirée par le service est élevée, et plus la carence moyenne est faible. Cette absence de divergence fait que par la suite nous ne ferons plus usage de cette frontière, nous limitant à l'étude des deux précédentes.

Nous allons utiliser cette notion de frontière efficiente pour évaluer les conséquences des variations prises par les principaux paramètres sur l'efficacité du système budgétaire étudié.

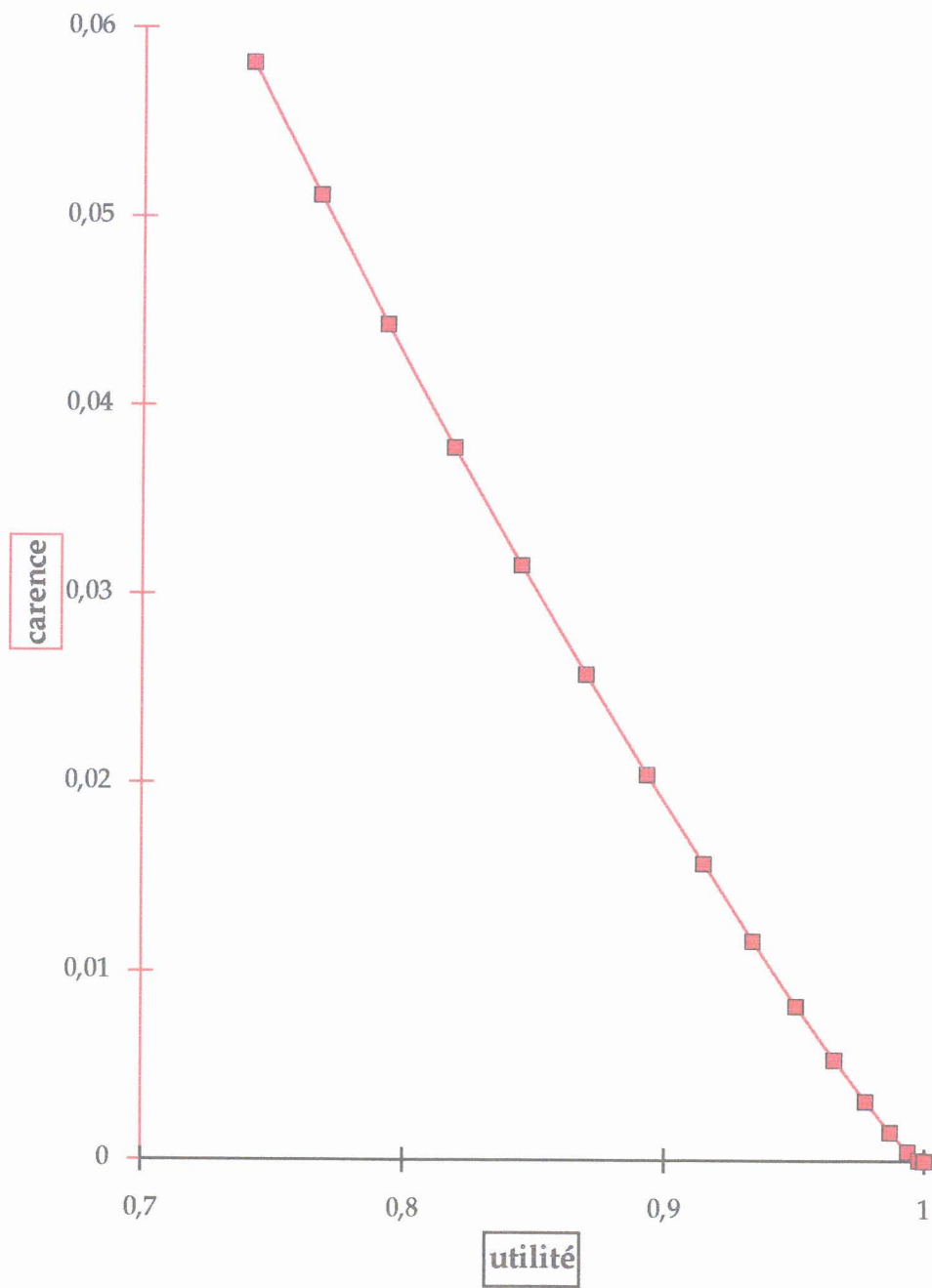
GRAPHE VI-2

Frontière efficiente : dépenses / utilité .



GRAPHE VI-3

Frontière efficiente : carence / utilité .



II - COÛTS D'AGENCE ET STATIQUE COMPARATIVE.

Nous avons vu précédemment que la volonté de maîtriser les dépenses génère d'une part une perte de satisfaction au niveau des services, d'autre part une élévation de la carence moyenne supportée par les patients. Ces deux éléments de dégradation peuvent être considérés ici comme des mesures indirectes des "coûts d'agence". En effet, si le sommet administratif était capable d'observer directement l'effort de contrôle mis en oeuvre par le service, il pourrait fournir d'une part les moyens budgétaires nécessaires à la réalisation pleine des soins demandés, d'autre part le financement d'activités nouvelles parfaitement justifié au niveau de la démarche stratégique. Nous allons étudier dans ce qui suit successivement les effets sur ces "coûts d'agence" : - des sources d'incertitude prises en compte, - du rationnement existant au niveau du financement des activités nouvelles, - de l'efficacité des efforts de contrôle entrepris par les services, - de la sensibilité à la carence manifestée par les services, - de leur attrait respectif pour les activités nouvelles. Finalement, nous allons nous interroger sur le rôle que joue la fonction de notation utilisée par le sommet administratif.

1) Les effets des sources d'incertitude.

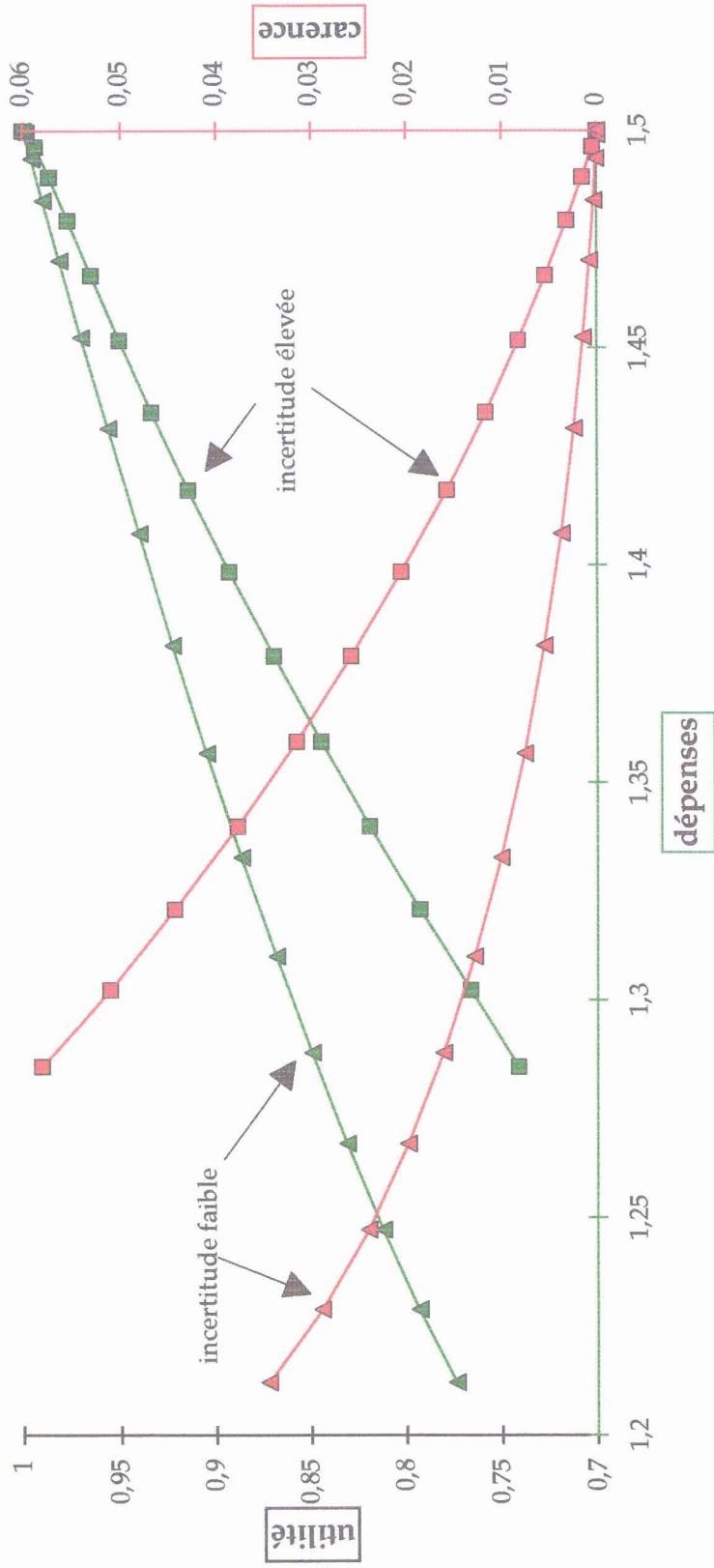
Dans le modèle que nous avons développé, apparaissent deux sources d'incertitude. D'une part, au cours de la première période, il n'est pas possible de prévoir sans erreur la demande de

soins qui va se manifester auprès du service considéré en deuxième période. C'est la première source d'incertitude, ou encore incertitude sur la demande. D'autre part, au cours de la troisième période, le sommet administratif ne peut pas mesurer avec certitude la carence que le service a acceptée. Nous avons supposé qu'il ne disposait que d'un signal bruité. Nous avons là la seconde source d'incertitude, ou encore incertitude sur la mesure de la carence.

Le graphe VI-4 permet de visualiser les effets de l'incertitude sur la demande. Deux cas ont été envisagés. Dans le premier, l'incertitude est faible : la demande peut prendre toutes les valeurs possibles dans l'intervalle 0,9-1,1 suivant une loi uniforme. Le second cas correspond à une incertitude élevée, la demande est distribuée uniformément sur l'intervalle 0,7-1,3. Nous pouvons observer le déplacement des deux frontières efficientes selon les incertitudes concernées. Plus l'incertitude est forte, plus la frontière utilité-dépenses est basse. Ainsi, pour atteindre un même objectif de dépenses moyennes, il faut choisir une politique budgétaire qui impose des sacrifices plus importants en termes d'utilité au service concerné. De même, plus l'incertitude est élevée, plus la frontière efficiente carence-dépenses est haute. Pour atteindre un même objectif de dépenses moyennes, il faut accepter un taux de carence moyen plus élevé. L'accroissement des "coûts d'agence" liés à la variation de l'incertitude sur la demande est donc mesurée par les distances entre les frontières efficientes. En conséquence, nous pouvons tirer la proposition suivante : plus la demande de soins est volatile, moins la politique budgétaire doit être stricte, moins est efficace le mécanisme de contrôle étudié. Ici encore, nous pouvons relever la constatation suivante. Il ne paraît pas optimal de traiter de manière identique tous les services au sein d'un même établissement. De même, il ne faut pas s'attendre à ce que la décentralisation budgétaire donne des effets également positifs partout. Les meilleurs résultats seront enregistrés là où l'incertitude sur la demande est faible.

GRAPHE VI-4

Frontières efficaces et incertitude sur la demande .

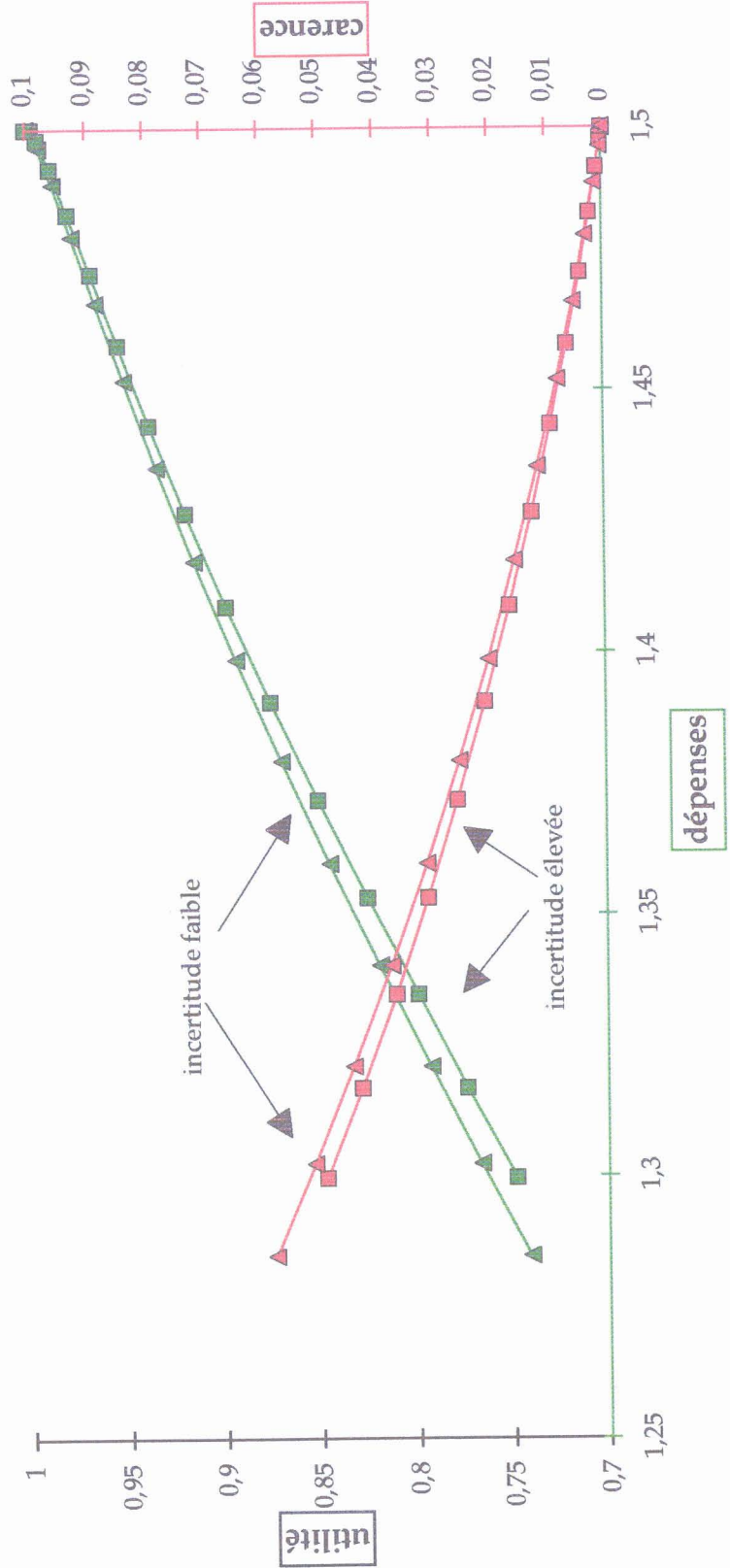


Le graphe VI-5 permet de mettre en évidence que l'incertitude sur l'observation de la carence par le sommet administratif a un effet beaucoup plus limité que l'incertitude sur la demande. La simulation présentée a été effectuée à l'aide des coefficients précédemment exposés. Seulement, pour le cas où l'incertitude sur la carence est élevée, nous avons choisi $\sigma_\varepsilon = 0,2$ et $I_1 = \frac{1}{1+5(\sigma_\varepsilon^2)}$. L'accroissement de l'incertitude a deux effets de sens opposé. Dans la mesure où la carence est plus difficile à observer, son poids est plus élevé au sein de la fonction de notation, en conséquence les services cherchent à limiter la carence moyenne, c'est ce qu'indique le graphe VI-5. De ce point de vue, ce qui peut d'ailleurs paraître paradoxal, les patients se trouvent mieux dans une situation de forte incertitude que dans une situation de faible incertitude. On pourrait même parler d'un "gain d'agence". Mais ce résultat a une conséquence désagréable pour le service. L'accroissement du poids de la carence dans la note administrative a pour conséquence une diminution du montant d'activités nouvelles financé. Ainsi, l'utilité moyenne atteinte par le service s'en trouve réduite. De ce point de vue, l'augmentation d'incertitude est la source d'un coût d'agence supplémentaire. Le "coût net d'agence" est en conséquence pour le sommet administratif égal à la différence entre un coût supporté par le service et un gain pris par les patients. Ainsi, le coût net est beaucoup plus réduit que les coûts d'agence mis en évidence dans le cas de l'incertitude pesant sur la demande de soins. L'effet de l'incertitude sur la carence apparaît donc beaucoup plus modeste.

A ce stade de l'analyse, il convient d'envisager l'impact que peuvent avoir certaines modalités de réduction de l'incertitude. Nous avons évoqué au chapitre précédent l'importance des transactions informelles, et en particulier celles que nous avons qualifiées de transactions diagonales. Si nous prenons en considération les deux types d'incertitude que nous venons de traiter, l'incitation

GRAPHE VI-5

Frontières efficaces et incertitude sur l'observation de la carence .



qu'a un service à les réduire à travers ses transactions diagonales est beaucoup plus forte dans le cas de l'incertitude sur la demande que dans celui de l'incertitude sur la carence. En effet, une réduction de l'incertitude sur la demande permet une diminution des deux types de coût d'agence. Elle se traduit par une augmentation de l'utilité moyenne du service et une baisse de la carence moyenne. Le sommet administratif devrait donc être particulièrement motivé par la réduction de cette source d'incertitude et prêt à s'engager dans des transactions diagonales pour la réduire. En revanche, la diminution de l'incertitude sur la carence donne des résultats ambigus du point de vue du sommet administratif. Il devrait être ainsi relativement moins incité à investir, dans ce cas, dans le développement de relations diagonales.

2) Les effets du rationnement du financement des activités nouvelles.

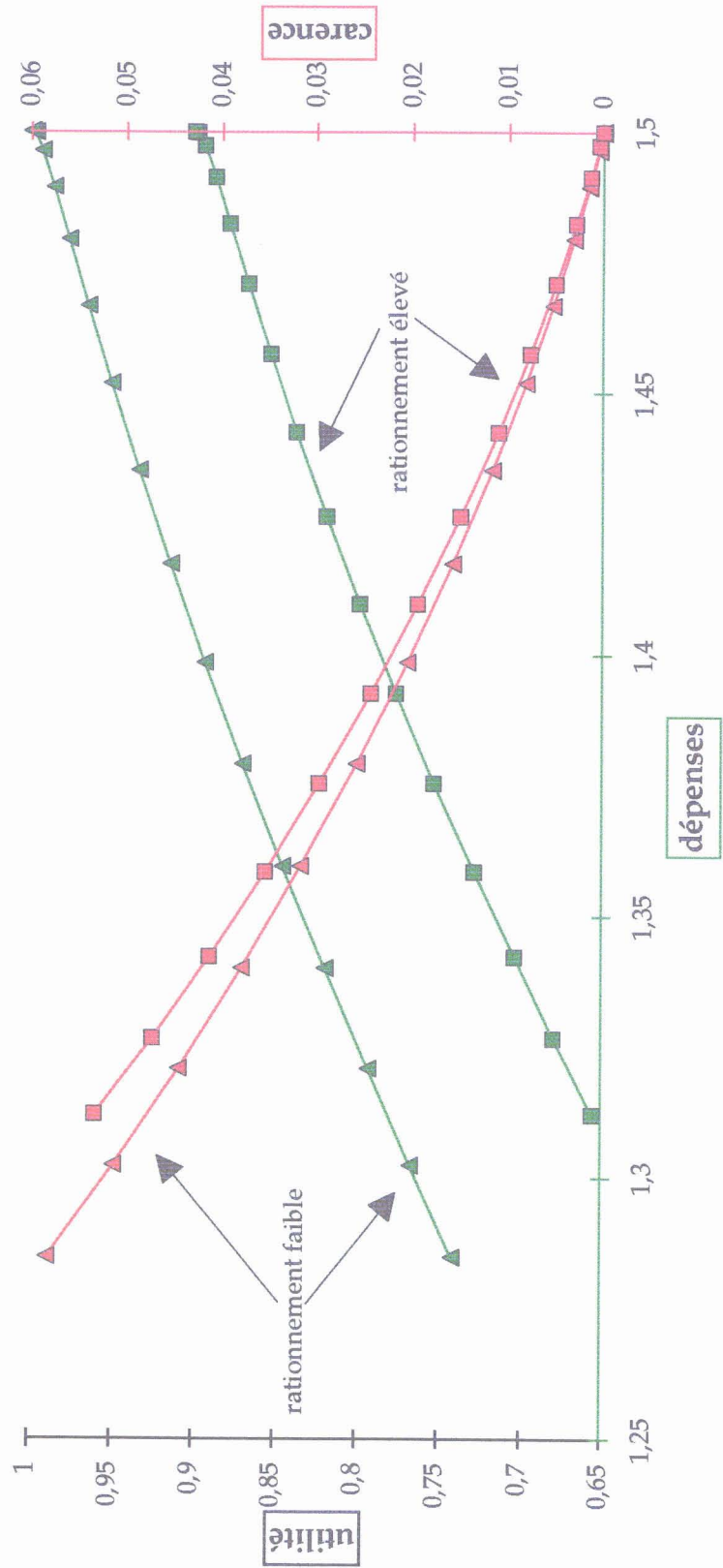
Jusqu'à présent, nous avons fait l'hypothèse que les projets d'activités nouvelles présentés par un service pouvaient être financés pourvu que leur qualité scientifique et médicale fût satisfaisante, la note administrative venant atténuer selon les cas le montant des allocations accordées. Nous avons vu, au cours de la seconde partie, que les possibilités de financement dont disposent les établissements hospitaliers sont en réalité limités. Afin de pouvoir séparer le problème du contrôle budgétaire de tous les services en n problèmes indépendants de contrôle service par service, nous supposons que le rationnement des ressources n'est pas absolu. Un complément de ressources peut toujours être obtenu par la direction

pour financer des projets très intéressants, soit par des économies, soit par de la négociation avec la tutelle. Le coût de cet approvisionnement exceptionnel est supposé égal à R (la mesure se fait ici en terme d'utilité, ce peut être par exemple la pénibilité ressentie pour l'obtention de ces fonds). Dans cette hypothèse de rationnement, le montant des financements alloué pour les activités nouvelles dépend non seulement de ce paramètre R , mais aussi d'un terme k_j . Rappelons que cette dernière quantité mesure l'importance que souhaite accorder la commission médico-administrative au service j considéré. En introduisant k_j , nous souhaitons souligner ici le fait que cette allocation de moyens n'est pas sans rapport avec les choix stratégiques de l'établissement tout entier. Dans notre modèle, c'est la quantité $y_R = 1 - \frac{R}{k_j a_1}$ qui intervient. Ainsi, le poids du rationnement se trouve limité lorsque le service présente un attrait stratégique important (k élevé) ou (et) un intérêt scientifique et médical élevé (a_1 grand).

Le graphe VI-6 présente deux simulations. L'une est caractéristique de peu de rationnement ($R = 0$), l'autre d'un rationnement fort $\left(\frac{R}{ka_1} = 0,1\right)$. Les autres paramètres sont identiques aux précédents, et en particulier $\sigma_\epsilon^2 = 0$. Ce graphe suggère que plus le rationnement est élevé, plus les coûts d'agence sont grands. L'effet reste limité pour la carence qui augmente légèrement quand les dépenses sont très contrôlées. En revanche, l'effet est très sensible sur l'utilité moyenne pour le service. Ce résultat est facile à comprendre. Dans la mesure où les possibilités de récompense du service à travers l'attribution de fonds pour les activités nouvelles sont limitées du fait du rationnement, la fonction d'incitation se trouve affaiblie. Pour atteindre un même niveau de contrôle des dépenses, il faut mettre en oeuvre des pénalisations en valeur absolue plus élevées, puisque c'est leur impact marginal qui détermine l'équilibre. Une conséquence pratique que nous pouvons associer à ce résultat est que l'intérêt de la

GRAPHE VI-6

Frontières efficaces et rationnement des projets nouveaux .



direction est sans aucun doute de toujours essayer de se garder un budget suffisant pour ses activités nouvelles. Son attrition serait non seulement dommageable au niveau du développement de l'établissement, mais aussi au niveau de sa gestion courante en rendant le contrôle des dépenses moins efficace et plus pénible.

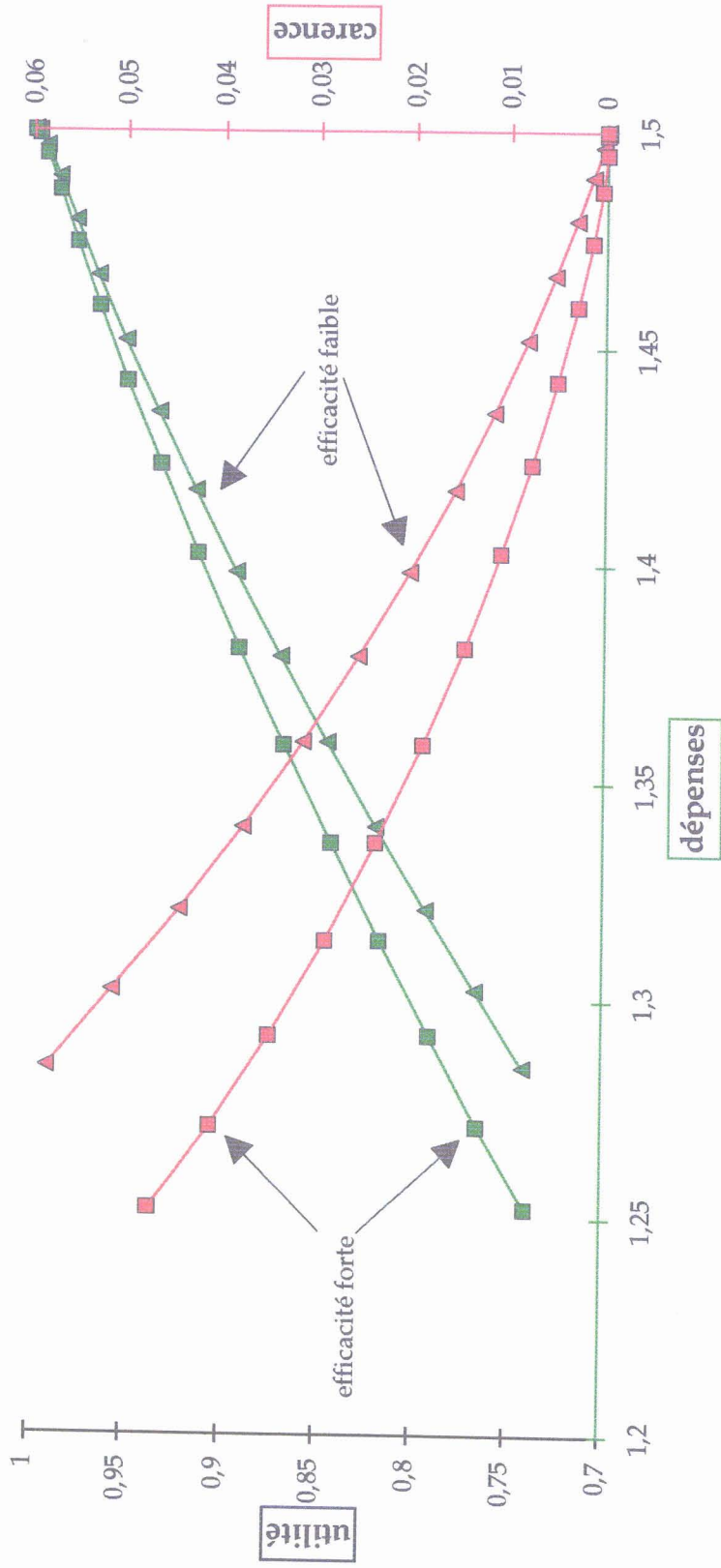
3) Les caractéristiques des services et leurs effets sur l'efficacité du contrôle et les coûts d'agence.

Nous allons reprendre ici trois caractéristiques dont nous avons tenu compte pour l'élaboration de notre modèle. La première concerne l'efficacité directe des efforts de contrôle des dépenses, la seconde, l'aversion pour la carence et la troisième, l'attrait pour les activités nouvelles.

Il n'est pas certain qu'il soit aussi facile dans tous les services de pouvoir contrôler les dépenses courantes. Par exemple, on peut supposer que là où apparaissent de nombreux soins simples et répétitifs, le rappel constant de quelques recommandations élémentaires permet sans un trop grand effort demandé au personnel d'éliminer rapidement du gaspillage. Ainsi, la relation linéaire que nous avons introduite entre l'effort de contrôle et la réduction du gaspillage peut prendre une pente (d_2^s) plus ou moins grande. Le graphe VI-7 propose deux simulations. Dans un cas, nous avons retenu comme précédemment une valeur de 1 pour ce coefficient. Dans un autre, nous avons porté sa valeur à 1,1. Tous les autres coefficients restent identiques à ceux que nous avons utilisés précédemment. Ce graphe permet de constater que plus l'efficacité est faible, plus la

GRAPHE VI-7

Frontières efficientes et efficacité du contrôle .



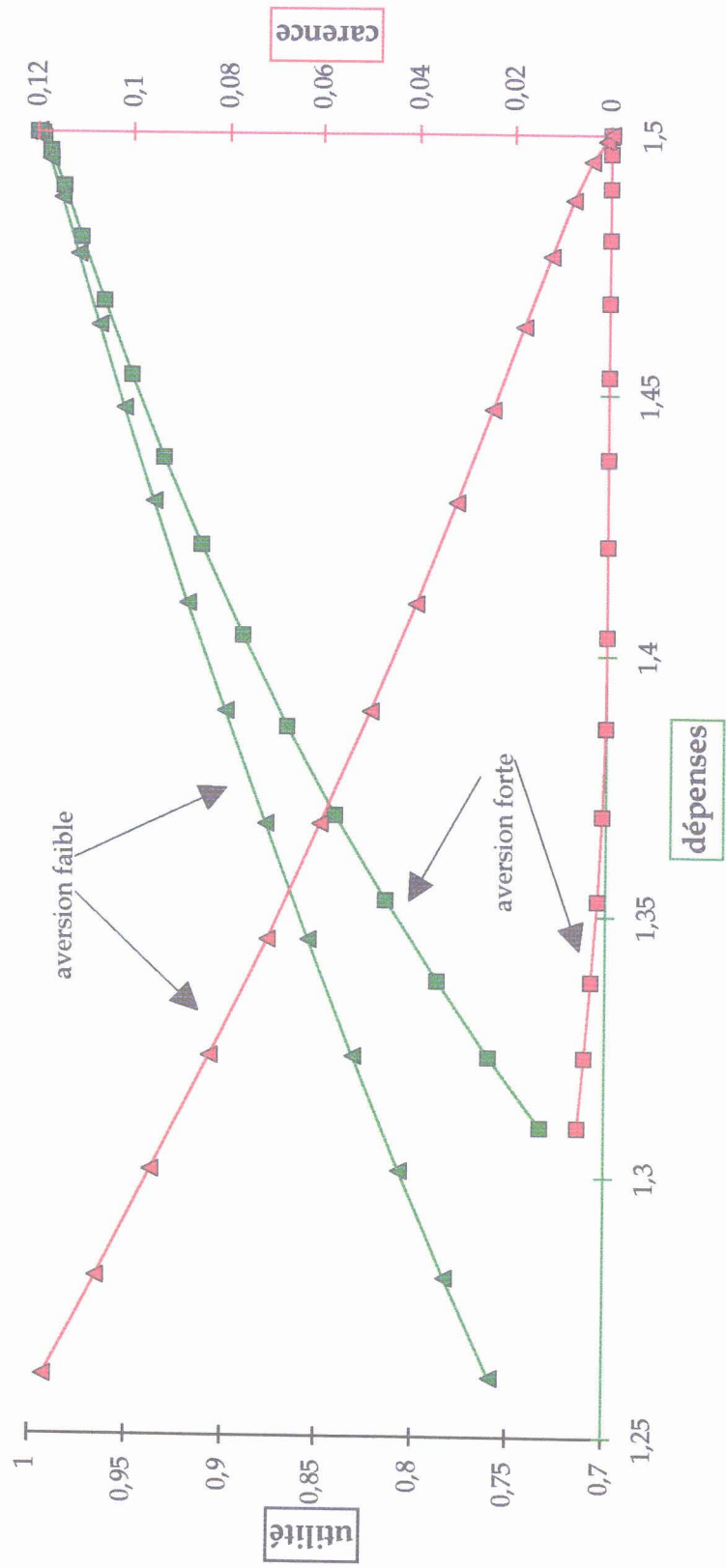
carence est élevée et plus l'utilité moyenne pour le service est faible. Le résultat est particulièrement marqué pour la carence. Ainsi, lorsque l'efficacité est faible, les deux coûts d'agence sont beaucoup plus grands. Ce résultat est sans aucun doute peu surprenant, mais il permet de montrer qu'on ne peut pas attendre de tous les services les mêmes effets d'un système de contrôle budgétaire donné. Ce résultat général est conforté par les deux études suivantes.

Le graphe VI-8 présente deux simulations où l'aversion pour la carence est différente. Dans un cas, le coefficient c_1 vaut 0,3, dans l'autre, il vaut 0,8. Tous les autres coefficients ont conservé leur valeur précédente. Plus l'aversion pour la carence est forte, plus la carence moyenne est petite. Dans l'exemple présenté, elle reste voisine de zéro pour toutes les politiques budgétaires simulées. En ce sens, l'un des coûts d'agence disparaît pratiquement. Ce résultat favorable en cache malheureusement un autre beaucoup moins agréable pour le service concerné. En effet, plus l'aversion pour la carence est élevée, plus l'utilité moyenne pour le service est faible. En quelque sorte, tous les coûts d'agence se trouvent concentrés sur le service qui perd beaucoup en utilité dès que le sommet administratif cherche à maîtriser les dépenses. Comme dans ces services, on ne peut pas limiter l'accroissement des dépenses en jouant sur la carence, les dépassements budgétaires deviennent très vite pénalisateurs en termes de financement d'activités nouvelles. Si la direction cherche à maîtriser trop fortement les dépenses dans ces services où par nécessité il ne peut pas exister, par exemple, de liste d'attente, ou pour lesquels il n'existe pas de recours extérieur, très rapidement elle sera confrontée à un sentiment d'injustice, voire de rejet. Il est facile pour ces services de constater que d'autres peuvent mieux tirer leur épingle du jeu sans avoir à produire un effort de contrôle maximum, sans avoir à renoncer à autant d'activités nouvelles, parce qu'ils peuvent, du fait de leur spécialité, différer leurs interventions. Un même système budgétaire peut donc faire l'objet de perceptions différentes.



GRAPHE VI-8

Frontières efficaces et aversion pour la carence .

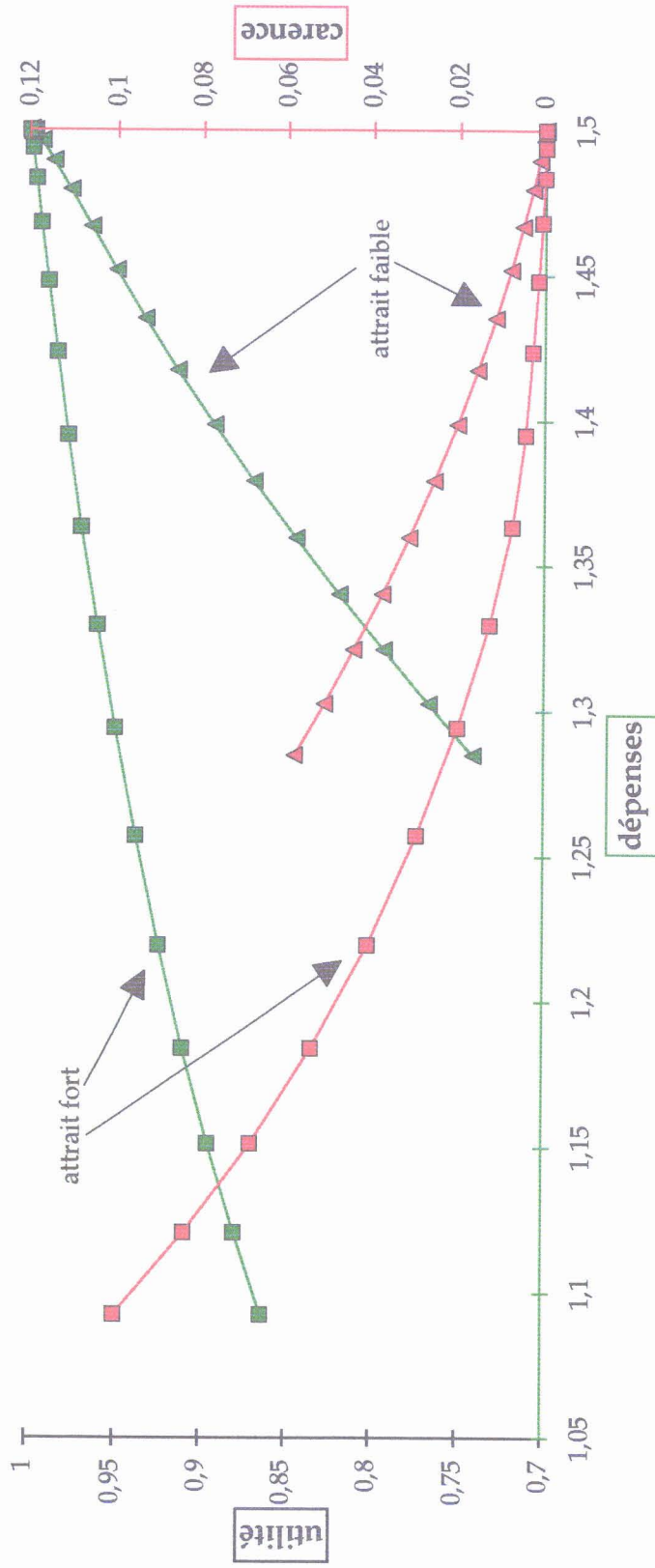


Nous pouvons rapprocher cette remarque des commentaires entendus de nombreuses fois selon lesquels il n'est pas possible d'augmenter les listes d'attente inconsidérément. Lorsque la limite est atteinte de ce côté-là, le cri du personnel médical est toujours le même : "les arguments purement économiques sont inacceptables". Ceci nous conduit à remarquer que la structure du jeu budgétaire n'est pas figée. En effet, des choix stratégiques peuvent amener un service à obtenir plus de facilités de manoeuvre et à assouplir les contraintes auxquelles il doit faire face. Par exemple, dans le cas du service des maladies du sang, la recherche de partenaires auprès d'autres centres hospitaliers de la région est une manière de s'ouvrir des possibilités de carence. Des patients qu'on aurait dû accueillir peuvent être, sans préjudice pour leur santé, réorientés vers d'autres établissements quand la demande est trop forte. Il peut donc y avoir une réponse stratégique à un problème au niveau du contrôle budgétaire.

Enfin, les simulations présentées au graphe VI-9 permettent de souligner, une fois de plus, l'importance critique que jouent les activités nouvelles dans le mécanisme d'incitation étudié. Nous avons retenu ici deux valeurs différentes pour le coefficient a_1 . Dans un cas, il est égal à 0,5 et nous avons supposé que l'attrait pour les activités nouvelles était faible. Dans l'autre cas, il est égal à 3 et nous parlons d'attrait fort. Tous les autres coefficients ont conservé leur valeur de départ. Deux constatations peuvent être tirées de la lecture de ce graphe. Premièrement, il est difficile de maîtriser les dépenses lorsque l'attrait est faible. Les dépenses moyennes sont, pour toutes les politiques budgétaires considérées, supérieures à 1,3 et la carence est loin d'être négligeable. En revanche, lorsque l'attrait est fort, les possibilités de contrôle des dépenses se trouvent élargies. Le sommet administratif, s'il le souhaite, peut atteindre des niveaux de dépenses moyennes beaucoup plus bas (1,10 par exemple). Deuxièmement, quand le coefficient a_1 est élevé, les coûts d'agence sont beaucoup plus petits. La perte d'utilité moyenne pour un service consécutive à un

GRAPHE VI-9

Frontières efficaces et attrait pour les activités nouvelles .



objectif de dépenses plus petit est ici très réduite. La désutilité procurée par l'effort de contrôle des dépenses est très largement compensée par l'accroissement d'utilité provenant des activités nouvelles. De même, le second coût d'agence exprimé au niveau de la carence augmente moins rapidement. Enfin, ce qui paraît trivial, le système de contrôle budgétaire que nous avons étudié s'avère t'il particulièrement efficace pour tous les services qui ont un goût marqué pour le développement des activités nouvelles. Mais cette étude a permis de préciser que l'inefficacité de ce système, en cas de faible incitation, ne se traduit pas seulement par un laxisme au niveau de l'effort de contrôle des dépenses, mais par des coûts d'agence qui intéressent à la fois le service considéré et ses patients.

4) L'impact du système de notation sur l'efficacité du contrôle.

Sans aucun doute, la fonction de notation que nous avons utilisée est une fonction ad hoc. Sa nature n'est pas totalement arbitraire puisque ses arguments sont d'une part, la carence observée, et d'autre part, le dépassement budgétaire. Mais sa forme l'est assurément. Nous l'avons retenue parce qu'elle nous permettait d'obtenir des résultats analytiques. Il est clair que l'intérêt du sommet administratif est de choisir la forme de cette fonction de notation qui permet de diminuer les coûts d'agence en assurant au mieux les incitations attendues.

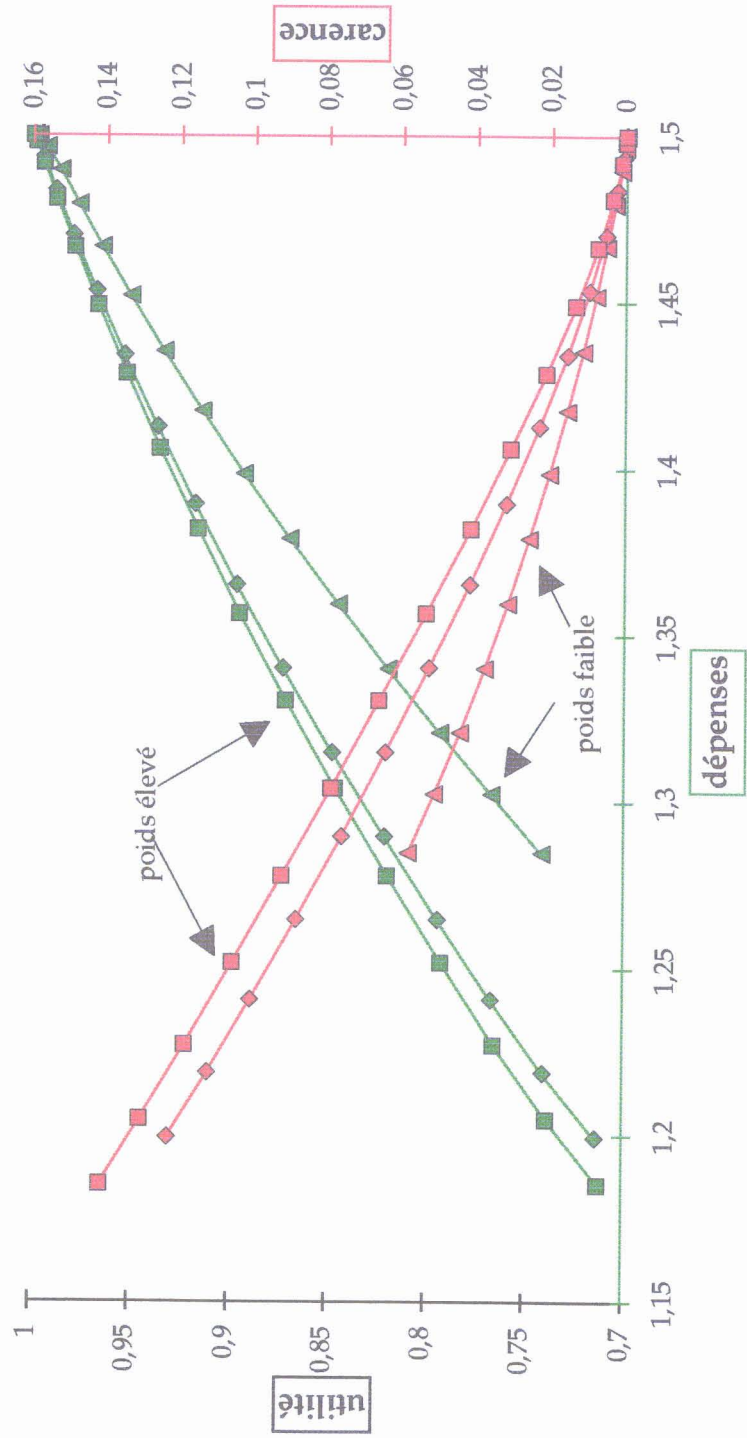
Le modèle que nous présentons permet cependant d'envisager ce problème. En effet, dans le cadre même de la fonction particulière retenue se pose le problème de la détermination des

valeurs optimales des coefficients I_b et I_z intervenant dans I_1 (voir pour la définition de ces deux paramètres le 2 du III, chapitre V). Le graphe VI-10 présente trois simulations. Nous avons choisi respectivement $I_b = 0,5; 1$ et 5 . Les autres coefficients ont conservé les mêmes valeurs que précédemment, et en particulier $\sigma_e^2 = 0$ (I_z n'intervient pas). Lorsque I_b est faible, le sommet administratif ne donne qu'une importance modérée au dépassement budgétaire face à la carence. Comme le graphe le montre, dans ce cas la carence moyenne reste la plus faible, mais l'utilité moyenne est aussi la plus petite pour les services. De ce point de vue, le coût d'agence qu'ils supportent est particulièrement élevé. Si nous considérons le cas intermédiaire où $I_b = 1$, la carence moyenne se trouve supérieure, mais nous constatons un accroissement très sensible au niveau de l'utilité moyenne. On peut supposer que le sommet administratif préférera cette seconde solution parce que l'augmentation légère du coût d'agence vis-à-vis des patients sera plus que compensée par la diminution sensible du coût d'agence au niveau des services. Pouvons-nous en conclure que l'augmentation de I_b est toujours optimale? Le troisième exemple fourni paraît infirmer cette hypothèse. En effet, la diminution du coût d'agence au niveau du service apparaît très faible et il n'est plus évident qu'elle contrebalance équitablement l'accroissement du coût d'agence au niveau des patients.

Ces trois simulations présentées au graphe VI-10 suggèrent en conséquence qu'il existe un système de notation optimal et que, dans un modèle complet, il serait possible d'endogénéiser la détermination de cette fonction. Pour ce faire, faudrait-il encore préciser une fonction d'utilité nouvelle du sommet administratif qui permettrait de peser simultanément les deux coûts d'agence que nous venons d'évoquer. De manière plus pratique, cette analyse suggère l'idée que l'importance qu'il convient d'apporter au dépassement budgétaire lorsque l'on est responsable administratif ne peut pas être fixée a priori. C'est au contraire le résultat d'un processus complexe.

GRAPHE VI-10

Choix du poids du budget dans la note administrative .



On doit tenir compte des particularités du système d'incitation qui, même si son architecture générale reste la même, peut différer d'un service à un autre en fonction des caractéristiques des activités et des personnalités qui le composent.

SECTION 2 : L'INTRODUCTION D'UNE NOUVELLE MESURE D'ACTIVITÉ ET SES IMPLICATIONS EN MATIÈRE DE BUDGET DE SERVICE.

Comme nous l'avons mis en évidence au cours de la section précédente, la connaissance imparfaite qu'a le sommet administratif de l'activité réelle du service est source d'inefficiences, ou encore de "coûts d'agence". L'amélioration de l'information du sommet administratif dans ce domaine devrait permettre d'atténuer ces difficultés. Nous allons au cours de cette section compléter notre modèle théorique. Dans un premier temps, nous introduisons une hypothèse supplémentaire selon laquelle le sommet administratif peut disposer d'une information complémentaire sur l'activité du service lorsqu'il a à juger la performance budgétaire. Dans un deuxième temps, nous présentons les méthodes issues du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) d'analyse de l'activité à partir de GHM (Groupes Homogènes de Malades). Comme nous l'avons vu au chapitre I, il s'agit d'une approche de l'activité hospitalière originale qui a connu ses débuts aux États-Unis dans les années 70. L'origine de ces recherches vient d'un souci de mieux

contrôler l'évolution des dépenses hospitalières. En ce sens, elles apparaissent au coeur du problème que nous étudions. Nous tentons, dans un troisième temps, de fournir une évaluation de leur apport potentiel au niveau du budget de service qui est l'objet même de notre étude.

I - GAIN D'INFORMATION SUR L'ACTIVITÉ ET EFFICACITÉ DU BUDGET DE SERVICE.

Jusqu'à présent, nous avons supposé que le sommet administratif n'avait qu'une connaissance imparfaite de la production de soins réalisée par un service. Au mieux, il pouvait associer une distribution de probabilités subjectives à cette variable. Aussi, lorsqu'il a à juger la performance budgétaire du service, il ne peut pas décomposer les écarts sur dépenses selon leur origine : variation de la production ou non réalisation de l'effort de maîtrise des coûts. Lorsque le sommet administratif prend en compte la différence entre les dépenses réalisées et le seuil d'analyse budgétaire pour évaluer la performance de gestion du service, il retient simultanément deux types d'écarts. Le premier, à savoir l'accroissement de dépenses lié à une augmentation inattendue de la production de soins du fait d'une demande exceptionnellement élevée, n'est pas en lui-même un signe de mauvaise gestion. Le second, qui correspond à cette variation des dépenses induite par un manque d'effort dans la maîtrise des coûts, est lui, en revanche, au coeur de notre préoccupation. C'est bien parce que ces deux écarts sont mélangés dans le système d'incitation étudié que ce dernier ne donne que des résultats imparfaits. Aussi peut-on imaginer

que l'introduction d'une source d'information supplémentaire auprès du sommet administratif est de nature à améliorer le dispositif.

Le souci de toujours actualiser les références est au coeur même des systèmes de suivi budgétaire. Ainsi, Bouquin (1986) souligne la nécessité d'exploiter sans retard les écarts qui résultent d'une dérive de tendance. A côté du budget devraient figurer des montants réestimés. En s'inspirant de cette recommandation, il apparaît qu'au fur et à mesure que l'année s'écoule, le sommet administratif devrait chercher à rassembler l'information sur la tendance observée de l'évolution de l'activité du service, afin de réestimer judicieusement le montant des dépenses budgété. Cauvin et Coyaud (1990) proposent, quant à eux, de recourir à la notion de budget flexible adapté à l'activité. Sans trancher la question de savoir s'il vaut mieux procéder à des réestimations ponctuelles ou mettre en place la technique par ailleurs très lourde des budgets flexibles, nous pouvons remarquer que le problème commun ici est celui d'intégrer dans le processus de contrôle une information complémentaire.

Nous proposons d'aménager notre cadre théorique précédent de la manière suivante. Nous allons supposer qu'en troisième période, avant de procéder à l'évaluation administrative du service, le sommet administratif peut observer un signal, soit sur la quantité de soins produite, soit sur la quantité de soins demandée. Nous notons ce signal z . Nous pouvons remarquer au passage que dans la mesure où nous avons supposé que le sommet administratif disposait d'une information sur la carence, le fait que le signal porte soit sur la demande, soit sur la production de soins n'a pas d'importance véritable. En effet, les trois termes sont reliés entre eux puisque la demande se décompose en production et carence. Nous supposons cependant que le signal z est imparfait et qu'il ne supprime pas totalement l'asymétrie informationnelle. Ceci semble raisonnable dans la mesure où une quantité de soins ne s'apprécie pas seulement

selon des dimensions quantitatives comme le nombre de patients, le nombre de journées,..., mais aussi selon des dimensions qualitatives comme la complexité des cas traités, les risques de complications secondaires,... Si le signal était parfait, il est clair que le problème que nous étudions dégènerait. Le sommet administratif disposant alors d'une connaissance parfaite de la quantité de soins produite, pourrait en déduire sans erreur le niveau d'effort fourni par le service pour maîtriser ses dépenses. Tel n'est pas le cas ici.

Le sommet administratif va incorporer la valeur prise par ce signal z dans sa procédure d'évaluation du service. En fait, nous supposons qu'il choisit, pour chaque z observé, un niveau particulier de seuil d'analyse budgétaire $b(z)$. Ainsi, l'écart entre les dépenses et $b(z)$ devrait être moins influencé par les variations d'activité et, en conséquence, relativement plus par les variations d'effort de contrôle des coûts.

La seconde modification que nous allons apporter à notre schéma théorique découle de la précédente. En première période, le problème du sommet administratif n'est plus seulement de déterminer le seuil d'analyse budgétaire b le mieux adapté à sa politique. Maintenant, il doit déterminer a priori une série de valeurs $b(z)$ auxquelles il aura recours en période 3 lorsqu'il prendra connaissance du signal z . Il s'agit en l'occurrence d'une forme de budget flexible ou d'une modélisation d'un processus de réestimation. En résumé, le schéma V-1, peut être complété sous la forme du schéma VI-1.

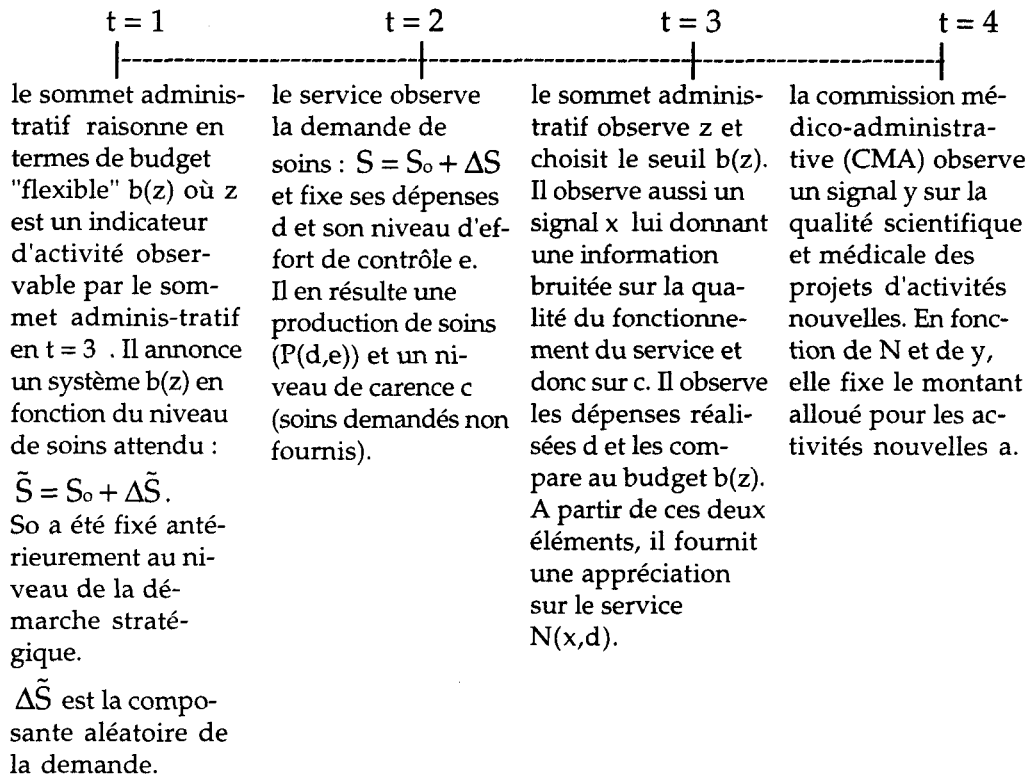


Schéma n° VI-1

Nous fournissons dans ce qui suit une illustration de cette proposition en recourant aux exemples numériques que nous avons précédemment développés. Comme à la section 1, nous avons retenu le jeu de coefficients suivants :

$$e_1 = c_1 = 0,5$$

$$e_2 = c_2 = 1$$

$$a_1 = 1$$

$$I_1 = 1$$

$$\sigma_e^2 = 0$$

$$R/k = 0$$

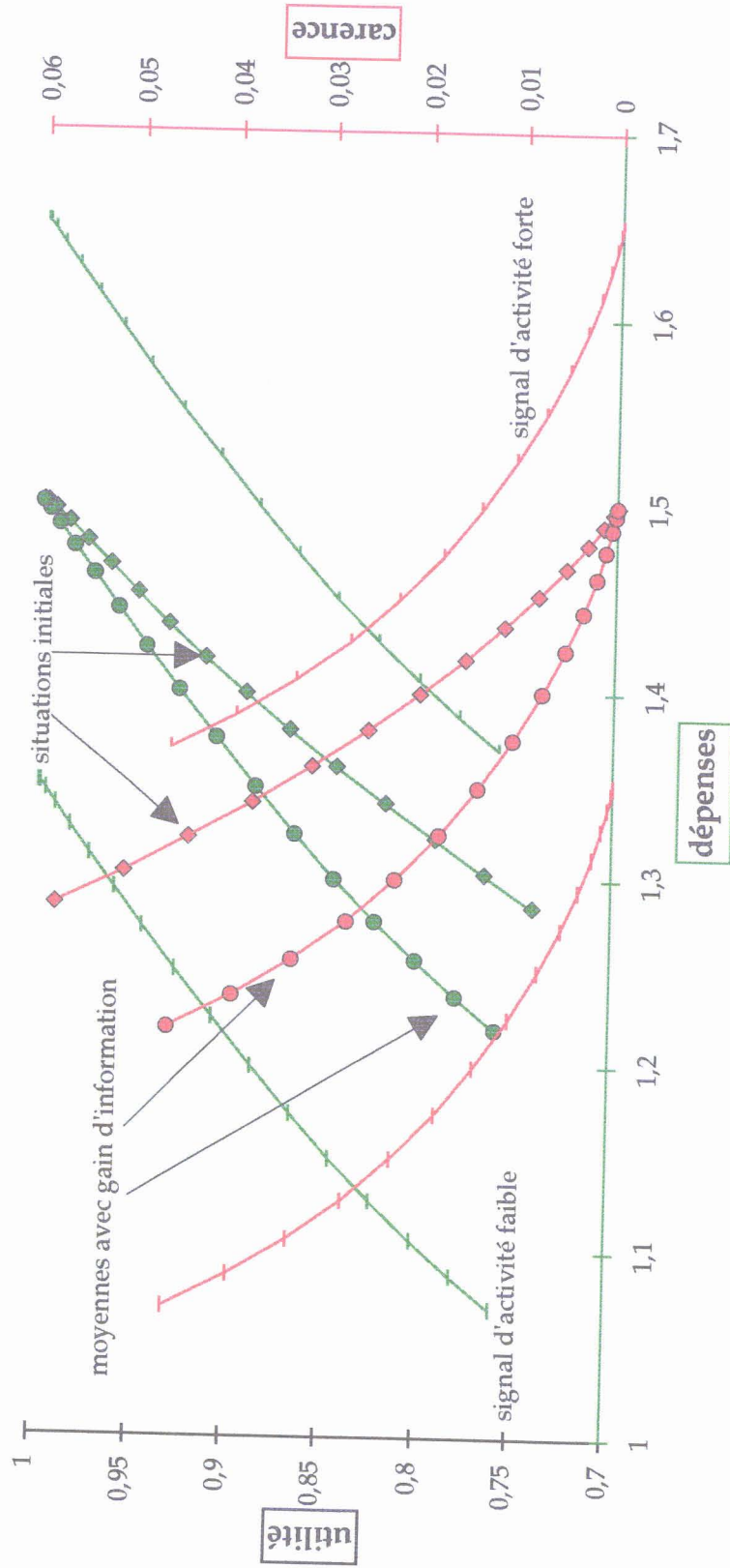
Nous allons supposer qu'en $t = 1$, la demande de soins apparaît sous la forme d'une variable aléatoire avec une distribution de probabilités

uniforme sur l'intervalle 0,7-1,3. Nous introduisons maintenant la présence d'un signal z observable par le sommet administratif en $t = 3$. La variable z peut prendre deux modalités. Elle signale soit une faible demande, soit une forte demande de soins. Dans le premier cas, nous représentons la connaissance de l'activité par le sommet administratif sous la forme d'une variable aléatoire avec une distribution de probabilités uniforme sur l'intervalle 0,7-1. Dans le second cas, la distribution de probabilités retenue a pour support l'intervalle 1-1,3. Le problème du sommet administratif est bien maintenant de déterminer deux seuils d'analyse budgétaire, l'un qu'il utilisera en cas de signal faible, l'autre en cas de signal fort. Pour représenter le problème du choix de ces deux seuils d'analyse budgétaire, nous allons nous référer comme précédemment à la notion de frontière efficiente.

Comme il apparaît au graphe VI-11, le problème du sommet administratif est représenté sous la forme de deux jeux de frontières efficientes. Il peut donc a priori choisir pour chaque cas un seuil d'analyse budgétaire auquel est associé un triplet (utilité espérée, dépenses et carence moyennes) le plus satisfaisant à ses yeux. Le graphe VI-11 permet par ailleurs de visualiser le gain que procure le signal z , en termes de réduction de coûts d'agence. En effet, si on se situe en première période, on ne connaît pas par avance la modalité prise par ce signal z . Supposons pour plus de simplicité que les probabilités associées à chaque modalité soient égales à 1/2. On peut alors calculer les espérances d'utilité, de dépenses, et de carence. On obtient une frontière qui n'est rien d'autre que la moyenne des deux frontières précédentes. Ces deux nouvelles courbes peuvent être comparées à celles obtenues dans la section précédente pour le cas où le signal z était absent.

Cette comparaison souligne le fait que l'utilisation d'un signal par le sommet administratif en période 3 permet d'atteindre des solutions qui dominent les précédentes. Ainsi, pour un même niveau

GRAPHE VI-11
Frontières efficaces et gain d'information .



de dépenses espéré, on obtient une utilité moyenne plus grande. De même, pour un même niveau de dépenses espéré, on obtient une carence moyenne plus faible. Il est ainsi très clair que le triplet le plus satisfaisant lorsqu'il n'y a pas de signal est toujours dominé par le triplet atteint grâce au signal z , qui pour un même niveau de dépenses espéré, procure une utilité moyenne supérieure et une carence moyenne inférieure. Le schéma n° VI-2 illustre cette constatation. Le triplet initial $[E(d_1); E(U_1); E(c_1)]$ est supposé la solution la plus satisfaisante pour le sommet administratif. Le triplet $[E(d_1); E(U_2); E(c_2)]$, obtenu dans une situation où un signal z est disponible, le domine.

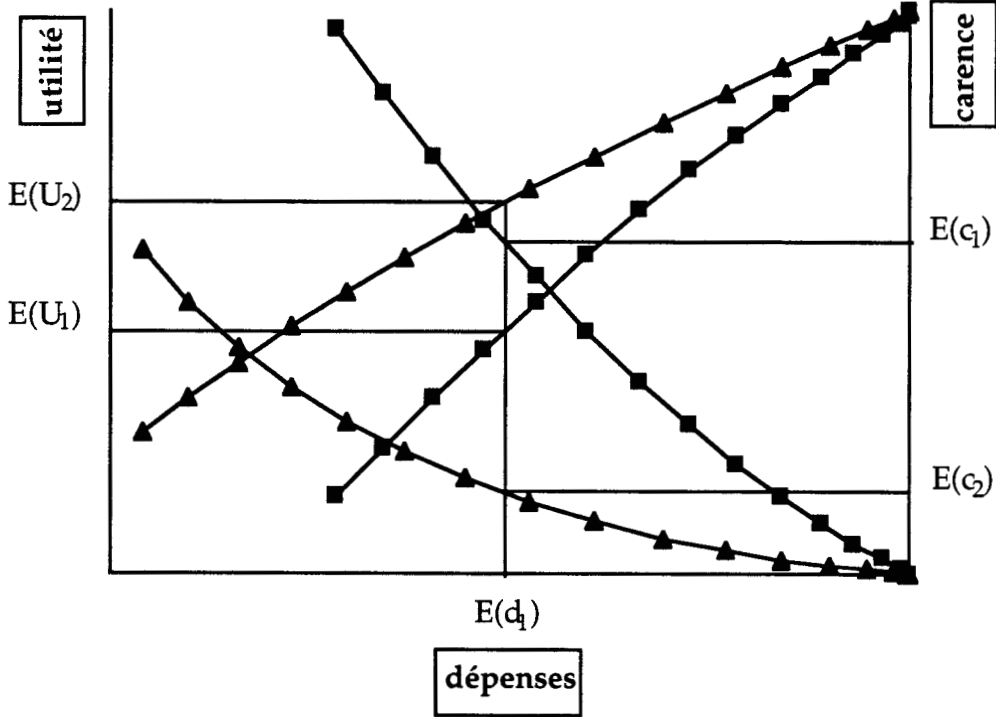


Schéma n° VI-2 : gain d'information et réduction des coûts d'agence.

Nous pouvons également remarquer qu'en règle générale, les deux coûts d'agence (perte d'utilité pour le service et augmentation de la carence moyenne pour les patients) sont conjointement réduits. Ce n'est que pour des solutions extrêmes que l'un ou l'autre des coûts reste inchangé. Ainsi, pour les politiques budgétaires les plus strictes (seuil d'analyse minimum et prise en compte systématique des dépenses), les dépenses moyennes sont minimales mais inchangées. La présence d'un signal n'aura pour effet que de réduire sensiblement la carence espérée. De manière symétrique, pour les politiques budgétaires les plus lâches, la carence moyenne est nulle dans les deux cas. En revanche, l'espérance d'utilité pour le service est accrue par la présence d'un signal qui a pour vertu de limiter les effets de pénalisation sur les montants d'activités nouvelles attribués.

Dans tous les cas, la réduction des coûts d'agence apportée par la présence d'un signal sur l'activité dépend des changements de pentes des deux types de frontières efficientes. Ce dernier point fera l'objet d'une analyse de statique comparative au troisième paragraphe de cette section. Nous allons envisager maintenant un prototype de signal sur l'activité à la disposition du sommet administratif. Il s'agit d'une application particulière des méthodes d'appréciation de la production de soins à partir de GHM (Groupes Homogènes de Malades) dans le cadre du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) que nous avons présenté au chapitre I.

II - INDICATEUR D'ACTIVITÉ SUR LA BASE DE GHM ET CONTRÔLE DES COÛTS.

Les méthodes d'estimation de la production hospitalière à partir de la demande, que nous avons présentées au chapitre I, ont pour origine la volonté de contrôler l'évolution des coûts. Dès le début des années 80 aux États-Unis, les partenaires financiers externes ont voulu s'assurer que les quantités et les qualités produites méritaient les financements demandés. Ainsi, les partenaires chargés de l'assurance maladie, parce qu'ils souhaitaient s'assurer d'une utilisation maîtrisée et efficiente des ressources distribuées, ont été conduits à s'interroger sur le problème de la relation directe à établir entre la production hospitalière et le financement.

Tout au long d'un premier développement, nous allons voir comment les États-Unis ont été les premiers à utiliser les développements de l'information médicalisée comme base pour le contrôle externe. Nous montrons ensuite comment l'introduction en France de cette technologie a conduit ses initiateurs à privilégier d'autres buts. Ne souhaitant pas effrayer les partenaires, et en particulier le monde médical, l'administration française a semblé vouloir faire du PMSI le point de départ de nouvelles méthodes de contrôle interne. Très récemment, et ce sera l'objet d'un dernier développement, l'utilisation à l'interne apparaît être remise en cause. Le contrôle externe des coûts serait à nouveau privilégié, comme application du PMSI.

L'objet de ces paragraphes est tout à la fois de présenter les principes de ces utilisations externe et interne. Nous aborderons plus tard l'étude théorique des apports potentiels de ces méthodes pour le budget de service qui est l'objet même de notre étude.

1) L'utilisation du PMSI à des fins de tarification : l'expérience américaine et ses prolongements.

Depuis le 1er octobre 1983, les patients qui relèvent du système Medicare voient leurs frais d'hospitalisation réglés aux hôpitaux en fonction de tarifs définis par la Health Care Financing Administration pour chaque DRG (Diagnosis Related Group). Rappelons que Medicare est un programme d'assurance maladie obligatoire et national qui concerne les personnes âgées de plus de 65 ans ou handicapées. Les remboursements effectués par Medicare correspondent à environ 20 % des remboursements d'assurance maladie. Le paiement par DRG mis en place à l'origine par Medicare a été utilisé par de nombreuses autres compagnies d'assurance maladie. Il concerne les coûts d'hospitalisation, à l'exclusion des honoraires médicaux payés à l'acte. Rodrigues, Verin et Czernichow (1991) indiquent que ces paiements représentent 40 % des revenus des hôpitaux. Il est important de considérer que, suivant ce système, l'hôpital touche pour chaque patient une somme forfaitaire, quel que soit le temps passé ou la lourdeur du processus de soins. S'il arrive à traiter le malade à un coût plus faible, il conserve le bénéfice, sinon il réalise une perte. Dans ce cas, l'hôpital supporte les risques financiers et a donc l'obligation de maîtriser ses coûts.

Cette tarification par DRG est à la base du "Prospective Payment System" Chaque année, en été, l'administration publie dans le Federal Register une liste de coûts standards. En fait, il a été retenu un DRG fictif à qui est associé un coût moyen et un indice valant 1. Tous les DRG sont caractérisés par un indice de coût relatif, le "cost-weight". Nous empruntons à Frutiger et Fessler (1991) un exemple à titre d'illustration :

- le DRG 397 (trouble de la coagulation) a un indice de 0,9753,
- le DRG 403 (affection lympho ou myéloproliférative avec âge supérieur à 69 ans ou avec complication) a un indice de 1,3481,
- etc...

En observant les fréquences d'apparition des malades au sein d'un service hospitalier, on peut estimer le total cumulé ou "cumulative weight" qui va déterminer les ressources allouées.

DRG	Fréquence	x "Cost-weight"	= "Cumulative Weight"
395	45	0,7153	32,1885
397	20	0,9753	19,506
399	15	0,7247	10,8705
403	110	1,3481	148,291
404	220	0,9142	201,124
410	155	0,4285	66,4175
Total	565 patients		478,3975

Le Federal Register ne publie pas seulement le " Cost-Weight " pour chaque DRG. Il indique aussi la durée moyenne de séjour et un seuil critique de durée d'hospitalisation au-delà duquel est exigée une justification médicale lourde. Ce seuil est fixé à trois fois l'écart type au-dessus de la moyenne. Il permet de retirer du système automatisé les cas aberrants statistiquement : les "outliers". L'étude des coûts standards publiés montre que les indices de coût restent fortement corrélés avec les durées d'hospitalisation. Mais ces dernières restent faibles : dans plus de 98 % des DRG de médecine et 71 % des DRG de chirurgie, la durée moyenne des séjours est inférieure à 10

jours. Enfin, les coûts les plus généreux sont accordés aux DRG relevant de la chirurgie.

La santé concerne, et parfois douloureusement, tous les individus. Le procès engagé par l'association des hémophiles en est un excellent témoignage, ainsi que les émissions télévisées pour aider les myopathes, les personnes atteintes du SIDA... La gestion de la santé au niveau collectif conserve de fortes particularités. Il suffit de constater combien des traumatismes nationaux ont affecté l'évolution de la protection maladie dans notre pays : la seconde guerre mondiale, par exemple. Il faut donc se méfier en cette matière d'évaluer un système de contrôle des coûts indépendamment du référentiel national. Or, il est clair que les USA ont une longue tradition de forte évaluation dans ce domaine, ainsi la "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" a été créée en 1951. Par ailleurs, les dépenses de santé y ont été plus "marchéisées" qu'ailleurs et elles atteignent des sommets absolus par habitant. Il ne faut pas oublier non plus que les couvertures sociales sont loin d'y être autant généralisées qu'en France. La couverture publique concerne 20 % de la population et 15 % de cette dernière reste sans couverture. Ces taux sont d'ailleurs disparates selon les types de soins : 75 % de la population est couverte pour les examens de laboratoire, mais 25 % seulement l'est pour les soins dentaires. Ceci crée sans aucun doute un contexte plus favorable pour l'adoption d'un système de contrôle par les ressources (par l'argent).

Le développement de ce programme de contrôle externe n'a pas été sans créer aux Etats-Unis de nouvelles difficultés. On peut en citer deux principales : la première concerne les déplacements de consommation de santé, la seconde a trait aux utilisations perverses du système de contrôle. La première nous semble plus importante que la seconde.

Il semblerait que les distorsions inévitables au sein du système de tarification aient encouragé les établissements hospitaliers à pratiquer un certain nombre de refus de prise en charge et à effectuer des sorties prématurées de patients (de Pouvoirville, 1990). Ceci aurait eu pour effet de doubler les durées de séjour dans les institutions post-hospitalières (établissements de cure, de réadaptation, de rééducation...). On aboutirait en conséquence à un transfert de charges, souvent au détriment des finances personnelles des patients. C'est une autre manière d'introduire une limite dans la couverture des charges médicales. En tout état de cause, la réduction de gaspillage pour la société n'est pas égale à la totalité des réductions de coûts enregistrées au niveau de l'hospitalisation.

La seconde difficulté tient à ce que certains appellent la "falsification". Ainsi le Professeur Hubert Larrieu écrivait au nom de deux hôpitaux parisiens pilotes le 21 août 1986 : " Il (le PMSI) doit être un instrument de dialogue médico-administratif et non un instrument de contrôle si l'on veut éviter toute possibilité de falsification comme ce fut le cas aux États-Unis ". Il apparaît en effet que sont nées aux États-Unis des sociétés qui "conseillent" les hôpitaux pour tirer profit au mieux des modalités de tarification par DRG. Il faudrait être totalement naïf pour croire que les imperfections d'un système de contrôle ne seront pas exploitées dans un univers de gestion décentralisée. Elles font partie du coût de fonctionnement du système lui-même. Le seul véritable problème est de savoir si ce coût est acceptable ou non, avant de refuser le système. De plus, si des "trous béants" apparaissaient, les autorités de contrôle auraient tôt fait d'y remédier, du moins en partie. A partir du moment où il y a une activité de contrôle et nous voyons mal comment on pourrait s'en passer, les distorsions de ce genre sont faciles à prévoir, elles ne sont pas propres à la méthode des DRG.

En 1986, Blanchard, Chow et Noreen proposaient une étude empirique du comportement des établissements hospitaliers dans l'état de Washington dans le cadre des procédures de négociation de leurs budgets. L'étude a été effectuée de 1978 à 1982, soit durant une période antérieure à la mise en place des DRG. A cette époque et dans cet état, les hôpitaux devaient proposer un budget comportant des prévisions de coûts et de volume d'activité. Ce document était soumis à la Washington State Hospital Commission et un budget des coûts totaux était alors alloué. Cependant, la commission prévoyait une adaptation au cas où le volume d'activité réalisé serait différent du volume d'activité prévu. Pour mettre en oeuvre ce système, les coûts étaient divisés en charges variables et en charges fixes. Le volume d'activité était sommairement mesuré par le nombre de journées d'hospitalisation (ou des équivalents). Bien évidemment, un hôpital qui prévoyait une hausse de son activité avait tout intérêt à majorer dans son budget initial, la part dévolue aux charges variables, pour profiter au mieux de la procédure d'ajustement. Ceux qui craignaient une baisse d'activité avaient avantage, eux, à majorer la part de leurs frais fixes pour limiter les effets de l'ajustement postérieur. Une étude économétrique portant sur 116 hôpitaux montre que les données sont cohérentes avec l'hypothèse que les hôpitaux ont tendance à surestimer (sous-estimer) leurs prévisions d'activité quand leur ratio de charges variables est supérieur (inférieur) à l'estimation qui en est faite par le WSHC. Un jeu rentable avait bien lieu dans ces cas-là !

L'ensemble de ces difficultés pourront être vues par les plus optimistes comme les "bavures" inévitables de tout effort de restructuration d'une activité en difficulté. Toutes les grandes restructurations (sidérurgie, automobile aujourd'hui) nous invitent à relativiser le poids de ces difficultés. L'ensemble des experts s'accordent par ailleurs pour dire que cette réforme a eu des effets positifs aux États-Unis. Le système hospitalier a profondément évolué, le marché a été nettoyé de bon nombre de surcapacités. Enfin, il ne semble pas que

le dynamisme créatif en ait été durement affecté. Les complexes scientifiques avancés n'ont pas été démantelés, les technologies nouvelles se sont développées, les centres de diagnostic par l'imagerie disposent de cinq à dix fois plus de moyens qu'en France. Enfin, les formes nouvelles d'hospitalisation à domicile, de soin ambulatoire se sont développées.

Dans de nombreux pays européens, et surtout en France, les traditions semblent profondément différentes. Les systèmes de protection sociale y sont très développés et bénéficient d'un financement collectif. De plus, comme le notent Frutiger et Fessler (1991) : "La culture européenne ne paraît pas très favorable à ce que l'on utilise des informations internes, de type clinique, pour alimenter directement le processus de financement des hôpitaux". La France reste encore très dépourvue en matière de tradition d'évaluation. Il reste à développer, d'ailleurs complémentirement au PMSI, ces conférences de consensus américaines. L'évaluation par les pairs de la qualité des soins permettrait de rapprocher dans les esprits éthique médicale et rationalité économique. Plus techniquement, la France avait accumulé beaucoup de retard dans le recueil et l'harmonisation de l'information médicale, ces tâches rebutent encore largement les médecins. Il n'existe pas un corps professionnalisé de documentaliste médical, comme en Allemagne (*Medizinischer Dokumentar*, reconnu depuis 1969).

L'ensemble de ces freins a certainement joué un rôle considérable dans l'évolution des objectifs assignés au PMSI français. A l'origine, il fut conçu comme un outil de contrôle externe, mais très rapidement, celui-ci fut abandonné. La maîtrise des dépenses publiques de santé avait déjà pris, il est vrai, un autre chemin. Comme nous l'avons vu au chapitre II, dès 1979, le gouvernement dirigé par le premier ministre Raymond Barre, a adopté un plan de redressement de l'équilibre des comptes de la Sécurité Sociale. Une des dispositions y supprimait la possibilité laissée aux hôpitaux d'obtenir un budget

complémentaire en cours d'année. De plus, était pris le principe d'un taux directeur gouvernant l'évolution des budgets hospitaliers, ce taux ne devait pas excéder la croissance du produit intérieur brut. La loi du 19 janvier 1983 sur la dotation budgétaire globale en a fait la disposition principale. La France a donc choisi d'exercer un contrôle externe sur le financement des établissements hospitaliers par la voie du rationnement. Elle y a été incitée par l'urgence du problème, l'absence de tradition d'évaluation et d'outils disponibles, une homogénéité du système de santé publique sur un territoire relativement limité et à gestion centralisée, une culture forte de haute protection sociale. En conclusion, la pratique française rejoignant nombre d'autres pratiques européennes, a semblé privilégier pour le PMSI une utilisation plus exclusivement orientée vers le contrôle de qualité, la budgétisation et le contrôle interne des coûts.

2) L'utilisation du PMSI à des fins internes.

La connaissance du produit hospitalier à un niveau élémentaire (au niveau d'un service par exemple) permet, dans un premier temps, d'obtenir une plus grande transparence des activités de production, ce qui est indispensable avant d'entreprendre toute action d'évaluation. La connaissance approfondie des activités de production peut avoir ici un autre intérêt, un intérêt épidémiologique. Nous laisserons de côté cet aspect dans notre analyse puisque nous centrons notre attention exclusivement sur les aspects économiques. Notons cependant que cet aspect est loin d'être négligeable pour les concepteurs de ce système d'information. D'une part, la valeur ajoutée ainsi créée permet de justifier plus facilement les coûts de

développement et d'installation du PMSI. D'autre part, s'agissant d'une information médicalisée, il est indispensable d'obtenir l'adhésion des médecins. Leur intérêt est sans aucun doute accru pour le système, s'ils en perçoivent des retombées immédiates et significatives pour eux.¹

Nous tentons d'abord d'illustrer ce que peut apporter le PMSI à la connaissance interne des coûts. Nous empruntons nos matériaux à l'expérience pilote menée par l'Assistance Publique et les Hôpitaux de Paris (AP-HP). Nous nous interrogeons ensuite sur les limites du dispositif actuel. Nous n'avons pas la prétention de décrire dans le détail le processus comptable du PMSI AP-HP tel qu'il a été développé depuis 1985, ceci dépasse largement les objectifs fixés à ce travail. Nous souhaitons, à partir de l'analyse des choix critiques en la matière, mettre en évidence tout l'intérêt que peut revêtir une définition plus appropriée du produit hospitalier dans l'élaboration d'un contrôle des coûts budgétés.

Frutiger et Fessler (1991) précisent que dans les cas qu'ils ont abordés à Paris, " lorsque l'assurance maladie consacre 100 francs à un hôpital, 60 à 70 francs sont utilisés pour l'hospitalisation (personnel et activité de plateau technique compris), environ 10 francs pour les consultations et les urgences et de 20 à 30 francs pour la logistique, l'administration et les frais généraux ". Ainsi, environ le quart du budget de l'hôpital est indépendant des pathologies traitées. Ces montants seront donc peu concernés par le PMSI. On voit mal en quoi la médicalisation de l'information (sauf cas exceptionnel) permettrait de mieux gérer l'activité hôtelière par exemple, d'ailleurs le contrôle des coûts engagé par cette dernière n'est pas spécifique à l'hôpital.

¹ Ceci est non dénué d'intérêt au plan économique. Comme le notent Casali et Glanddier (1991) : "Le PMSI offre une base de données propice à la recherche clinique et épidémiologique à l'intérieur de l'hôpital. Les changements de comportement, induits par cette démarche, ont un effet économique sur l'optimisation des soins au patient et l'intégration des moyens aux missions".

Frutiger et Fessler suggèrent dans ce cas de se référer, comme indicateur d'activité, au seul temps de séjour, lorsqu'il s'agit de ventiler ces charges par malade ou groupe de malades. Ainsi peut être calculé un forfait de charges indirectes par journée. Ils y voient aussi un avantage : si l'amélioration de la production hospitalière conduit à une diminution de la durée de séjour, ceci constituera une incitation permanente pour tous les services d'intendance ou d'administration à effectuer des gains de productivité. Leurs charges fixes seront en effet réparties sur une base de journées de plus en plus réduite. Comme nous le voyons, l'apport d'un PMSI est de faible intérêt pour ce type de dépenses puisque la durée de séjour est la variable la plus facile à mesurer.

En revanche, il en va tout autrement pour d'autres dépenses. Prenons comme exemple les transfusions sanguines ou les prothèses. Dans la mesure où aucun système d'information ne permettrait de rapprocher les consommations effectives des groupes de malades, la seule imputation possible serait de privilégier une fois de plus le calcul d'un coût complet par journée. Or, dans le cas cité, cette solution serait absurde puisqu'elle ne tient pas compte des différences de traitement. Comme le notent Frutiger et Fessler, " en soi, une imputation des dépenses de médicaments, de produits sanguins, d'analyses, d'actes et de transport médical ne peut faire l'objet d'une répartition au moyen d'une clé, aussi élaborée soit-elle. Dans ces cas, une clé peut même être considérée comme la négation de la pratique médicale, de la personnalisation des prescriptions ". Il faut rapprocher le malade du traitement.

Pour résoudre cette difficulté, une première solution consiste, avec l'aide d'experts, à estimer un coût standard pour les protocoles les plus couramment pratiqués dans un service. Une seconde solution, beaucoup plus ambitieuse, est de développer le système d'information de façon à ce qu'il autorise la valorisation par

patient des médicaments prescrits, des produits sanguins transfusés, des actes et des analyses demandés à l'extérieur. Si dans ce dernier cas, la facturation individuelle est déjà réalisée depuis longtemps, pour le reste la solution semble encore trop ambitieuse au regard des moyens mis en oeuvre. Le PMSI-AP-HP a choisi en cette matière des solutions intermédiaires, deux exemples viendront en illustration. En l'absence d'un système de distribution unitaire valorisée des médicaments, la répartition de ces charges se fait provisoirement en fonction d'un index théorique, fondé sur une évaluation théorique des consommations au vu des protocoles en usage. Les analyses réalisées par un service de biochimie donnent lieu pour chaque patient à une cotation à l'acte en fonction d'une valeur indiciaire, exprimée ici en une quantité de B (ailleurs en K ou en Z). La valorisation en francs se fait à partir des charges directes du service considéré du plateau technique. Par exemple, si le service de biochimie produit 59 700 actes pour une valeur indiciaire de 9 611 700 B et que ses charges directes sont de 10 572 870 frs, le coût local du B sera de 1,10 fr. Un patient ayant "consommé" 400 B aura une charge de 440 frs imputée.

Mais il ne faut pas oublier qu'à l'hôpital, les charges identifiées par patient ne constituent pas la plus grande part du coût médicalisé. Ainsi, dans un service d'hépatogastro-entérologie parisien, elles n'ont été estimées qu'à 27 % du total. Il reste trois autres types de charges à traiter. A Paris, ont été distinguées :

- les charges directement affectées au niveau du centre d'activité,
- les charges directement affectées au niveau du centre de responsabilité,
- les amortissements des équipements médicaux du centre de responsabilité.

Les charges affectées directement au niveau du centre d'activité comprennent principalement les charges de personnel médical et infirmier, hors encadrement. Notons d'abord l'importance

de ces charges dans le budget de l'hôpital, notons aussi que nous touchons ici au coeur du problème de la répartition des coûts. En effet, il peut être tentant en première approximation de les répartir en fonction des durées d'hospitalisation. Une infirmière ne suit-elle pas un "contingent" de malades ? Cependant , cette méthode ignorerait une réalité de l'hôpital, à savoir à l'évidence que tous les malades ne demandent pas la même attention. Privilégier la durée de séjour revient à peu alourdir le coût des hospitalisations brèves, or ces hospitalisations peuvent être aussi les plus intensives. Une bonne allocation des coûts nécessite donc une information supplémentaire. Dans le cadre de l'expérimentation parisienne, il a été jugé nécessaire d'associer la surveillante du service à la mise en place du PMSI et d'effectuer un recueil spécifique d'informations : le résumé des soins directs ou synthèse infirmière.

Ce dernier est rempli pour chaque patient une fois par semaine. Les soins sont décomposés en trois catégories : soins de base (alimentation, locomotion, hygiène et confort du malade), soins techniques et soins relationnels (conseil, soutien psychologique, accompagnement des mourants). Chaque catégorie est subdivisée en quatre classes, suivant l'intensité des efforts exigés. A chaque catégorie, est affecté un coefficient. A titre d'exemple, nous donnons la répartition des soins techniques :

Coefficient	Type de soins
1	Bilan, établissement d'un diagnostic.
4	Actes de soins légers (prélèvement, injections ...) et/ou courts (perfusion, drain, sonde) principalement.

- 10 Actes de soins légers et/ou courts répétés ou actes de soins lourds (irrigation continue, cathétérisme cardiaque, trachéotomie...).
- 20 Actes de soins très lourds principalement.

A partir de ces informations communiquées par le personnel infirmier, il est alors possible d'estimer l'intensité des soins apportés à un patient particulier. Par exemple, un patient est resté 17 jours, soit 2 périodes de 7 jours et une période de 3 jours. Les 3 résumés infirmiers se présentent ainsi :

	Soins de base	Soins techniques	Soins relationnels
du 1 ^{er} au 7 ^e j	4	10	10
du 8 ^e au 14 ^e j.	10	10	4
du 15 ^e au 17 ^e j.	10	4	4

L'évaluation de l'intensité des soins conduit au calcul suivant :

$(4 \times 7) + (10 \times 7) + (10 \times 3) / 17 = 7,5$ pour les soins de base,
 $(10 \times 7) + (10 \times 7) + (4 \times 3) / 17 = 8,9$ pour les soins techniques,
 $(10 \times 7) + (4 \times 7) + (4 \times 3) / 17 = 6,5$ pour les soins relationnels,
 soit un total général de 22,9 par jour.

Pour valoriser ces soins, il suffit dès lors de déterminer la valeur du point d'indice . Pour ce faire, la méthode proposée revient à diviser la charge budgétaire annuelle du service (personnel et charges sociales) par la capacité théorique de production du service. Pour ce dernier paramètre, on pourra tenir compte du total des points mesurant l'intensité des soins pour l'ensemble des patients sur une période considérée.

Cette méthode permet de mieux prendre en compte une forte intensité des soins sur une période courte et une intensité variable des soins sur une période longue. Elle a nécessité d'élargir la notion de produit hospitalier en prenant en compte de manière simplifiée des éléments qualitatifs et en associant le personnel infirmier. Selon Frutiger et Fessler, "elle est parfaitement adaptée aux réalités de l'hôpital moderne qui tend de plus en plus à ce qu'un maximum d'énergie professionnelle soit consacré au patient sur un séjour de plus en plus court".

Les charges budgétaires de personnel médical (les médecins) ont été traitées suivant une méthodologie voisine. L'information provenant des résumés de sortie standardisés (RSS) est ici complétée pour fournir des résumés standardisés cliniques qui contiennent une information sur l'effort produit par l'équipe médicale. Le médecin en charge du patient peut utiliser deux échelles de cotation. L'une est réservée aux activités de diagnostic, l'autre à celles de traitement. Pour l'une ou l'autre, le médecin indique sur une échelle 1-10-20-30-40-50-60-70-80-90-99 le chiffre qui caractérise le mieux, non seulement le temps passé, mais l'intensité avec laquelle le savoir-faire de l'équipe médicale a été sollicité. Ces poids sont additionnés et, comme pour les charges de personnel infirmier, ils sont valorisés par patient en tenant compte des charges directes du personnel médical et des poids produits par ce dernier.

Dans le cadre de l'expérience PMSI-AP-HP, les autres charges ont fait l'objet d'un traitement moins élaboré. Par exemple, les charges d'encadrement, de secrétariat médical, d'entretien courant du service, téléphone, informatique, etc... ont été imputées au moyen d'un indice EST (Entrée, Sortie, Transfert) qui donne deux points pour une entrée, une sortie ou un décès, et un point pour un transfert. Les

charges d'amortissement ont donné lieu à l'établissement d'un forfait par séjour.

Cette expérience parisienne a permis de pousser relativement loin l'analyse de la relation entre coût et activité. Certes, cette analyse reste limitée à quelques hôpitaux et a concerné principalement les séjours de courte durée. Mais elle a permis de mettre en évidence l'intérêt d'une définition fine de l'activité, où données administratives et informations médicales viennent se compléter. Il n'est pas évident qu'un système d'information aussi fin soit utile. Ce sera d'ailleurs l'objet de notre étude au III de ce chapitre. Comme nous l'avons vu au chapitre IV, la valeur d'une information comptable ne vient pas de sa caractéristique à révéler un "vrai" coût, mais de la possibilité qu'elle offre à ses utilisateurs de prendre de meilleures décisions.

3) Les incertitudes récentes sur les fins de l'utilisation du PMSI pour le contrôle des coûts.

Avant d'envisager la mise en oeuvre d'outils de gestion fondés sur cette nouvelle technique, il convient de s'assurer de la bonne mise en place des systèmes d'information médicalisés. Indiscutablement, depuis la fin des années 80, des résultats considérables ont été obtenus dans ce domaine. Tonneau (1994) remarque : "en 1990, un million de RSS avait fait l'objet d'un classement, en 1991 ce nombre était doublé et correspondait à 40 % des séjours effectués dans les hôpitaux". Début 1994, au CHRU de Lille, le taux de production de RSS était supérieur à 70 %, début 1995 tous les

services concernés (de court séjour) devraient être couverts. Le CHRU de Lille n'est par ailleurs pas pionnier dans ce domaine. Le CHRU de Nancy (Baillet et Legras, 1991) a débuté en 1985 la saisie et l'exploitation de ces informations. Dès 1989, 44 services sur 50 de court séjour fournissaient les RSS; Le CHRU de Dijon (Dusserre, Quantin et Lalie, 1991), obtenait un taux d'exhaustivité supérieur à 75 % en 1990. Un établissement pilote comme l'hôpital Saint Camille de Bry-sur-Marne (Mounic et alii, 1992) avait atteint dès 1988 un taux d'exhaustivité supérieur à 90 %. Les CHRU ne sont pas les seuls concernés. Un centre hospitalier général, comme celui de Dax, produisait plus de 12 000 résumés en 1989, soit un taux de recueil de près de 75 % (Altuzarra, 1991).

Les conditions semblent donc remplies au plan statistique pour que des innovations apparaissent au niveau des outils de contrôle des coûts. Si une orientation vers l'interne à la française était privilégiée, elle aurait dû se traduire au cours de ces dernières années dans ce domaine. De manière surprenante, l'usage interne ne paraît pas s'affirmer, alors que la mission PMSI éditait dès 1985 un guide de comptabilité analytique (manuel actualisé au 1er septembre 1993) et, en 1987, un logiciel destiné à aider les hôpitaux à calculer leurs coûts par GHM. On peut faire valoir que ce retard provient principalement de la complexité des problèmes à résoudre pour la mise en oeuvre de ces outils (difficultés liées au découpage fonctionnel des hôpitaux, au choix de méthodes d'affectation de dépenses, aux méthodes de ventilation des frais de sections d'analyse sur des GHM,...). Mais l'absence de progrès significatifs a peut-être aussi son origine dans les hésitations au niveau des finalités du PMSI. Moisdon (1994) note : "mais le fait que le PMSI soit jugé comme avançant lentement (il a été lancé en 1983) provient aussi d'un phénomène de valse hésitation quant à l'usage même qui pouvait être fait de l'outil". Pour cet auteur, si l'usage interne se heurte à "des obstacles très sérieux", cela tient à deux raisons essentielles. D'une part, la technique est compliquée et

surtout l'évolution des coûts par GHM d'une année à l'autre est difficilement explicable (Engel, Moisdon et Nakhla, 1989). D'autre part, l'utilisation du PMSI a eu du mal à se répandre dans les hôpitaux parce qu'aucune incitation particulière n'a été mise en place. Cette dernière remarque nous paraît quelque peu curieuse s'agissant d'un usage interne ¹. En effet, ou l'outil est performant du point de vue des acteurs et alors il semble vraisemblable qu'ils l'adoptent ; ou il présente peu d'intérêt pour eux et alors il est raisonnable qu'ils le délaissent. En revanche, la présence d'un mécanisme d'incitation peut apparaître justifiée dans une perspective d'usage externe. Si la tutelle a besoin d'une information onéreuse à produire pour les acteurs hospitaliers, il est logique qu'elle les dédommage en quelque sorte pour qu'ils la lui fournissent.

Nous développerons au paragraphe suivant notre propre analyse, à partir de notre modèle théorique, des conditions nécessaires pour que cette information procure un avantage à l'interne, mais ceci au seul niveau du budget de service. Auparavant, nous souhaitons éclairer l'étude de ce problème par quelques éléments rassemblés au cours de notre analyse clinique au CHRU de Lille entre 1992 et 1994.

Les médecins que nous avons rencontrés manifestent à la fois peu d'intérêt pour l'information qui leur sera communiquée, et quelques craintes quant à l'étendue du rationnement de leurs ressources. Mais pour des raisons locales (sous-équipement de la région, Jourdain, 1991), les implications possibles ne leur font pas réellement peur.

"Chaque chef de service va recevoir des informations du département d'information médicale sur son activité.

¹ C'est peut-être plus l'expression d'un regret de l'un des promoteurs de l'outil (le manuel de l'étude de coûts publié par la direction des hôpitaux en septembre 1993 a été conçu et mis au point par la mission PMSI et les équipes de recherche du centre de gestion scientifique de l'École des Mines et du centre de recherche en gestion de l'École Polytechnique).

Nous avons une perception intuitive de l'activité de notre service, nous aurons une perception plus objective, chiffrée. C'est un niveau tout à fait anodin. Au delà on va nous demander de justifier nos besoins en personnel, en équipements. On va nous demander de faire de la gestion interne au service et nos moyens en dépendront. Ou alors on devra organiser différemment nos activités car on doit de plus en plus se débrouiller avec les moyens du bord".

"Un autre objectif est plus inquiétant. Il n'était pas clairement affiché au départ mais il l'est maintenant. A terme, le GHM doit permettre de déterminer un coût par pathologie, un coût standard. Certes, il faut freiner les dépenses de santé mais c'est inquiétant car c'est un tour de vis supplémentaire dans le sens de la contrainte financière. Dans le Nord Pas-de-Calais, nous ne sommes pas ceux qui ont le plus à craindre car nous sommes sous-équipés (en matériel et en personnel), on nous reconnaît volontiers ça au Ministère. On est beaucoup plus inquiet à Toulouse, Montpellier, Marseille, etc... que chez nous. On va réussir à démontrer que telle pathologie coûte 30 % plus cher dans ces villes-là et alors j'espère qu'il y aura une redistribution des moyens, mais ça c'est peut-être le rêve".

"Le PMSI va avoir un usage interne et un usage externe ; au niveau interne, pour l'allocation de moyens ; au niveau externe, pour comparer les hôpitaux. Il y aura sûrement un nivellement par le bas et pas un redéploiement homogène entre les différents hôpitaux des différentes régions".

Au début de notre étude sur le terrain, en 1992, les responsables administratifs apparaissaient très intéressés par les applications possibles du PMSI en matière de contrôle interne des coûts. Ils semblaient même adopter une attitude quelque peu conflictuelle vis-à-vis des médecins de ce point de vue.

"Les coûts par pathologie ou par GHM c'est intéressant sur le plan interne pour l'allocation des ressources. Ça reste essentiellement un outil de gestion".

"Nous avons un problème d'allocation de moyens aux services, c'est lié à l'historique. Donc on aura le PMSI pour allouer les ressources. En plus, ça va pousser les médecins à produire des RSS car on peut dire aux médecins qu'ils n'auront rien s'ils ne donnent pas toute l'information médicale. Mais on n'ira pas au-delà car on fait de la stratégie avec les médecins".

"Le PMSI s'inscrit dans une logique interne de responsabilisation des prescripteurs".

"Le PMSI, c'est bien car ça permet de savoir ce qu'on fait et combien ça coûte. On va enfin parler de l'activité et du coût, ça va ouvrir le dialogue entre médecins et administratifs. Il faut faire comprendre aux médecins qu'ils ont intérêt à connaître leur activité, c'est une démarche pédagogique (la carotte). Avec les réfractaires, il faut utiliser l'arme du budget (le bâton). Les hôpitaux parisiens ont de l'avance, certaines cliniques aussi qui ont compris que ça leur permettait de sélectionner leur activité en fonction, par exemple, de ce qui rapporte le plus".

Nous avons cependant observé une évolution remarquable de leur attitude au cours de ces deux dernières années (de 1992 à 1994). Cette opinion collectée auprès d'un membre important de l'équipe de direction déjà interviewé en 1992 est très symptomatique à cet égard.

"A l'interne, le coût par GHM ne nous servira à rien. On ne va pas s'en servir pour affecter les ressources".

"Si un coût était supérieur au standard, ce n'est pas pour autant qu'on réduirait le budget de ce service. Ce n'est pas notre façon de travailler avec les médecins".

Très tôt d'ailleurs, les administratifs ont relevé les risques d'incompatibilité entre l'usage de ces méthodes de contrôle des coûts et leur démarche stratégique. Rappelons une fois encore que le succès de cette dernière dépend de la participation des médecins. La direction n'a certainement aucune envie de mettre en péril cette dernière qui garantit la bonne intégration au sein de l'établissement.

Par ailleurs, nous avons noté une certaine fierté de l'équipe administrative pour sa démarche stratégique (très incarnée dans son directeur). Aussi n'est-il pas étonnant qu'elle manifeste peu d'enthousiasme à s'approprier un outil qui vient de l'extérieur. La boîte à outils est aussi un signe d'identité.

"Le PMSI échouera car c'est une démarche case-mix (demande de service). On oppose service mix (l'offre de service) au case-mix. Or l'hôpital est un producteur de services. C'est en définissant les services qu'il peut offrir qu'on peut le gérer. Le GHM est fondé sur une analyse par cas, a posteriori on analyse la demande".

"L'approche par segments est plus intéressante que l'approche par GHM. Il y a une différence de nature entre les deux. Le GHM, c'est une approche par les coûts. Avec le segment nous nous situons dans une problématique davantage tournée vers l'environnement (prescripteur et concurrentiel)".

De manière plus fondamentale, nos interlocuteurs soulignent leurs doutes sur l'intérêt du découpage par GHM pour le contrôle des dépenses directement maîtrisables par les services. Nous sommes là au coeur même de notre étude et nous reviendrons sur ce point au paragraphe suivant. Mais notons déjà :

"Avec le coût par pathologie, on ne peut jouer qu'à la marge, ça va jouer sur 15% à 20% des dépenses qui sont les dépenses médicales et pharmaceutiques".

"Pour calculer un coût avec le RSS, on n'a pas la pharmacie, on coche quand il y a eu un acte, mais cet acte a pu être fait plusieurs fois. De plus et surtout, il n'y a pas la charge de personnel. Il faudrait qu'il y ait un diagnostic infirmier mais c'est très lourd et cela sera difficile à mettre en place car les médecins ne sont pas favorables. Ça les ennuie que d'autres personnes qu'eux aient accès à la base de données".

"A une pathologie considérée, les dépenses médicamenteuses ne sont pas les mêmes pour tous. On ne peut pas considérer que les patients d'un même GHM vont coûter la même chose".

Ainsi, les principaux partenaires de l'hôpital semblent s'accorder sur le peu d'intérêt à leurs yeux que peuvent avoir les

implications du PMSI en matière de contrôle interne des coûts. Il n'y a pas de réelle hostilité, mais beaucoup plus d'indifférence. Au fond, chacun s'accorde à reconnaître plus de qualité à ces systèmes d'information dans le cadre d'un usage externe. On y voit la possibilité pour l'administration de l'hôpital de défendre ses intérêts.

"Si la tutelle l'applique, nous aurons besoin de connaître nos coûts par GHM pour négocier globalement nos ressources. Notre objectif est d'obtenir le maximum possible. Comme avec la dotation globale de fonctionnement, il nous faudra quelques années pour apprendre à en tirer le meilleur parti". (Un cadre administratif).

"Pour l'administration de l'hôpital, le PMSI doit aider à argumenter, à mieux défendre ses besoins budgétaires auprès de la tutelle". (Un médecin).

Pour corroborer cette opinion, nous pouvons signaler que c'est auprès de représentants de la tutelle que nous avons trouvé les avis les plus positifs sur ce type d'information.

"Le PMSI est une bonne chose car ça donne des indicateurs médicalisés indispensables pour réguler les budgets".

"Le PMSI sera aussi un outil de comparaison inter-hospitalière, un instrument d'allocation des ressources. Le budget global reste, le taux directeur va rester. Il y a un taux de base et on y ajoute des pourcentages qui constituent des marges (un pourcentage national, un régional, un départemental). Le taux directeur de base n'est pas un dû, on pourra, par exemple, le baisser car

un hôpital est trop doté par rapport à un autre. Le PMSI joue sur les marges et sur le taux de base. Depuis quatre ans, le ministère augmente les enveloppes régionales. La masse financière la plus importante arrive au niveau régional. Ces marges sont destinées à faire face à la hausse d'activité ou au financement d'activités nouvelles, de technologies nouvelles, etc... Mais elles ne sont pas extensibles et sont insuffisantes pour couvrir les besoins, donc il faut faire un tri. Or, actuellement, on est un peu démuné pour affecter ces ressources. Là, le PMSI nous sera très utile pour déterminer les priorités à financer”.

En conclusion, un mouvement de balancier semble se dessiner en matière de finalités des systèmes d'information médicalisée pour le contrôle des coûts. A l'origine et tout particulièrement aux États-Unis, c'est la finalité externe qui a été privilégiée. Le problème essentiel était de contraindre les établissements à ne pas allonger artificiellement les durées d'hospitalisation pour générer des recettes supplémentaires. C'est bien pour cela que la variable de durée de séjour joue un rôle aussi important dans la constitution des Diagnosis Related Groups (ou GHM). Le gouvernement français devait faire face à la même époque à la même inflation des coûts, c'est pourquoi il s'est intéressé à la méthode. Mais pour la mettre en place, il fallait encore que les hôpitaux développent les systèmes d'information nécessaires. Craignant que les principaux acteurs, et surtout les médecins, renacent à investir une partie de leur temps au développement d'un système d'information destiné au bout du compte à réduire leurs moyens, il mit alors en avant l'argument selon lequel l'usage se ferait en France uniquement à l'interne. Il y avait d'ailleurs quelques contradictions à vouloir imposer un schéma standardisé en matière de système

d'information et à plaider simultanément pour le développement des initiatives internes en matière de gestion.

Depuis ces dernières années, le développement de l'information médicalisée semble acquis. Les craintes initiales quant au refus de participation du corps médical apparaissent apaisées. Il reste maintenant à vérifier que le cadre unique de traitement de l'information à travers les GHM se prête au développement d'outils internes. Les premiers constats semblent apporter une réponse négative sur ce dernier point. En revanche, un accord semble se faire sur les possibilités d'utilisation à des fins externes. Comme le note Tonneau (1994), le retour à cete orientation d'origine s'effectue d'autant mieux que les autorités de tutelle doivent toujours faire face à la progression des coûts. Aujourd'hui, la peur de cet instrument de contrôle externe semble dépassée par les acteurs hospitaliers qui y voient une possibilité d'un nouveau jeu avec la tutelle. Par ailleurs, l'administration française ne peut que constater que si au début des années 80, la France était en avance dans ce domaine par rapport à ses partenaires européens, ce n'est plus le cas aujourd'hui. On parle aussi de tentatives des commissions de Bruxelles d'harmonisation en la matière.

L'échec des développements à l'interne, ou du moins l'indifférence constatée au niveau des établissements, n'a trouvé jusqu'à présent que des explications partielles. Comme nous l'avons vu précédemment, certains font valoir la complexité de l'outil, ou encore le manque de marketing de l'instrument auprès des établissements. Notre objectif est de proposer une analyse positive de ce problème en nous appuyant sur le cas du budget de service. Nous souhaitons mettre en évidence un ensemble de conditions nécessaires pour qu'une information de ce type revête un intérêt pour le contrôle budgétaire interne, du point de vue des responsables administratifs.

III - LES CONDITIONS D'EFFICACITÉ DES INDICATEURS DE TYPE GHM AU NIVEAU DU BUDGET DE SERVICE.

A l'aide du modèle théorique que nous avons précédemment développé, nous allons essayer de dégager quelques conditions nécessaires pour que l'information collectée sur la base de GHM réduise les coûts d'agence que nous avons déjà mentionnés. A nos yeux, elles sont au nombre de trois : - le signal observé doit posséder une finesse suffisante, - la corrélation entre la variable durée de séjour et le montant des dépenses courantes par unité doit être suffisamment élevée, - les caractéristiques du service étudié doivent être telles que la sensibilité au signal soit suffisante.

1) Finesse du signal et gain d'information.

Pour mieux apprécier l'apport d'un signal sur l'activité à ce problème de contrôle budgétaire, nous allons recourir au concept de finesse d'un système d'information tel que nous l'avons présenté au chapitre IV. Très schématiquement, on peut dire que le sommet administratif ne connaît a priori que le nombre de journées réalisées par le service. Comme le suggère le schéma n° VI-3, il ne connaît que l'effectif de l'ensemble où un élément est une journée-patient particulière.

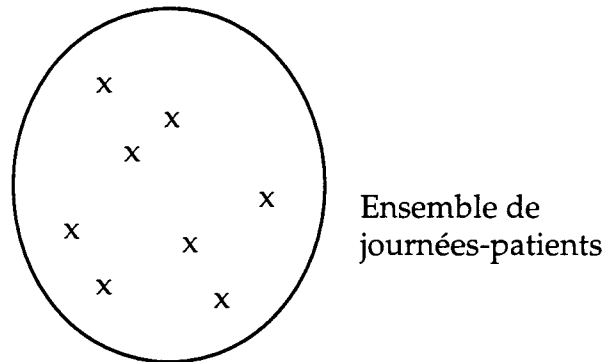


Schéma n° VI-3.

Or, nous savons fort bien que derrière chaque journée-patient se cache un travail et des consommations spécifiques. Il y a des patients qui sont en phase de soins intensifs, il y en a d'autres convalescents ou en attente d'examens. Faute de pouvoir connaître le niveau de production de soins par journée-patient, le sommet administratif ne peut produire qu'une évaluation moyenne sachant qu'une marge d'erreur subsiste. Introduire un signal n'est rien d'autre, comme nous l'avons vu au chapitre IV, que proposer une partition de cet ensemble. A titre d'illustration, le schéma VI-4 propose une partition en deux sous ensembles.

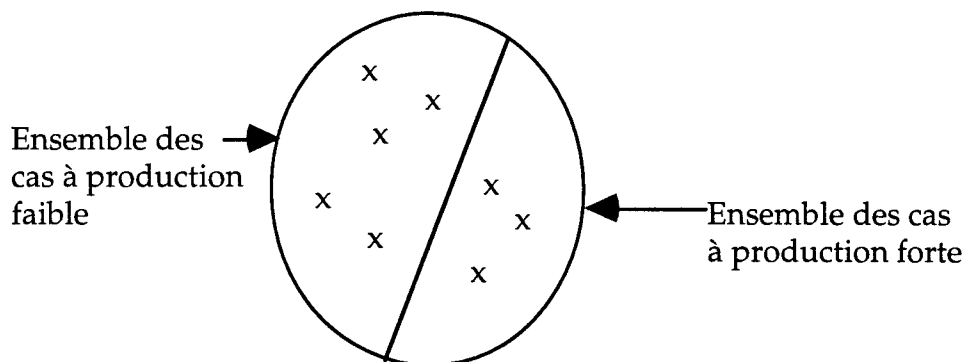


Schéma n° VI-4.

Lorsque le sommet administratif observe la valeur prise par le signal, il sait à quel sous-ensemble il a affaire. Il peut estimer la production de soins en affectant à chaque élément la production unitaire caractéristique de son sous-ensemble. Ainsi, si dans un service il peut observer un grand nombre de cas en situation de soins intensifs, il peut connaître avec une marge d'erreur plus faible la production de soins élevée de ce service.

Plus le signal est précis, plus la partition est fine, plus le nombre de sous-ensembles est élevé. A la limite, si le nombre de sous-ensembles est égal au nombre d'éléments et qu'il n'y a qu'un élément par sous-ensemble, l'information est parfaite. Le problème est dès lors de s'interroger sur la finesse offerte par la méthode des GHM pour partitionner la population soignée au sein d'un service. Si elle permet de distinguer plusieurs sous-ensembles de cas relativement homogènes en termes de production unitaire et surtout de dépenses courantes, elle offre alors de réelles perspectives pour s'avérer comme un signal fin d'information. L'opinion couramment exposée par les praticiens hospitaliers est qu'au niveau du service, l'outil reste relativement grossier. Cet avis apparaît confirmé par les résultats de l'étude menée par Halgand (1993) dans le cadre d'un service de gynécologie au CHRU de Montpellier. Cet auteur remarque que l'essentiel des cas se trouve concentré au sein d'un seul GHM. Le tableau n° VI-1 retiré de cette thèse illustre cette proposition : 3 GHM (sur 54 considérés) regroupent 65 % des effectifs étudiés.

Il est clair que si la méthode des GHM ne parvenait qu'à regrouper tous les patients dans une même classe, elle n'apporterait aucune information utile au sommet administratif pour le problème qui nous intéresse. L'apport informationnel du message serait alors nul. Il convient cependant, avant de retirer des conclusions trop radicales, de remarquer que ce n'est pas parce qu'un sous-ensemble contient 90 % des éléments et un autre les 10 % restants que la

Population par GHM	Nombre de GHM	Fréquence du nombre de GHM (en %)	Nombre cumulé de GHM	Fréquence cumulée des GHM (en %)	Effectifs	Fréquence des Effectifs (en %)	Effectifs cumulés	Fréquence cumulée des effectifs (en %)
- de 20 individus	30	55,56	30	55,55	150	2,87	150	2,87
de 20 à 49 individus	11	20,37	41	75,93	331	6,34	481	9,21
de 50 à 89 individus	4	7,41	45	83,33	304	5,82	785	15,03
de 90 à 149 individus	3	5,56	48	88,89	387	7,41	1172	22,43
de 150 à 199 individus	2	3,70	50	92,59	324	6,20	1496	28,64
de 200 à 999 individus	1	1,85	51	94,44	333	6,37	1829	35,01
de 1000 à 1200 individus	3	5,56	54	100,00	3395	64,99	5224	100,00

Tableau n° VI-1 : Étude de la répartition des individus dans la partition en GHM.

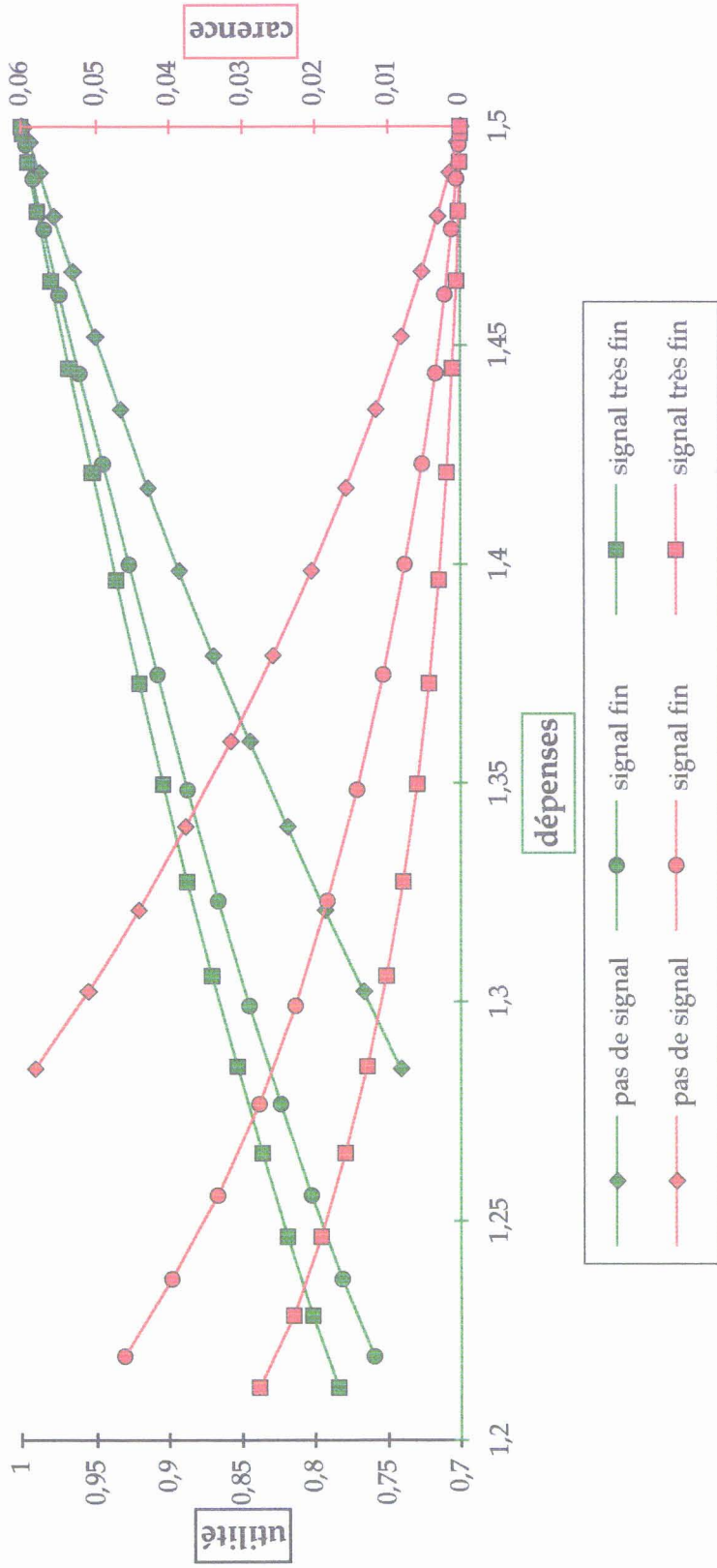
Source : Halgand (1993, page 285).

partition est sans intérêt. C'est l'homogénéité même des sous-ensembles au regard du critère étudié qui importe le plus. Supposons par exemple que les 10 % en question regroupent tous les cas les plus sévères nécessitant les dépenses courantes les plus élevées. La partition en question peut alors s'avérer suffisante pour obtenir une estimation plus précise de la production de soins. Si chaque cas sévère consomme neuf fois plus qu'un autre cas, alors la consommation pour sa catégorie est égale à la moitié du total. Si le sommet administratif peut apprendre que les cas sévères ne représentent plus au cours d'un mois que 8 %, alors la consommation estimée ne sera plus de 180 (90 + 90), mais seulement de 164 (92 + 72). Nous reprendrons plus loin la discussion de la pertinence de cette classification en termes de GHM du point de vue du critère des dépenses courantes. Nous avons simplement voulu souligner que la lecture des fréquences d'effectifs par classe de GHM pouvait fort bien être insuffisante pour conclure sur sa pertinence.

Un autre aspect est celui du nombre des sous-ensembles créés. On peut penser ainsi qu'une partition en deux classes apporte peu à l'efficacité du système budgétaire étudié. Afin d'illustrer la relation qui unit la finesse de la partition (ou encore le nombre de sous-ensembles créés) et la réduction des coûts d'agence consécutive à l'utilisation du signal, nous avons procédé à une série de simulations dont nous proposons les résultats au graphe VI-12. Les deux courbes marquées par des losanges représentent les frontières efficaces obtenues en absence de signal. Les valeurs numériques sont celles utilisées pour le graphe VI-11 et précédemment rappelées. Nous avons ensuite envisagé deux cas, celui d'un signal fin et celui d'un signal très fin. Le signal fin opère une partition de l'ensemble initial en deux sous-ensembles de même effectif. A l'intérieur de la première classe, la quantité de soins à produire est faible : elle est ici uniformément distribuée sur l'intervalle 0,7-1. A l'intérieur de la seconde, la production de soins est élevée et uniformément distribuée sur

GRAPHE VI-12

Frontières efficaces, finesse du signal et gain d'information .



l'intervalle 1-1,3. Les deux courbes signalées par les petits disques retracent les frontières efficientes telles qu'elles peuvent être estimées en première période, sachant que le signal sera observé en troisième période. Ce sont les courbes moyennes qui apparaissaient déjà au graphe VI-11.

Le signal très fin propose une partition plus précise de l'ensemble initial en quatre classes. La première comprend les cas où la production unitaire de soins est la plus faible. Elle est ici supposée uniformément distribuée sur l'intervalle 0,7-0,85. La seconde comprend les cas à production unitaire faible avec une distribution uniforme ici sur l'intervalle 0,85-1. La troisième regroupe les cas à production unitaire forte avec une distribution uniforme sur l'intervalle 1-1,15. Enfin, la quatrième classe contient les éléments à production unitaire très forte distribués uniformément sur l'intervalle 1,15-1,3. Nous avons supposé de plus que les effectifs étaient égaux sur les quatre classes. Les frontières efficientes sont représentées par les courbes marquées par des carrés.

La lecture du graphe VI-12 permet de retirer les conclusions suivantes. Bien évidemment, plus le signal d'information est fin, plus les résultats obtenus sont satisfaisants. D'abord, si on s'attache au seul critère de la réduction maximale des dépenses, les dépenses les plus petites sont obtenues avec le signal très fin. Toutefois, nous pouvons remarquer que la réduction des dépenses moyennes espérée est beaucoup plus faible lorsqu'on passe du signal fin au signal très fin, que lorsqu'on passe de l'absence de signal au signal fin. De même, pour différents niveaux de dépenses moyennes considérés, il est clair que la diminution de la carence moyenne observée est beaucoup plus forte du cas "pas de signal" au cas "signal fin", que du cas "signal fin" au cas "signal très fin". On peut étendre cette observation à l'évolution de l'utilité espérée pour le service. Pour un même niveau de dépenses moyennes, l'accroissement d'utilité est

beaucoup plus fort dans le premier cas ("pas de signal" à "signal fin") que dans le second (de fin à très fin). Il apparaît donc que les gains que l'on peut retirer d'un accroissement de la finesse du signal sont marginalement décroissants. Rechercher la partition la plus fine n'est certainement pas un objectif en lui-même satisfaisant. En effet, le coût d'élaboration d'un signal de plus en plus fin est très certainement marginalement très croissant. Il est possible qu'un équilibre satisfaisant se produise à un niveau de finesse relativement peu élaboré.

En conclusion sur ce point, il nous apparaît qu'en dehors du cas trivial où un service ne comprend qu'un GHM, il n'est pas évident que l'on puisse éliminer d'emblée l'information apportée par les GHM pour le contrôle budgétaire, sous prétexte qu'elle est trop grossière. La finesse ne peut pas être appréciée pour elle-même. Tout jugement doit porter sur les coûts et les avantages des solutions respectives. Afin de prolonger cette étude, nous souhaitons aborder maintenant deux aspects essentiels, celui de la corrélation entre durée de séjour et importance des dépenses courantes et la sensibilité des solutions offertes par les signaux aux valeurs prises par les différents paramètres du modèle.

2) La corrélation entre les variables durée de séjour et intensité des dépenses courantes.

Le problème de l'analyse a posteriori des dépenses courantes réalisées par un service est pour le sommet administratif de distinguer ce qui provient d'une part de la quantité de soins produite, d'autre part du manque d'effort de contrôle. La connaissance de

l'activité importante pour lui est celle qui le renseigne sur le montant de ces dépenses parfaitement incompressibles et justifiées. Vu cet objectif limité, toutes les mesures d'activité ne sont pas nécessairement d'un égal intérêt pour le sommet administratif. Nous avons vu au chapitre I que les mesures issues du PMSI et à base de GHM privilégient l'indicateur durée de séjour. Nous avons vu également dans ce même chapitre, ainsi qu'au chapitre II, que cet indicateur ne rend pas compte de toute la richesse de l'activité hospitalière, et qu'en particulier pour un même malade, chaque jour n'est pas aussi coûteux en termes de soins (Labourdette, 1988). Le point important, à ce stade de l'étude, est de savoir si la classification en termes de GHM est susceptible d'apporter une information en matière de quantité de soins à fournir et surtout en matière de dépenses courantes à réaliser. Plus formellement, le problème est de savoir si l'espérance de dépenses conditionnée par la connaissance du GHM est différente de l'espérance non conditionnelle.

En reprenant l'exemple déjà présenté au graphe VI-11, nous allons envisager trois cas. Dans le premier, nous supposons que le signal ne nous apporte aucune information. Quelle que soit la classe considérée, la dépense unitaire est distribuée de manière identique sur l'intervalle 0,7-1,3. Dans le second cas, nous supposons que les distributions concernant la dépense unitaire sont légèrement différentes. Pour la première classe, l'intervalle a pour limites 0,7 et 1,15. Pour la seconde, les limites vont de 0,85 à 1,3. Les moyennes sont donc différentes, mais la plage de recouvrement reste importante. Connaître la valeur prise par le signal ne permet pas d'éliminer sans erreur une partie des valeurs prises par les dépenses courantes, puisque de 0,85 à 1,15 on trouve des éléments des deux classes. En ce sens, la corrélation est faible. Le troisième cas est celui que nous avons déjà présenté au graphe VI-11 où la corrélation est forte. En effet, nous allons supposer que les intervalles des valeurs prises par les éléments de chaque classe sont disjoints : 0,7-1 et 1-1,3. Il n'y a pas de plage de

recouvrement et lorsqu'on connaît la valeur prise par le signal, on peut éliminer sans risque d'erreur toute une partie de la distribution.

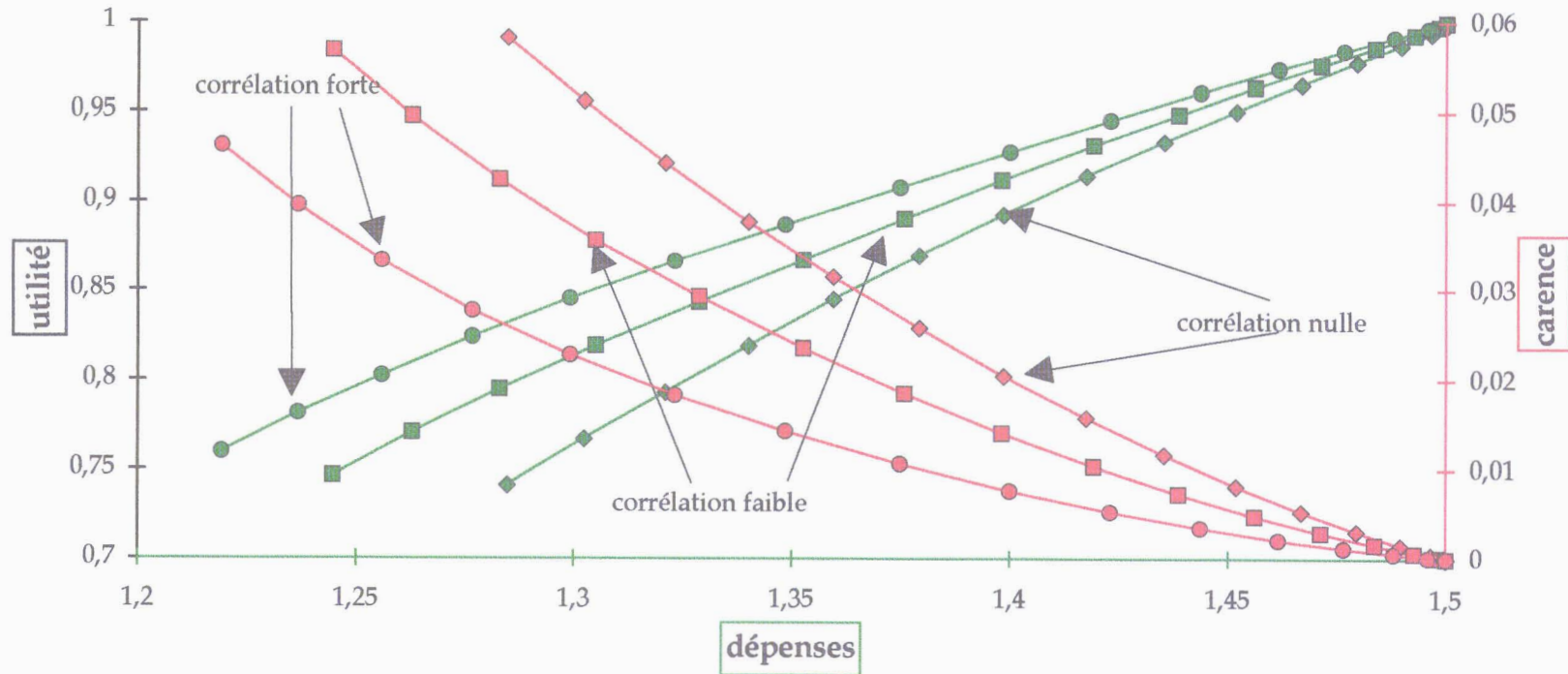
Le graphe VI-13 propose les résultats de ces simulations. Il est clair, au niveau des deux types de frontières efficientes, que plus la corrélation est élevée, plus les coûts d'agence sont réduits pour un même niveau de dépenses moyennes attendu. Si la corrélation est trop faible, on peut craindre que le coût d'utilisation de cette nouvelle statistique apparaisse trop élevé aux yeux des acteurs, au regard des avantages que procure un accroissement de l'efficacité du système de contrôle. Il ne faut cependant pas en déduire que l'absence d'une corrélation parfaite invalide l'usage des GHM. Il suffit qu'elle reste suffisamment élevée pour qu'elle soit appréciée. On peut dès lors supposer que les réponses peuvent être différenciées selon les services considérés. Il n'est en effet pas évident que les niveaux de corrélation soient les mêmes partout.

3) Sensibilité des solutions offertes par les signaux aux valeurs prises par les paramètres du modèle.

Nous n'allons pas ici reproduire l'intégralité des analyses de statique comparative que nous avons proposées dans la section 1. Nous souhaitons toutefois mettre en évidence les effets différenciés de l'apparition d'un signal en période 3 selon les caractéristiques du service. Pour ce faire, nous allons étudier plus particulièrement deux paramètres des fonctions d'utilité des services, à savoir l'aversion à la carence (c_1) et l'attrait pour les activités nouvelles (a_1).

GRAPHE VI-13

Corrélation entre durée de séjour et dépenses courantes et gain d'information .



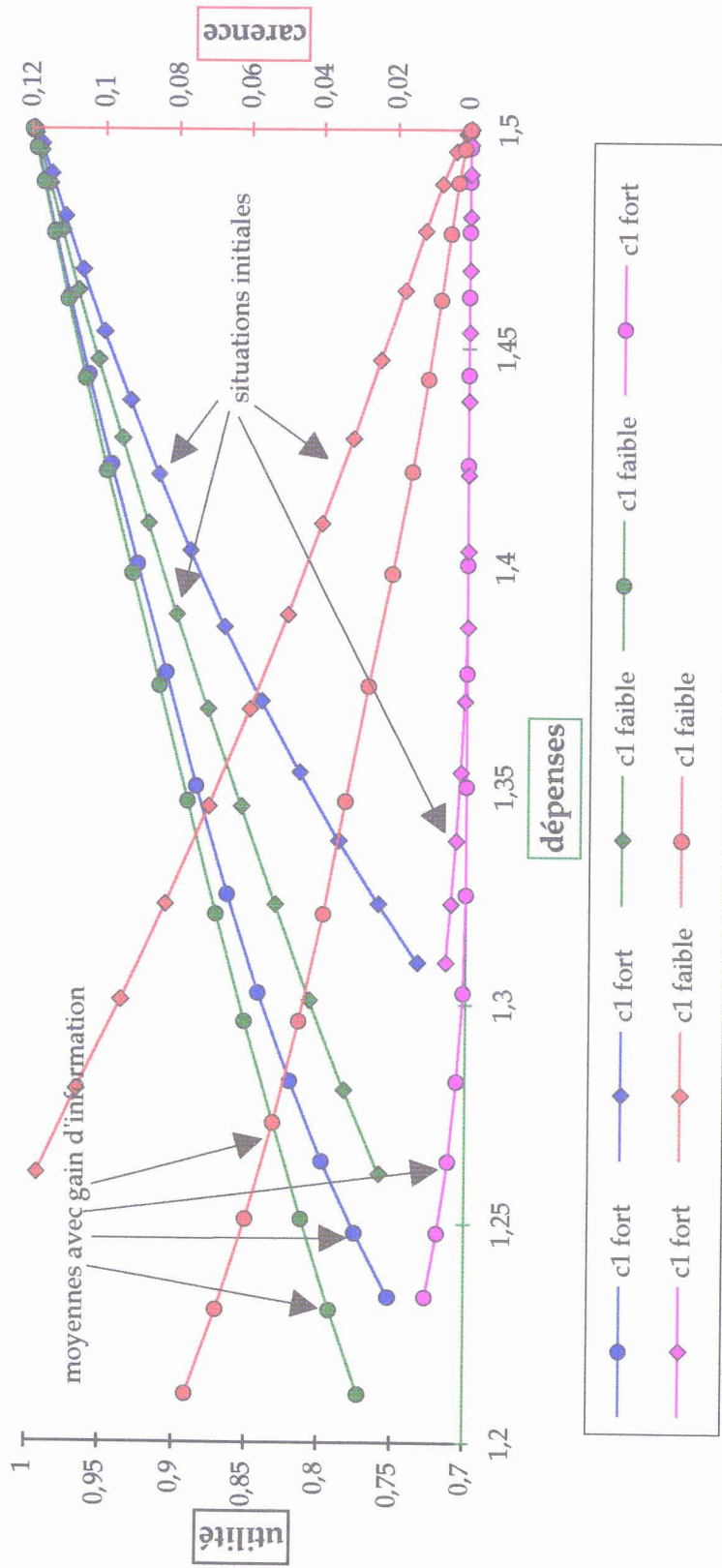
Le graphe VI-14 permet d'étudier le déplacement des frontières efficientes du fait de l'apparition d'un signal simple (faible production, forte production) dans deux situations très contrastées. Dans le premier cas, le service est faiblement adverse à la carence (il peut [et il accepte] augmenter les listes d'attente ou réorienter les patients vers d'autres établissements). Le coefficient c_1 vaut alors 0,3. Dans le second cas, le service ne peut pas (et ne veut pas) pas recourir à ces moyens-là et son aversion pour la carence est élevée, c_1 vaut 0,8. Les valeurs prises par tous les autres coefficients restent égales à celles fournies pour le graphe VI-11.

Quand l'aversion pour la carence est forte, la frontière efficiente carence/dépenses (en mauve sur le graphe) se déplace fort peu. La frontière initiale qui correspond à la courbe marquée par des losanges faisait déjà apparaître des niveaux de carence moyens très petits. Les résultats sont en revanche beaucoup plus probants au niveau de la seconde frontière efficiente utilité/dépenses figurant en bleu sur le graphe. L'accroissement d'utilité moyenne est significatif comme le témoigne la distance entre la courbe marquée par des losanges figurant la situation initiale et celle marquée par des disques correspondant au cas où apparaît un signal. Enfin, nous pouvons remarquer que l'arrivée d'un signal permet d'atteindre des solutions où les niveaux moyens de dépenses sont beaucoup plus petits. En résumé, lorsque l'aversion à la carence est forte, l'utilisation d'un signal est intéressante du point de vue des deux critères : utilité espérée pour le service et dépenses moyennes. Cette utilisation est négligeable du point de vue du troisième critère, la carence moyenne.

Lorsque l'aversion pour la carence est faible, on assiste à des déplacements de frontières efficientes sensiblement différents. Au graphe VI-14, en rouge figurent les frontières carence/dépenses. Un abaissement sensible apparaît du fait du gain d'information procuré par le signal. En vert, on retrouve les frontières utilité/dépenses.

GRAPHE VI-14

Frontières efficaces, aversion à la carence et gain d'information .



L'accroissement constaté est certes plus petit que celui observé dans le cas où c_1 était fort. Mais si on élimine la partie des graphes correspondant à des niveaux de dépenses élevés, l'amélioration d'utilité reste sensible. Comme précédemment, on constate que l'arrivée d'un signal permet d'atteindre des niveaux de dépenses beaucoup plus faibles.

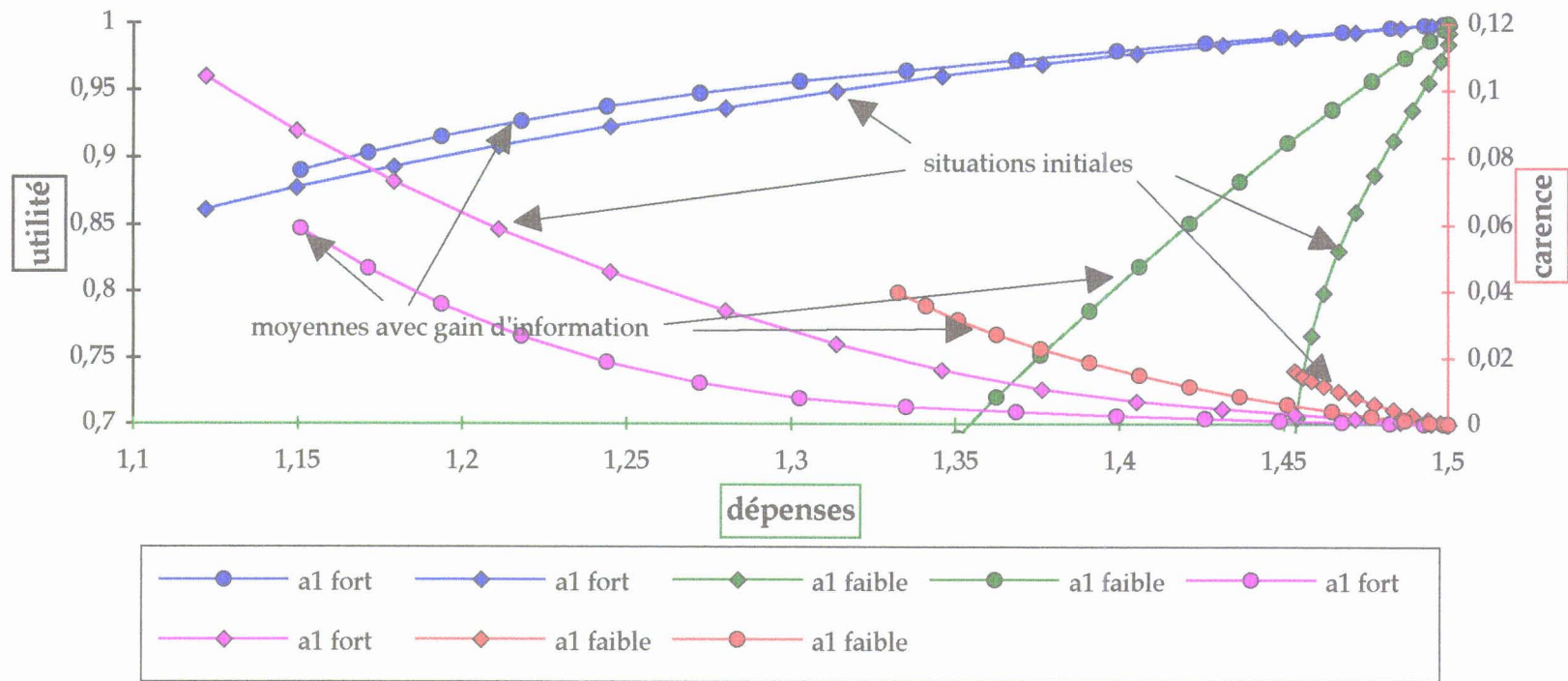
En résumé, l'apparition d'un signal en période 3 semble provoquer des effets mieux partagés lorsque l'aversion à la carence est faible. Des améliorations sont constatées au niveau des trois critères : utilité espérée pour les services, carence moyenne et dépenses moyennes. Rappelons enfin que le choix d'une politique budgétaire par le sommet administratif devrait être fait en prenant en compte simultanément ces trois aspects. Il est difficile de dire si l'apparition d'un signal conduit à une modification plus importante de la politique budgétaire optimale, lorsque l'aversion pour la carence est forte ou lorsqu'elle est faible. Il faudrait pour cela savoir comment le sommet administratif pondère l'importance relative de ces trois critères.

Comme ces signaux sont coûteux à mettre en oeuvre, il est fort possible que les avantages retirés soient suffisamment différents d'un service à un autre, vu leur degré d'aversion à la carence. Ici encore, il n'y a pas de réponse générale. On peut toutefois remarquer que ce sont les services qui ont l'aversion à la carence la plus forte qui devraient manifester, toutes choses restant égales par ailleurs, la réticence la plus faible à l'utilisation de signaux comme les GHM, puisque ce sont eux qui en tirent le plus grand bénéfice en termes d'accroissement d'utilité.

Le graphique VI-15 permet de comparer les cas des services où l'attrait pour les activités nouvelles est fort (courbes en bleu et mauve) et les cas où l'attrait pour ces activités est faible (courbes en vert et

GRAPHE VI-15

Frontières efficaces, attrait pour les activités nouvelles et gain d'information .



rouge). Pour ces simulations, nous avons retenu pour le coefficient a_1 les valeurs suivantes : 0,5 pour un attrait faible et 3 pour un attrait fort. Les valeurs prises par les autres paramètres restent identiques à celles du cas étudié au graphe VI-11.

Lorsque l'on étudie les courbes du graphe VI-15 pour un coefficient a_1 élevé, on peut remarquer d'abord que le déplacement de la frontière utilité/dépenses (en bleu) est très limité. Ensuite, il apparaît que la diminution de la valeur la plus faible obtenue pour les dépenses moyennes est très limitée (les points extrêmes des graphes se déplacent peu vers la gauche). Le seul effet sensible est une baisse de la courbe carence/dépenses (en mauve). Ainsi, il apparaît que dans ce cas où la fonction d'incitation joue pleinement son rôle (les services attendent beaucoup du financement des activités nouvelles), l'apport d'un signal d'information en période 3 reste très modeste. A moins que le sommet administratif ne soit très attentif à la diminution de la carence dans ce genre de services, on peut penser que le goût pour mettre en place un nouveau système d'information fondé sur les GHM est faible, les avantages attendus devant être inférieurs aux coûts supportés.

Quand l'attrait pour les activités nouvelles est faible, les résultats fournis par le graphe VI-15 sont sensiblement différents. La frontière utilité/dépenses (en vert) se déplace de manière sensible dans la direction nord-ouest. Nous pouvons en tirer deux conclusions. D'une part, le système apparaît moins pénalisateur en termes d'utilité espérée pour les services. D'autre part, le contrôle des dépenses peut se faire de manière plus efficace. En absence de signal, il n'est pas possible pour le sommet administratif de descendre en dessous du niveau de 1,45. Avec le signal, la valeur la plus faible s'établit aux alentours de 1,33. L'évolution de la frontière carence/dépenses (en rouge) est également favorable.

En résumé, lorsque l'attrait pour les activités nouvelles est faible, l'efficacité du système budgétaire est très réduite. Recourir à un système d'information complémentaire, même grossier comme par exemple les GHM, permet de conférer à ce dispositif un intérêt qu'il ne possédait pas au départ.

En conclusion de cette section, nous pouvons dire que notre analyse théorique permet de dégager quelques pistes de réflexion face aux incertitudes quant à l'avenir du PMSI et des GHM en matière de contrôle interne des établissements hospitaliers, et au regard des réticences marquées par de nombreux professionnels hospitaliers à leur égard. Il est clair que les partitions des populations traitées par un service en termes de GHM doivent être suffisamment fines pour qu'elles soient opérationnelles. Mais un outil grossier n'est pas nécessairement sans intérêt comme nous l'avons vu. Il faut que d'autres conditions soient également remplies. Plus grande est la corrélation entre le classement par GHM et les dépenses courantes, plus fort sera l'apport du signal considéré. Mais ici encore, nous avons montré que même en présence d'une corrélation faible, les résultats peuvent être appréciables. La condition d'une corrélation élevée peut être trop forte dans certains cas. Tous les services ne peuvent pas être traités sur un même pied pour d'autres raisons encore. L'acceptation d'un tel système d'information peut dépendre du degré d'aversion à la carence, en comparaison de celle pour l'effort de contrôle. Les choix en la matière sont complexes et dépendent de la façon dont le sommet administratif prend en considération les différentes sources de coûts d'agence. Enfin, l'intensité de la fonction d'incitation, ou encore l'attrait pour les activités nouvelles, peut jouer un rôle considérable. Il

ne faut pas attendre des services pour lesquels l'incitation est forte un intérêt très grand pour l'usage de ce genre d'information. Parce qu'ils veulent éviter toute pénalisation excessive dans l'attribution de leurs moyens, ils se disciplinent d'eux-mêmes au niveau du contrôle des dépenses courantes.

Pour conclure ce chapitre et cette partie, nous souhaitons rappeler que nous avons réussi à dégager les bases du choix effectué par le sommet administratif en matière de politique budgétaire, après avoir fourni aux chapitres précédents une modélisation du comportement des acteurs dans le cadre d'une bureaucratie professionnelle, en empruntant les voies ouvertes par les théories de l'agence et des transactions informelles. Pour élaborer une solution de référence, nous avons d'abord supposé que le sommet administratif était dans l'ignorance du niveau exact de la production réalisée par le service lorsqu'il devait évaluer sa performance budgétaire. Cette asymétrie d'information est la source de coûts d'agence spécifiques qui se mesurent en utilité perdue pour les services, en carence accrue pour les patients et en dépassement du budget des dépenses courantes pour l'administration. L'importance de ces coûts d'agence dépend tout autant de caractéristiques comportementales et de spécificités des activités médicales considérées, comme l'aversion à la carence, l'aversion à l'effort de contrôle des dépenses, l'attrait pour les activités nouvelles, l'incertitude sur la demande de soins, le rationnement qui pèse sur les financements des activités nouvelles. La manière dont travaille le sommet administratif n'est pas non plus sans conséquence. La précision de son estimation de la carence et les caractéristiques de son système de notation importent en la matière. Si on peut supposer

qu'avec l'expérience le sommet administratif améliore sa façon de faire de manière à réduire les coûts d'agence, il n'en demeure pas moins que ceci étant acquis, ils restent et de manière très différenciée selon les services.

Pour les atténuer, et surtout dans les cas les plus critiques, nous avons introduit au sein de notre modèle un nouveau dispositif. Nous avons supposé que le sommet administratif pouvait obtenir au moment de son évaluation budgétaire une information imparfaite sur l'activité du service. Ce développement nous a été suggéré par le débat très vif qui s'est instauré autour de l'introduction du PMSI et des GHM. Nous avons montré combien les hésitations ont été grandes quant à l'objectif poursuivi à travers cette initiative. Nous avons laissé de côté les utilisations en matière de contrôle externe qui ne sont pas l'objet de cette étude, mais qui ont été au coeur de l'expérience américaine et qui semblent le devenir en France. Pour des raisons peut-être tactiques, l'usage interne a souvent été avancé dans notre pays. Il a été à l'évidence source de déceptions et de critiques très récentes. Avant de condamner, peut-être de manière trop précoce, cet instrument qui en est toujours aujourd'hui à sa phase d'expérimentation, nous avons voulu mettre en évidence les conditions nécessaires à son succès. Le tableau que nous avons dressé est fort nuancé, il n'est pas évident que l'instrument soit adapté à tous les services. Il ne paraît pas plus évident qu'il puisse être balayé à partir de critiques trop fragmentaires portant sur des aspects particuliers.

Un prolongement naturel à cette étude positive serait une étude empirique qui permettrait de tester les différentes hypothèses que nous avons élaborées. Par exemple, nous pourrions rapprocher le niveau d'utilisation de l'information procurée par les GHM de caractéristiques observées sur les services (incertitude sur la demande, aversion pour la carence, attrait pour les activités nouvelles, etc...). Malheureusement, l'heure est trop précoce car nous sommes encore

au début des expérimentations. Nous ne pouvons donc pas constituer avec un recul satisfaisant un échantillon significatif.

Enfin, au vu des premières critiques déjà apportées, certains avancent de nouvelles idées en matière de construction d'indicateur d'activité. Ils se font les partisans de nouveaux groupements et de nouvelles partitions. Nous pensons que les résultats de notre analyse peuvent fort bien être utilisés pour apprécier l'efficacité de ces nouveaux indicateurs. Une dernière remarque nous suggère qu'il n'existe peut-être pas une méthode unique de partition. Comme cette information prend sa valeur dans le processus de décision budgétaire, il faudrait peut-être envisager dès son élaboration les caractéristiques qu'elle doit posséder en fonction des services traités. On pourrait ainsi construire plusieurs indicateurs, chacun adapté à des populations de services qui présentent, du point de vue de notre modèle, des caractéristiques proches. Dans certains cas, des indicateurs relativement grossiers suffiraient ; dans d'autres, des indicateurs plus élaborés donneraient toute leur efficacité.

CONCLUSION GÉNÉRALE.

Le but de cette recherche était de proposer une contribution à la modélisation partielle d'un système de contrôle de gestion au sein d'une bureaucratie professionnelle. En cherchant à atteindre cet objectif, nous avons obtenu un certain nombre de résultats. A nos yeux, un mécanisme véritable de contrôle est en train de s'élaborer à l'intérieur du cas spécifique étudié, l'hôpital public. Ce résultat n'était pas évident au départ. En effet, le poids de l'administration et l'importance des règles de la comptabilité publique pouvaient laisser penser qu'au sein d'une telle institution le terme de contrôle ne pouvait guère dépasser son premier sens de vérification. On pouvait, dès lors, s'inquiéter de l'opportunité d'importer dans l'hôpital des techniques et des concepts développés au sein d'entreprises privées concurrentielles.

L'hôpital public n'est pas qu'un simple service d'une administration. C'est une organisation autonome qui commence à se doter d'une gestion stratégique. Du moins, c'est le cas au CHRU de Lille et la loi impose à tous l'obligation d'élaborer un projet d'établissement. Parce que l'hôpital doit être piloté de l'intérieur, une fonction de contrôle ne peut plus manquer d'émerger. La forme qu'elle est en train de prendre n'est pas nécessairement celle que l'on retrouve dans l'industrie ou le commerce. Mais nous avons distingué clairement des outils d'information (le budget) et des mécanismes d'incitation. L'originalité est sans aucun doute beaucoup plus grande

du côté de ces derniers. C'est pourquoi nous leur avons accordé beaucoup d'attention.

L'hôpital public, comme exemple de bureaucratie professionnelle, pose plusieurs difficultés dans l'élaboration de mécanismes d'incitation. Il y a d'abord l'absence de lien entre ceux qui exercent les fonctions de direction et ceux qui détiennent des droits sur les résultats résiduels de l'activité. Ici, du fait du financement par l'assurance maladie, il n'y a pas de bénéficiaire qui revient aux propriétaires. Le résidu prend un tout autre sens. C'est tout à la fois la carence supportée par les patients, l'effort supplémentaire demandé aux équipes soignantes et l'écart budgétaire (qui éventuellement peut profiter à l'établissement). Il y a ensuite la structure particulière de la bureaucratie professionnelle. Le centre opérationnel, c'est-à-dire les services médicaux, y est hypertrophié. La direction générale n'a qu'un pouvoir limité et peut difficilement s'immiscer dans la conduite des opérations, surtout lorsque des considérations médicales sont avancées. La dualité du pouvoir fait que nous avons peu affaire avec des relations hiérarchiques du haut vers le bas.

Nonobstant ces difficultés, nous avons montré qu'un mécanisme d'incitation original pouvait être mis en place. Il n'emprunte pas les voies des récompenses ou des pénalisations monétaires. Il n'y a ni prime, ni bonus, ni intéressement. La gratification peut toutefois être aussi efficace si elle touche à une dimension sensible de la personnalité des chefs de services. La possibilité d'innover, de perfectionner leurs techniques, d'accroître leur capacité à soigner, est particulièrement valorisante pour ces médecins. Elle les touche à la fois en qualité d'homme de sciences et en qualité d'homme de soins.

Nous avons ensuite montré que la mise en oeuvre de ce mécanisme de contrôle ne s'effectuait pas à l'intérieur d'une relation

verticale entre deux niveaux hiérarchiques. Mais elle a su trouver son cadre approprié. Nous l'avons qualifié, de manière imagée, de cadre diagonal pour essayer de rendre compte de cet aspect des choses où les principaux acteurs sont, à la fois, l'un à côté de l'autre et l'un au-dessus de l'autre. Concrètement, cela se traduit par l'existence d'instances d'évaluation originales et bicéphales, comme la commission médico-administrative. Dès lors, pour décrire cette structure de contrôle, nous avons eu besoin d'un mécanisme plus compliqué, non plus en deux points, mais en trois points.

Dans ce cadre ainsi élaboré de la bureaucratie professionnelle, nous avons pris en compte les intérêts de ceux qui supportent les risques résiduels liés à l'activité. Le sommet administratif est présent pour surveiller l'écart budgétaire. Le centre opérationnel peut s'exprimer avec suffisamment de force pour que les efforts demandés au personnel soignant restent dans la limite acceptable. On peut objecter que les patients sont absents, mais leur intérêt est pris en compte ici à la fois par le sommet administratif et par les médecins, tout autant pour des raisons d'ordre public que pour des considérations d'éthique. Nous souhaitons faire valoir que cette construction a, à nos yeux, une cohérence tout aussi défendable que celle que l'on prête au modèle de l'entreprise privée. Dans ce dernier cas, la construction est plus simple puisque c'est l'intérêt du propriétaire, porteur de l'ensemble des risques résiduels, qui est censé donner une direction générale à l'organisation. Nous concluons sur la possibilité de développement d'un contrôle de gestion au sein d'une bureaucratie professionnelle comme l'hôpital public, non pour des raisons de mode ou de rite, mais bien parce que nous avons retrouvé une architecture profonde. Les acteurs principaux qui supportent les risques résiduels ont la possibilité de diriger l'institution, ils ont donc besoin d'instruments pour la maîtriser dans sa gestion quotidienne.

La seconde conclusion générale que nous souhaitons tirer au terme de ce travail est que l'utilisation des outils du contrôle de gestion, au sein d'une bureaucratie professionnelle comme l'hôpital public, doit être envisagée de manière très variée et souvent nuancée. Certes, notre étude positive n'a porté que sur le seul budget de service, mais elle a permis de mettre en évidence les aspects suivants. Rappelons tout d'abord que nous n'avons pas développé une vue réductrice du rôle de la direction générale qui pourrait n'être concernée que par les seuls aspects financiers, mais à qui nous avons reconnu son rôle essentiel pour maintenir une bonne intégration. Aussi, l'évaluation de la qualité d'un instrument de contrôle comme le budget n'est pas faite à l'aune d'un seul critère : la maîtrise des dépenses, mais bien au contraire au regard de trois critères : la carence supportée par les patients, la satisfaction ou l'utilité des services, et enfin les dépenses moyennes.

En considérant simultanément ces trois aspects, il est clair que l'on ne peut pas attendre les mêmes résultats dans tous les services lorsque le contrôle s'exerce à travers un mécanisme budgétaire. Les résultats seront très médiocres là où la fonction d'incitation est faible. Lorsque l'attrait pour les activités nouvelles est peu développé du fait de la spécialité considérée ou de la personnalité du chef de service, il ne faut pas attendre de maîtrise des dépenses courantes. Le budget est alors inefficace. Vouloir l'utiliser à tout prix dans ces cas pour contrôler les dépenses courantes va imposer une lourde perte d'efficacité pour l'établissement, à travers un accroissement inconsidéré de la carence et une diminution très forte de la satisfaction des personnels soignants. A l'opposé, les services très innovants peuvent être gérés de manière très efficace à travers un système décentralisé comme le budget. Ils méritent leur autonomie non pas parce qu'ils sont innovants, mais parce qu'on sait qu'ils font un bon usage de leur autonomie. Nous avons ainsi pu observer dans un service de chirurgie de pointe que les médecins restreignaient l'usage de techniques onéreuses à des cas bien

particuliers, ils s'y engageaient dès le départ et tenaient leurs promesses. A l'opposé, nous avons rencontré le cas d'un service dont les interventions étaient loin d'occuper une niche stratégique pour l'hôpital, et qui respectait fort peu la discipline budgétaire. En conséquence, il n'est pas évident qu'il faille étendre à tous les services l'usage d'un budget à des fins de contrôle, sauf à mettre en oeuvre un autre mécanisme d'incitation adapté à ce cas.

Un deuxième axe de différenciation entre les services est la possibilité de recourir facilement ou non à la carence. Rappelons que la carence désigne ici l'écart entre la demande de soins manifestée auprès de l'hôpital et la production réalisée. Elle peut prendre diverses formes : allongement de listes d'attente, orientation vers d'autres hôpitaux publics, envoi vers le secteur privé, sortie prématurée de patients. Il ne s'agit donc pas d'un refus de soins qui, du point de vue éthique, serait inacceptable. Elle peut être fortement désagréable pour le patient (attente pénible, impossibilité d'être soigné par le médecin souhaité), elle peut être aussi pratiquement sans conséquence. Mais son rôle est important dans le mécanisme budgétaire étudié.

Si la carence est faiblement ressentie par le service, ce dernier a tout avantage à l'accroître pour ne pas dépasser son budget sans avoir à produire un effort de maîtrise des dépenses. Dans ce cas, le budget ne conduit pas à une réduction de gaspillage. C'est d'ailleurs la menace brandie par certains. Si les restrictions budgétaires devaient devenir insupportables, ils augmenteraient alors la durée de l'attente comme en Angleterre, disent-ils. A l'opposé, si la carence est difficile à mettre en oeuvre, soit parce que médicalement l'urgence impose un soin immédiat, soit parce qu'il n'y a pas de recours extérieur, soit parce que le chef de service ne l'accepte pas, alors les variations d'activité vont induire des fluctuations importantes des dépenses. Les dépassements budgétaires, qui sont à l'occasion observés, vont avoir un effet négatif sur les attributions de financements pour les activités

nouvelles. Cette pénalisation risque d'être excessive et de ne pas refléter nécessairement un manque d'effort dans la réduction du gaspillage. Le système est source d'inefficacité dans la mesure où des projets innovants et intéressants ont été de ce fait éliminés. Ce mécanisme risque d'être perçu, de plus, comme injuste par ses victimes. Nous voyons donc que dans ces deux cas extrêmes l'outil budgétaire est mal adapté pour le contrôle. Là où il donnera les meilleurs résultats, ce sera auprès des services qui peuvent recourir à la carence sans avoir la possibilité d'en abuser.

Un troisième axe de différenciation entre les services est le niveau d'incertitude entourant la demande de soins. Nous avons montré que plus la demande est volatile, plus le contrôle perd de son efficacité. En effet, partout où on rencontre de fortes fluctuations de la demande, il n'est pas possible de mettre en place des politiques budgétaires strictes sans faire apparaître des coûts d'agence excessifs. Ainsi, il ne paraît pas optimal de traiter de manière identique l'ensemble des composantes du centre opérationnel. La décentralisation budgétaire ne procure pas des effets également positifs partout. Les meilleurs résultats sont enregistrés là où l'incertitude sur la demande est faible. A titre d'illustration, nous pouvons remarquer que le service des urgences fait l'objet d'un traitement particulier.

Un corollaire à cette proposition est la diminution des deux types de coûts d'agence identifiés en cas de réduction de l'incertitude sur la demande. Nous entendons par là que, pour un même niveau de dépenses espéré, la carence moyenne décroît et l'utilité moyenne du service augmente. L'amélioration de l'efficacité de l'outil budgétaire peut passer dans certains cas par une diminution de l'incertitude pesant sur l'activité. Différents moyens sont envisageables. Les uns concernent la gestion stratégique : certaines activités sont mieux maîtrisables que d'autres à l'intérieur d'un même domaine médical. Le développement de l'hospitalisation programmée

à durée déterminée, par exemple, peut améliorer la situation. Les autres concernent les systèmes d'information. En perfectionnant les systèmes de suivi épidémiologique, en affinant la mesure du produit hospitalier, il est possible de mieux anticiper l'évolution de la demande. L'activité future dépend non seulement du nombre de cas à traiter, mais aussi de la sévérité de leur maladie. Ces gains en information ne sont pas possibles dans tous les services. Aussi, il ne faut pas attendre de la réduction de l'incertitude une réponse unique pour l'amélioration de l'efficacité de l'outil budgétaire. Par exemple, dans le domaine de la chirurgie cardiaque, la connaissance de la durée de vie de matériels implantés permet d'anticiper les dates auxquelles les patients devront être réhospitalisés pour un changement. A l'opposé, une nouvelle maladie comme le SIDA oblige l'hôpital à faire face brutalement à une somme de besoins nouveaux qu'il lui est impossible de prévoir.

Enfin, il nous paraît important de rappeler un quatrième et dernier axe de différenciation entre les services. Du fait de la nature même de leur activité, l'intensité de la relation entre l'effort fourni et la maîtrise des dépenses courantes peut être fort différente. A titre d'exemple, nous pouvons faire valoir que la définition d'un protocole de soins très strict, outre ses avantages du point de vue médical, peut avoir des conséquences très favorables en la matière. Certaines affections s'y prêtent plus volontiers que d'autres. C'est le cas, par exemple, des prothèses. Nous ne pouvons cependant pas négliger les traits particuliers de la personnalité du chef de service.

Nous avons montré que plus l'efficacité de l'effort de contrôle est faible, plus la carence moyenne est élevée et plus l'utilité moyenne du service est petite. Les coûts d'agence sont donc beaucoup plus importants. En conséquence, vouloir mettre en oeuvre de manière identique un système budgétaire peut conduire à des perceptions différentes par les utilisateurs. Les uns l'accepteront en le

trouvant globalement équitable. Les autres l'estimeront inefficace, voire injuste. En effet, les services qui ne peuvent pas limiter leurs dépenses sont conduits soit à accroître la carence, soit à dépasser leurs budgets en cas de forte demande. Dans les deux cas, ils se retrouvent pénalisés.

Nous voyons donc qu'un type de service se prête particulièrement au contrôle budgétaire. Il est sensible au développement d'activités nouvelles, il peut recourir avec modération à la carence, l'incertitude pesant sur son activité est modérée et enfin, la présence de protocoles, par exemple, offre à l'ensemble du personnel soignant un cadre adapté à une recherche pas trop contraignante de la maîtrise des dépenses courantes. Dès qu'on s'écarte de ce portrait-robot, il faut s'attendre à une perte d'efficacité du contrôle budgétaire. Elle peut devenir telle que l'outil devienne inutilisé car perçu comme inutile et trop onéreux à mettre en place. Dans une organisation aussi complexe qu'un CHRU, la réponse optimale à ce problème d'administration ne peut être que variée et nuancée. L'étude interne menée par l'unité de conseil en gestion du CHRU de Lille fournit une illustration des difficultés à implanter un outil comme le budget de service. La variété des réactions et des critiques conforte notre appréciation, même si l'ensemble des acteurs conviennent de la nécessité de mieux maîtriser les dépenses.

Non seulement la mise en oeuvre d'un outil budgétaire doit être adaptée aux cadres très variés de l'hôpital public, mais elle doit être aussi nuancée. Notre analyse théorique a montré que si l'instrument du budget est appliqué de manière simple, les résultats obtenus peuvent apparaître décevants pour son initiateur. Si la règle se résume à une absence de pénalisation ou de récompense lorsque les dépenses sont inférieures au montant budgété, et à une pénalisation progressive en cas de dépassement, alors les services sont toujours incités à dépasser leur budget. Ils le font jusqu'au point où l'avantage

marginal qu'ils en retirent est égal à la pénalisation marginale qu'ils subissent. D'un point de vue pratique, il peut paraître incongru de définir à l'avance un montant de dépenses qui sera toujours, à notre connaissance, dépassé.

Pour contourner cette difficulté, nous avons proposé la notion de seuil d'analyse budgétaire. La politique budgétaire consiste alors à définir le niveau de dépenses qu'on espère en moyenne atteindre et à proposer simultanément le niveau de dépenses à partir duquel un examen sera effectué. Au lieu des deux situations initiales, le décideur se trouve confronté à trois cas. Lorsque les dépenses s'avèrent inférieures au seuil d'analyse budgétaire, le service n'est ni récompensé, ni pénalisé. Lorsque les dépenses excèdent le niveau moyen attendu, le service est pénalisé. Enfin, lorsque les dépenses sont inférieures à la moyenne attendue, mais dans la limite du seuil d'analyse précité, le service peut bénéficier d'une récompense. En ayant ainsi modifié le système d'incitation (un peu plus d'activités nouvelles que le service aurait pu espérer dans certains cas, et un peu moins dans d'autres), on obtient un comportement budgétaire plus réaliste. Une politique budgétaire se définit alors par deux paramètres. L'écart choisi entre le seuil et la moyenne des dépenses caractérise la politique choisie que nous avons qualifiée tantôt de lâche, tantôt de stricte. Nous avons eu l'occasion de montrer que, le plus souvent, la politique optimale n'était ni la plus stricte, ni la plus lâche. Son choix dépend des caractéristiques du service concerné.

La mise en oeuvre de ce système sanction - récompense exige la participation du sommet administratif. Elle prend la forme de ce que nous avons appelé à titre de métaphore une notation. Notre analyse théorique a montré que l'importance qu'il convient de donner au dépassement budgétaire lorsque l'on est responsable administratif, ne peut pas être fixée a priori. C'est le résultat d'un processus complexe. Il faut tenir compte des capacités de réaction du système

d'incitation qui peut différer d'un service à un autre. Nous n'avons fait qu'évoquer ce problème de l'endogénéisation de la méthode de notation et n'avons étudié qu'un cas particulier à titre d'illustration. Toutefois, à travers quelques simulations, nous avons pu montrer que, dans certains cas, il est inutile que le sommet administratif soit trop concerné par le dépassement budgétaire, lorsque l'autodiscipline joue fortement du fait du goût prononcé pour les activités nouvelles et d'une aversion suffisante vis-à-vis de la carence. En tout état de cause, notre analyse invite les responsables administratifs à un usage très circonstancié de l'instrument budgétaire.

La troisième conclusion générale est qu'il n'est pas utile de disposer d'un système d'information très fin pour être assuré de son utilité à des fins de contrôle de gestion. La connaissance de l'activité est, comme nous l'avons vu, fondamentale si on souhaite utiliser de manière satisfaisante l'instrument du budget. Les innovations en cette manière sont nombreuses et font souvent l'objet de débats passionnés. C'est par exemple le cas de la technique dite des Groupes Homogènes de Malades dans le cadre du programme de Médicalisation du Système d'Information. Les systèmes d'information peuvent être évalués en fonction de leur finesse. Nous avons rappelé que ce seul critère était insuffisant et qu'une appréciation conséquente en la matière ne pouvait être obtenue qu'en mesurant les effets des décisions que ces systèmes d'information ont permis de prendre. Ainsi, à l'intérieur de notre modèle, l'utilisation d'un signal portant sur l'activité permet au sommet administratif d'obtenir des solutions qui dominent les précédentes, aussi bien du point de vue de la carence moyenne et de l'utilité moyenne retirée par les services que des dépenses moyennes engagées.

La modélisation que nous avons proposée permet d'enrichir ce résultat dans quatre directions. D'abord, les avantages retirés de l'accroissement de la finesse du système d'information ne

sont pas croissants à un taux constant. Certes, plus le signal d'information est performant, plus les dépenses sont petites, la carence modérée et l'utilité accrue. Mais les gains retirés sont marginalement décroissants. Comme il est réaliste de supposer que l'information est onéreuse, nous pouvons conclure que la recherche de la partition la plus fine n'est certainement pas un objectif satisfaisant. Nous souhaitons mettre en garde contre les critiques parfois adressées à certains systèmes d'information, comme par exemple les GHM, en raison du manque de finesse des partitions auxquelles ils conduisent au sein des populations de malades. Un indicateur grossier peut apporter une information utile, sans qu'il soit nécessaire d'aller plus loin. On retrouve là une réflexion entendue auprès de responsables administratifs de manière très imagée. Les mesures "à la louche" sont souvent considérées comme suffisamment pertinentes pour l'usage qu'ils en font.

Deuxièmement, l'apport d'un système d'information ne peut pas être considéré indépendamment du système d'incitation en vigueur. Nous avons ainsi montré que lorsqu'un service manifeste un attrait fort pour des activités nouvelles, le besoin en informations complémentaires sur l'activité est faible pour le sommet administratif. En quelque sorte, lorsque le système de récompense est très incitateur, l'autodiscipline budgétaire est élevée. L'intérêt, pour les responsables administratifs, d'obtenir une information supplémentaire est réduit. Il n'y a donc pas nécessité d'investir partout dans l'établissement avec la même intensité dans la quête d'information. Ici encore, nous plaçons pour des réponses différenciées suivant les services. Ce besoin de différenciation se retrouve dans les deux points suivants.

Troisièmement, nous avons montré que plus la corrélation est élevée entre les dépenses à maîtriser et la variable qui sert de support à la partition de la population des malades (la durée de séjour principalement dans le cas des GHM), plus grand est l'apport du

système d'information considéré. En effet, pour un même niveau de dépenses moyennes attendu, les coûts d'agence sont d'autant plus réduits. A la limite, si la corrélation est parfaite, ces coûts d'agence disparaissent. Dans ce cas trivial, l'asymétrie d'information ne subsiste plus et nous revenons au cas d'école du contrôle des dépenses en information parfaite. A contrario, il ne faudrait pas penser que la présence d'une corrélation faible a pour conséquence une inefficacité totale du signal étudié. Les conditions d'efficacité sont moins strictes, une simple corrélation moyenne peut suffire. Ici encore, nous mettons en garde contre le danger d'une critique excessive. Certains détracteurs de la méthode des GHM ont avancé que le fait qu'elle accordait une trop grande importance à la variable durée de séjour appauvrissait totalement son intérêt. Nous pensons, de notre côté, qu'il suffit qu'il y ait un peu de corrélation entre cette variable et les dépenses pour que l'information soit intéressante dans un contexte de décision. Chercher à accroître la corrélation à tout prix peut conduire à élaborer des systèmes d'information trop complexes, et surtout trop onéreux. Une fois encore, le gain marginal du fait de l'accroissement de la corrélation doit à l'optimum évaluer le coût marginal de l'information. Nous pouvons penser que ce problème se pose de manière différente au sein des services de l'hôpital. Aussi est-il possible qu'un signal apparaisse pertinent dans un service et non dans un autre. Tout va dépendre des niveaux de corrélation entre les dépenses et la variable support considérée.

Enfin, nous avons mis en évidence précédemment comme axe de différenciation entre les services le comportement vis-à-vis de la carence. Notre étude a permis de mettre en exergue que pour les services à forte aversion vis-à-vis de la carence, l'utilisation d'un signal est intéressante du point de vue de deux critères seulement : l'utilité espérée par le service et les dépenses moyennes. Ainsi, pour atteindre un même objectif budgétaire, le sommet administratif peut mettre en place une politique moins pénalisante en termes d'activités

nouvelles lorsqu'il dispose d'une information plus fine sur l'activité. Pour ces services à forte aversion vis-à-vis de la carence, on peut supposer qu'une bonne partie des gains retirés de l'amélioration de l'information peut leur être rétrocédée. Ces services devraient être parmi les plus favorables à toute innovation allant dans ce sens, même si cette dernière leur demande un effort. On peut ainsi comprendre pourquoi des innovations comme les GHM ne sont pas vécues par tous de la même façon.

La mise en place d'un système d'information sur l'activité à la disposition des responsables administratifs n'est pas, à l'instar de la mise en oeuvre de l'instrument budgétaire, un simple problème technique qui peut être étudié de manière neutre et absolue. L'efficacité de ces instruments est sans aucun doute marginalement décroissante. Le "grossier" n'est pas nécessairement sous-optimal. L'utilisation de ces indicateurs peut être différenciée selon le contexte organisationnel et médical. Leur usage ne peut pas être envisagé de manière désincarnée. Mais si nous en envisageons une variété, nous proposons de les évaluer autour des quatre axes principaux de différenciation des services que nous avons mentionnés. Variété, nuance, ou encore, en termes plus micro-économiques, reconnaissance de sous-optima locaux multiples, telle est la direction générale que nous privilégions. Nous ne sommes certainement pas dans le domaine des solutions optimales de premier rang et notre analyse incorpore comme inévitable, du fait de la complexité de l'organisation, une certaine forme de perte d'efficacité.

La quatrième conclusion générale que nous retirons de notre recherche est que le contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle comme l'hôpital public s'inscrit très largement dans la problématique d'une gestion de l' "organizational slack" des auteurs béhavioristes (voir Cyert et March, 1963). Pour reprendre la traduction et le jeu de mots proposés par Simon et Tézenas du Montcel (1978),

nous sommes au coeur du "jeu dans le jeu". Le slack est désigné ici par le terme jeu, parce qu'il représente une partie libre, non employée de manière efficiente, des ressources de l'organisation. On retrouve l'idée du "jeu dans une porte". De manière familière, on pourrait dire qu'il y a du mou. Quant à la procédure budgétaire, il s'agit bien d'un jeu. Les différents acteurs cherchent, au cours de cette "partie", à gagner le plus possible de ces ressources libres.

Pour que le système budgétaire, que nous avons décrit puis modélisé, puisse fonctionner, il faut qu'il y ait du jeu. Si le montant du financement des activités nouvelles est fixé a priori, alors la fonction d'incitation disparaît. Cette marge de manoeuvre est absolument essentielle au dispositif. Ceci nous conduit à nous interroger sur la relation particulière entre ce dispositif de contrôle de gestion et la démarche stratégique. D'une part, un développement ordonné à long terme de l'institution ne peut pas être envisagé à partir de considérations tactiques de gestion à court terme. Si le développement stratégique doit se faire en fonction de considérations comme le succès dans la réduction du gaspillage courant, on peut craindre quant à la survie d'une telle organisation. Il est clair que le montant général attribué au financement des activités nouvelles d'un service doit dépendre en premier lieu de la démarche stratégique. Le jeu ne doit pas être si lâche qu'il n'y ait plus d'orientation générale. Mais il ne doit pas disparaître totalement. Le choix du financement des activités nouvelles ne doit être déterminé ni de manière trop flasque (il n'y aurait plus d'orientation stratégique), ni de manière trop rigide (il n'y aurait plus d'incitation).

Le deuxième aspect de jeu indispensable au bon fonctionnement du dispositif budgétaire envisagé a trait à la carence. Comme nous l'avons déjà souligné, pour que le budget soit un instrument efficace, il faut que l'aversion du service vis-à-vis de la carence ne soit ni trop faible, ni trop forte. Manifestement, nous

sommes ici face à une seconde forme de jeu qui concerne la quantité de soins à produire. Dans sa relation avec les patients, il ne faut pas que le service dispose de trop de jeu, sinon il va échapper à l'exigence de l'effort par ce biais. Il ne faut pas non plus qu'il y ait absence de jeu et une trop grande rigidité dans la relation entre demande et production de soins, sinon le système budgétaire devient très vite beaucoup trop pénalisant.

Le troisième aspect est au coeur même de notre débat. Nous avons introduit d'emblée la notion de gaspillage, ou encore de dépenses discrétionnaires. C'est ce jeu dans les dépenses qu'il s'agit de réduire. La direction de l'hôpital le cherche d'autant plus qu'elle tente de financer en partie son développement à travers ces économies. Le contrôle de gestion apparaît ainsi comme un jeu dans le jeu. On ne peut espérer réduire le jeu dans les dépenses que si on dispose de jeu auprès des patients et de jeu dans le financement des activités nouvelles. Il apparaît un couplage extrêmement particulier dans ce cas entre contrôle de gestion et stratégie. Ainsi, à titre d'exemple, si le développement stratégique conduit à diminuer le jeu au niveau des patients, l'efficacité du contrôle de gestion s'en trouve amoindrie. Si on ne réduit pas assez le jeu au niveau des dépenses courantes, une partie du financement des activités nouvelles disparaît. Si la tutelle devient très restrictive et si le jeu au niveau du financement des activités nouvelles se resserre, la fonction d'incitation s'affaiblit au niveau du contrôle de gestion.

Un tel couplage entre stratégie et contrôle de gestion peut être à la source de craintes si les conditions de vie de l'établissement viennent à se détériorer. S'il n'y avait plus de jeu à distribuer, que deviendrait le jeu dans le jeu? L'organisation risquerait alors de "se gripper" totalement. D'un point de vue prospectif, on pourrait craindre l'apparition d'un hôpital public à deux vitesses, celui relativement maître de sa stratégie et suffisamment fort et habile pour négocier en

permanence avec la tutelle un jeu global suffisant, celui qui subit l'évolution de la demande et entre dans une spirale d'appauvrissement qui ne lui laisse plus les moyens d'améliorer sa gestion et de se développer. La voie choisie par le CHRU de Lille qui se définit avant tout comme un offreur de services semble bien, pour le moment, correspondre à la première.

La cinquième conclusion générale que nous souhaitons tirer au terme de cette recherche est que la théorie de l'agence peut constituer un bon point de départ pour la modélisation d'éléments de contrôle de gestion au sein d'une bureaucratie professionnelle. Si cette théorie est relativement simple, elle permet toutefois de rendre compte de la complexité de l'organisation et d'illustrer une forme de rationalité limitée. En ce sens, nous espérons avoir apporté un démenti à cette appréciation extrêmement critique d'Anthony (1988) :

"La recherche fondée sur la théorie de l'agence utilise fréquemment des modèles. Les chercheurs développent des équations dont le but est de représenter les interactions entre supérieur et subordonné. Étant donné que les hypothèses de ces modèles sont beaucoup trop simplistes et non fondées sur des preuves concernant le comportement réel, les conclusions qui en découlent sont sans intérêt".

Il est vrai que nous avons utilisé la théorie de l'agence plus comme un point de départ et que nous nous sommes attachée à en fournir un prolongement original. Pour ce faire, nous avons emprunté à d'autres courants de la littérature, et tout particulièrement à la théorie des transactions informelles. Nous avons déduit nos hypothèses nouvelles d'une étude clinique. C'est l'observation des pratiques au CHRU de Lille qui a été notre source d'inspiration. En combinant différentes méthodes (analyse de cas, étude historique) nous avons pu tirer un ensemble d'enseignements sur un système de

contrôle budgétaire qui n'était encore que dans sa phase de "fabrication". En ce sens, notre modélisation théorique n'a pas été, dès son origine, coupée de la réalité pratique. Par ailleurs, nous avons essayé de rapprocher les propositions auxquelles l'étude positive conduit des observations, quelquefois parcellaires, rassemblées au cours de l'étude clinique. La cohérence entre les deux démarches est ainsi vérifiée. Sans aucun doute, cette étude souffre de nombreuses limites que nous avons tenté de rappeler tout au long de cet ouvrage. Mais elle paraît aussi relativement riche en perspectives de recherches.

Plusieurs types d'extensions peuvent être envisagés. Tout d'abord, en restant dans le même cadre (un CHRU), on pourrait affiner le modèle dans le choix des variables d'incitation. Sans grand changement dans la formalisation, il serait possible d'introduire à côté ou à la place des activités nouvelles d'autres formes de récompense : amélioration des locaux, augmentation des effectifs, avantages procurés pour faciliter la vie quotidienne (comme l'augmentation du budget de téléphone, des fournitures de bureau...). A la limite, il peut y avoir simultanément plusieurs variables d'incitation qui se présenteraient sous la forme d'un vecteur. Il serait intéressant d'observer leur degré de complémentarité et de substitution. Il serait intéressant d'estimer la robustesse des résultats en pratiquant d'autres études cliniques auprès de CHRU suffisamment engagés dans l'élaboration d'un système de contrôle de gestion. Nous pensons aussi que notre modèle théorique de base devrait permettre d'aborder l'étude d'autres bureaucraties professionnelles, et pourquoi ne pas citer dans ce cas les universités.

Lorsqu'on disposera de plus de recul, deux orientations de recherche pourront être retenues. D'une part, quand le système de contrôle de gestion sera refermé, après la phase de "fabrication", il sera intéressant de mettre en évidence les solutions retenues par les différentes organisations. A la manière des théories de la contingence,

on peut alors rapprocher les évolutions et les choix effectués des caractéristiques organisationnelles et contextuelles des établissements étudiés. D'autre part, au niveau d'un CHRU, on pourra alors avoir recours à des études de type hypothético-déductif en utilisant des techniques économétriques. On pourrait, par exemple, rechercher des mesures estimées des caractéristiques des services à travers des variables qualitatives se rapportant à l'attrait pour les activités nouvelles, l'aversion à la carence, l'effort de maîtrise des dépenses. De même, on pourrait procéder à des mesures de performance : dépassement budgétaire, estimation de la carence. Il serait alors intéressant de vérifier empiriquement l'existence de relations qui valident ou non nos propositions théoriques.

Pour conclure cette thèse, sans pour autant apporter une conclusion à cette recherche, nous souhaitons rappeler quelques traits saillants de notre conduite. Nous nous sommes attachée à une organisation très largement bicéphale et avons essayé d'intégrer dans un seul modèle les comportements de responsables administratifs et de médecins chefs de services. Nous avons cherché à nourrir une modélisation théorique formalisée à partir d'éléments de base retirés de l'observation d'un vécu quotidien à l'hôpital. Nous avons pris le parti de chercher les effets synergiques de la combinaison de deux approches méthodologiques souvent étrangères l'une à l'autre, l'étude inductive qualitative et l'étude positive mathématisée. Et même si nous disposons d'une double expérience professionnelle, d'abord à l'hôpital, puis à l'université, nous ne sommes pas animée uniquement, voire peut-être abusivement, par la recherche du trait d'union. Nous avons cherché à exploiter diverses voies d'accès pour mieux pénétrer un problème de gestion dans une organisation

particulièrement complexe. En ce sens, nous avons dû affronter toutes les difficultés propres à une recherche en sciences de gestion.

"Il y a une chose plus difficile encore que de trancher le noeud gordien, c'est d'en recoller les deux moitiés ; c'est pourtant ce que doivent faire les sciences de l'action. Ce sont des synthèses qui réunissent et maintiennent étroitement associées deux composantes tout à fait différentes et qui ne veulent pas tenir ensemble, l'une pratique et l'autre scientifique". Lassègue (1992).

BIBLIOGRAPHIE.

- AKERLOF G. (1970), "The market for lemons : quality uncertainty and the market mechanism", *Quarterly Journal of Economics*, 89, 488-500.
- AKERLOF G.A. et YELLEN J.L. (1985), "Can small deviations from rationality make significant differences to economic equilibria ?", *American Economic Review*, 75, n° 3.
- ALLISON G.T. (1971), *Essence of decision : explaining the cuban missile crisis*, Little, Brown et Co.
- ALTUZARRA V. (1991), "La lecture de l'activité hospitalière à travers les RSS/GHM", *Gestions Hospitalières*, n° 307, 520-525.
- ANTHONY R.N. (1965), *Planning and control systems : a framework for analysis*, Harvard University.
- ANTHONY R.N. (1988), *The management control function*, Harvard Business School Press, (traduction française : *La fonction contrôle de gestion*, Publi-union, 1993).
- ARGYRIS C. (1976), "Single-loop and double-loop models in research on decision-making", *Administrative Science Quarterly*, 363-375.

- ARNOTT R. (1991), "Moral hazard and competitive insurance markets" dans *Contributions to insurance economics*, G. Dionne éditeur, Kluwer Academic Press.
- ARROW K.J. (1974), *The limits of organization*, W.W. Norton et Co.
- BAFCOP J., BOUQUIN H. et DESREUMAUX A. (1990), "Prix de cession interne - Premier regard sur les pratiques françaises", *Les Cahiers de la Recherche, IAE de Lille*.
- BAILLET A. et LEGRAS B. (1991), "PMSI : les bilans normalisés au CHRU de Nancy", *Gestions Hospitalières*, n°308, 592-597.
- BAIMAN S. (1982), "Agency research in managerial accounting : a survey", *Journal of Accounting Literature*, 1, 154-213.
- BAIMAN S. et DEMSKI J.S. (1980 a), "Variance analysis procedures as motivation devices", *Management Science*, août, 840-848.
- BAIMAN S. et DEMSKI J.S. (1980 b), "Economically optimal performance evaluation and control systems", *Journal of Accounting Research*, supplément, 184-220.
- BALL R. et BROWN P. (1968), "An empirical evaluation of accounting income numbers", *Journal of Accounting Research*, automne, 159-178.
- BASU A., LAL R., SRINIVASAN V. et STAELIN R. (1985), "Sales-force compensation plans : an agency theoretic perspective", *Marketing Science*, 4, 267-291.
- BATESON G. (1972), *Steps to an ecology of the mind*, Chandler.

BEAVER W. (1968), "The information content of annual earnings announcements", *Journal of Accounting Research*, supplément, 67-92.

X BIRNBERG J.G., TUROPOLEC L. et YOUNG S.M. (1983), "The organizational context of accounting", *Accounting, Organizations and Society*, 8, n°2/3, 111-129.

BLANCHARD G.A., CHOW W. et NOREEN E. (1986), "Information asymmetry, incentives schemes, and information biasing : the case of hospital budgeting under rate regulation", *The Accounting Review*, 61, n° 1, 1-15.

BOUQUIN H. (1986), *Le contrôle de gestion*, PUF.

Y BOUQUIN H. (1988), "Les perspectives de recherche en contrôle de gestion - I - Les cadres conceptuels", *Les Cahiers de la Recherche*, IAE de Lille.

BOUQUIN H. (1993), *Comptabilité de gestion*, Sirey.

BOWEN R., NOREEN E. et LACEY J. (1981), "Determinants of the corporate decision to capitalize interest", *Journal of Accounting and Economics*, 3, 151-179.

BRETON A. (1986), "Bureaucratic conduct in business corporations", Communication présentée au séminaire de la villa Colombella sur la bureaucratie, Université de Toronto.

BRETON A. (1991), "organizational hierarchies and bureaucracies : an integrative essay", document photocopié, Université de Toronto.

- BRETON A. et WINTROBE R. (1982), *The logic of bureaucratic conduct*, Cambridge University Press.
- BRUNS W.H. et KAPLAN R.S. (1987), *Accounting and management : field study perspectives*, Harvard Business School Press.
- BURCHELL S., CLUBB C., HOPWOOD A., HUGHES J. and NAHAPIET J. (1980), "The roles of accounting in organizations and society" *Accounting, Organizations and Society*, 5, n° 1, 5-27.
- BURGELMAN R. (1983), "A process model of internal corporate venturing in a major diversified firm", *Administrative Science Quarterly*, 28, 223-244.
- BURLAUD A. (1992), "Prix de cession internes ou prix de transfert", *Encyclopédie du Management*, Vuibert, tome 2, 436-445.
- BURLAUD A. et MALO J.L. (1988), "Les organisations complexes : un défi aux méthodes traditionnelles de contrôle de gestion", *Revue Française de Comptabilité*.
- BURLAUD A. et SIMON C. (1992), "Coûts et contrôle dans le secteur tertiaire", *Encyclopédie du Management*, Vuibert, tome 2, 975-987.
- BURNS T. et STALKER G.M. (1961), *The Management of innovation*, Tavistock.
- BUYSE N. (1994), "Argent et santé, le début d'une greffe réussie", *Challenges*, février, 68-69.
- CARRIER-VACHON C. (1992), *L'intrapreneuriat dans la PME. Une étude exploratoire du phénomène à partir des représentations des*

principaux acteurs concernés, Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, Université de Montpellier I.

CASALI M.F. et GLANDDIER P.Y. (1991), "PMSI et économie hospitalière", *Gestions Hospitalières*, n°307, 526-531.

CAUVIN C. et COYAUD C. (1990), *Gestion hospitalière : finance et contrôle de gestion*, Economica.

CHANDLER A.D. (1962), *Strategy and structure*, Mit Press.

CHANDLER A.D. et DAEMS H. (1979), "Administrative coordination, allocation and monitoring : a comparative analysis of the emergence of accounting and organization in the USA and Europe", *Accounting, Organizations and Society*, 4, n° 1/2, 3-20.

CHARREAUX G. (1987), "La théorie positive de l'agence : une synthèse de la littérature", dans *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise*, Economica, 19-56.

CHARREAUX G. (1990), "La théorie des transactions informelles : une synthèse", *Économies et Sociétés*, Série Sciences de Gestion, n° 15, 137-161.

CHARREAUX G. et PITOL-BELIN J.P. (1992), "Les théories des organisations", *Encyclopédie du Management*, Tome 2, Vuibert.

CHILD J. (1972), "Organization structure and strategies of control : a replication of the Aston study", *Administrative Science Quarterly*, n° 17, 163-176.

- CHOUSSAT J. (1988), Préface de *"L'hôpital au XXIe siècle"*, sous la direction de Dominique JOLLY, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Economica.
- CHRISTENSEN J. (1981), "Communication in agencies", *Bell Journal of Economics*, automne, 661-674.
- CLAVERANNE J.P. (1993), "Analyse des crises hospitalières et gestion des projets : des traces d'opérations", Les cahiers lyonnais de recherche en gestion, IAE de Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3, n° 14.
- COASE R.H. (1937), "The nature of the firm", *Economica, New Series*, 4, 386-405.
- COCA E. (1988), *La transparence : préalable à l'équité et à l'efficacité de la contrainte*, Mémoire de fin d'études d'assistant de direction des hôpitaux, École Nationale de la Santé Publique.
- CONCI CLAVERANNE M. (1993), "Le PMSI. Fondement d'une gestion transparente de l'hôpital", Cahier de recherche URA CNRS 1257 IAE de Lyon, n°16.
- COURET A. et HIRIGOYEN G. (1989), *Initiation à la gestion*, Montchrestien.
- COVALESKI M.A. and DIRSMITH M.W. (1986), "The budgetary process of power and politics", *Accounting, Organizations and Society*, 11, n° 3, 193-214.
- CRÉMADEZ M., en collaboration avec GRATEAU F. (1992), *Le management stratégique hospitalier*, Inter Éditions.

- CRÉMER J. (1993), "Corporate culture and shared knowledge", document photocopié, GREMAQ et IDEI, Université des Sciences Sociales de Toulouse.
- CROZIER M. (1963), *Le phénomène bureaucratique*, Le Seuil.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Éditions du Seuil.
- CYERT R.M. et MARCH J.G. (1963), *A behavioral theory of the firm*, Prentice Hall, (traduction française : *Processus de décision dans l'entreprise*, Dunod, 1970).
- de POUVOURVILLE G. (1990), "La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes et faisabilité", *Sciences Sociales et Santé*, 8, n° 2, 33-65.
- DEMEESTÈRE R. et VIENS G. (1976), "Le contrôle de gestion des organisations sans but lucratif", *Revue Française de Gestion*, n° 6, 14-24.
- DEMEESTÈRE R. et VIENS G. (1977), "Peut-on maîtriser la hausse des coûts hospitaliers ?", *Revue Française de Gestion*, mai-juin/juillet-août, 25-32.
- DEMSKI J.S. (1972), *Information analysis*, Addison - Wesley Publishing Company.
- DEMSKI J.S. (1981), "Cost allocation games", dans Moriarity S. (ed.), *Proceedings of the University of Oklahoma Conference on cost allocation*.

- DEMSKI J.S. et FELTHAM G.A. (1976), *Cost determination : a conceptual approach*, The Iowa State University Press.
- DEMSKI J.S. et FELTHAM G. (1978), "Economic incentives and budgetary control systems", *Accounting Review*, 53, n° 2, 336-359.
- DEMSKI J.S. et SAPPINGTON D.E. (1989), "Hierarchical structure and responsibility accounting", *Journal of Accounting Research*, 27, n° 1, 40-58.
- DENT J.F. (1990), "Strategy, organization and control : some possibilities for accounting research", *Accounting, Organizations and Society*, 15, n° 1/2, 3-25.
- DERAMON J. et NAVELLOU E. (1992), "1970-1991, vingt ans de consommation médicale dans les comptes de la santé", *Solidarité Santé - Études statistiques*, n° 4, octobre-décembre.
- DESREUMAUX A. (1981), "Histoire et structure des entreprises", *Revue Française de Gestion*, septembre-octobre.
- DESREUMAUX A. (1992), *Structures d'entreprise - analyse et gestion.*, Vuibert.
- DESREUMAUX A. (1993), *Stratégie*, Dalloz.
- DHALIWAL D., SALAMON G. et SMITH E. (1982), "The effect of owner versus management control on the choice of accounting methods", *Journal of Accounting and Economics*, 4, 41-53.
- DIONNE G. et DOHERTY N. (1991), "Adverse selection in insurance markets : a selective survey", dans *Contributions to insurance economics*, G. Dionne éditeur, Kluwer Academic Press.

- DOTY D.H., GLICK W.H. et HUBER G.P. (1993), "Fit, equifinality, and organizational effectiveness : a test of two configurational theories", *Academy of Management Journal*, 36, n° 6, 1196-1250.
- DOW G.K. (1988), "Configurational and coactivational views of organization structure", *Academy of Management Review*, 13, n°1.
- DUCROCQ C. (1989), *Les formes de contrôle dans la gestion des établissements hospitaliers publics et privés*, Thèse de Doctorat ès Sciences de gestion, Université de Rennes I.
- DUCROCQ C. (1990), *Le contrôle de gestion des établissements hospitaliers*, Berger-Levrault.
- DUSSERRE L., QUANTIN C. et LALIE A. (1991), "Le PMSI au CHR de Dijon : contrôles d'exhaustivité et gestion administrative des malades", *Gestions Hospitalières*, n° 308, 598-603.
- EECKHOUDT L. et GOLLIER C. (1992), *Les risques financiers - Évaluation, gestion, partage*, Ediscience international.
- EISENHARDT K.M. (1985), "Control : organizational and economic approaches", *Management Science*, 31, n° 2, 134-149.
- EISENHARDT K.M. (1988), "Agency and institutional explanations of compensation in retail sales", *Academy of Management Journal*, 31, 488-511.
- EISENHARDT K.M. (1989 a), "Agency theory : an assessment and review", *Academy of Management Review*, 14, n° 1, 57-74.

- EISENHARDT K.M. (1989 b), "Building theories from case study research", *Academy of Management Review*, 14, n° 4, 532-550.
- EISENHARDT K.M. (1989 c), "Making fast strategic decisions in high-velocity environments", *Academy of Management Journal*, 32, n° 3, 543-576.
- ENGEL F., MOISDON J.C. et NAKHLA M. (1989), "Des coûts par GHM, pour quoi faire ?", CGS, École des Mines de Paris.
- ENGEL F., MOISDON J.C. et TONNEAU D. (1992), "Contrainte affichée ou contrainte réelle ? Analyse de la régulation du système hospitalier public français.", École des Mines de Paris, Centre de Gestion Scientifique, Cahier de recherche n° 1.
- ESCAFFRE J.P., GERVAIS M. et THENET G. (1993), "Le contrôle de gestion à l'hôpital public demande-t-il nécessairement un calcul de coûts par produit ?", Cahier de recherche n° 44 de l'Institut de Gestion de Rennes, IAE.
- ETIENNE J.P., CHANTEREAU S., CORDIER A. (1986), "Planification hospitalière", Rapport au Ministre d'État, Ministre de l'Économie, des Finances et de la Privatisation et au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, Documentation française.
- ETZIONI A. (1993), "Normative-affective choices", *Human Relations*, 46, n° 9, 1053-1069.
- FAMA E.F. (1980), "Agency problems and the theory of the firm", *Journal of Political Economy*, 88, n° 2, 288-307.
- FAMA E.F. et JENSEN M.C. (1983), "Separation of ownership and control", *Journal of Law and Economics*, 26, 301-325.

FAYOL H. (1956), *Administration industrielle et générale - prévoyance, organisation, commandement, coordination, contrôle*, Dunod, Extrait du bulletin de la société de l'industrie minérale, 3ème livraison de 1916.

FELDSTEIN M.S. (1965), "Hospital cost variations and casemix differences", *Medical Care*, n°3.

FELDSTEIN M.S. (1971), *The rising cost of hospital care center for health services research and development*, Information Resources Press.

FENASSE A. (1991), "Sciences de gestion et santé publique, un exemple : la mesure du produit hospitalier", *Les cahiers du L.E.R.A.S.S.*, n°22, 53-61.

FETTER R.B. et FREEMAN J.L. (1986), "Diagnosis related groups : product line management within hospitals", *Academy of Management Review*, 11, n°1, 41-54.

FETTER R.B., SHIN Y., FREEMAN J.L., AVERILL R.F. et THOMPSON J.D. (1980), "Case mix definition by diagnosis related groups", *Medical Care*, n°18.

FOUCAULT M. (1975), *Naissance de la clinique*, PUF.

FRUTIGER P. et FESSLER J.M. (1991), *La gestion hospitalière médicalisée*, E.S.F.

GERSICK C. (1988), "Time and transition in work teams : toward a new model of group development", *Academy of Management Journal*, 31, 9-41.

- GERVAIS M. (1983), *Contrôle de gestion et planification de l'entreprise*, Economica, 2ème éd.
- GIROUX N. (1990), *Le retournement stratégique : le cas de la carte Visa-Desjardins*, Thèse de Doctorat en Administration, Université du Québec à Montréal.
- GJESDAL F. (1981), "Accounting for stewardship", *Journal of Accounting Research*, printemps, 208-231.
- GLASER B. et STRAUSS A. (1967), *The discovery of grounded theory : strategies of qualitative research*, Wiedenfeld and Nicholson.
- GORDON L.A. et SMITH K.J. (1992), "Postauditing capital expenditures and firm performance : the role of asymmetric information", *Accounting, Organizations and Society*, 17, n° 8, 741-757.
- GRANOVETTER M. (1985), "Economic action and social structure : the problem of embeddedness", *American Journal of Sociology*, novembre, 481-510.
- GRAY B. et ARISS S.S. (1985), "Politics and strategic change across organizational life cycles", *Academy of Management Review*, 10, n° 4, 707-723.
- Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière* (avril 1989), Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Direction des hôpitaux.
- GUILLAUME J.P. (1993), "Maîtriser les coûts logistiques", *Gestions Hospitalières*, n° 331, 762-766.

GULICK L. et URWICK L. (1937), *Papers in the science of administration*, Institute of Public Administration, New York.

HAGERMAN R. et ZMIJEWSKI M. (1979), "Some economic determinants of accounting policy choice", *Journal of Accounting and Economics*, 1, 141-161.

HALGAND N. (1973), *Pour une ingénierie contingente du contrôle, l'exemple de l'hôpital français*, Thèse, Université de Montpellier I.

HARRIS S. et SUTTON R. (1986), "Functions of parting ceremonies in dying organizations", *Academy of Management Journal*, 29, 5-30.

HEALY P., KANG S.H. et PALEPU K. (1987), "The effect of accounting procedure changes on CEOs' cash salary and bonus compensation", *Journal of Accounting and Economics*, 9, 7-34.

HEALY P.M. (1985), "The effect of bonus schemes on accounting decisions", *Journal of Accounting and Economics*, 7, 85-107.

HIRSCHMAN A. (1982), "Rival interpretations of market society : civilizing, destructible or feeble ?", *Journal of Economic Literature*, décembre, 1463-1484.

✕ HOFSTEDE G. (1981) "Management control of public and not-for-profit activities", *Accounting, Organizations and Society*, 6, n° 3, 193-211.

HOLMSTROM B.R. (1979), "Moral hazard and observability", *The Bell Journal of Economics*, 74-91.

- HOLMSTROM B.R. (1981), "Moral hazard in teams", Working paper, Northwestern University.
- HOPWOOD A.G. (1978), "Towards an organizational perspective for the study of accounting and information systems", *Accounting, Organizations and Society*, 3-14.
- HOPWOOD A.G. (1983), "On trying to study accounting in the contexts in which it operates", *Accounting, Organizations and Society*, 287-305.
- HOPWOOD A.G. (1987), "The archeology of accounting systems", *Accounting, Organizations and Society*, 207-234.
- HORNGREN C.T. (1977), *Cost accounting : a managerial emphasis*, Prentice Hall.
- HOUSE R.J., SHAPIRO H.J. et WASHBA M.A. (1971), "A path-goal theory of leader effectiveness", *Administrative Science Quarterly*, septembre, 321-338.
- HUNT H. (1985), "Potential determinants of corporate inventory accounting decisions", *Journal of Accounting Research*, 23, 448-467.
- JACQUILLAT B. et LEVASSEUR M. (1984), "Signaux, mandats et gestion financière : une synthèse de la littérature", *Finance*, 5, n° 1, 5-83.
- JAQUES E. (1972), *Intervention et changement dans l'entreprise*, Dunod.

- JENSEN M. (1983), "Organization theory and methodology", *Accounting Review*, 56, 319-338.
- JENSEN M. et MECKLING W.H. (1976), "Theory of the firm : managerial behavior, agency costs and ownership structure", *Journal of Financial Economics*, 3, octobre, 305-306.
- JENSEN M.C. et SMITH C.W. (1985), "Stockholder, manager, and creditor interests : applications of agency theory", dans Altman E.I., et Subrahmanyam M.G., *Recent advances in corporate finance*, Irwin Series in Finance.
- JOHNSON H.T. et KAPLAN R.S. (1987), *Relevance lost, the rise and fall of management accounting*, Harvard Business School Press.
- JÖNSSON S. (1982), "Budgetary behavior in local government - a case study over 3 years", *Accounting, Organizations and Society*, 287-304.
- JOURDAIN A. (1991), "Comment «rawper» les inégalités de santé entre régions", *Cah. Socio. Démo. Méd.*, n° 4, 309-344, École Nationale de la Santé Publique, Rennes.
- KAHNEMAN D., KNETSCH J. et THALER R. (1986), "Fairness as a constraint on profit seeking : entitlements in the market", *The American Economic Review*, septembre, 728-741.
- KAHNEMAN D. et TVERSKY A. (1973), "On the psychology of prediction", *Psychological Review*, n° 80, 237-251.
- KANODIA C. (1993), "Participative budgets as coordination and motivational devices", *Journal of Accounting Research*, 31, n° 2, 172-189.

- KAPLAN R.S. (1984), "The evolution of management accounting", *The Accounting Review*, 59, n° 3, 390-418.
- KIMBERLY J. et MINVIELLE E. (1991), "L'analyse de la qualité des soins et de l'utilisation des ressources à l'hôpital", *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 2, avril-juin, 79-94.
- KLEIN B. (1983), "Contracting costs and residual claims : the separation of ownership and control", *Journal of Law and Economics*, 21, n° 2, 297-326.
- KNIGHT F. (1921), *Risk, uncertainty and profit*, Houghton Mifflin, réimprimé par Harper et Row, 1965.
- KOSNIK R. (1987), "Greenmail : a study in board performance in corporate governance", *Administrative Science Quarterly*, 32, 163-185.
- LABOURDETTE A. (1988), *Economie de la santé*, Presses Universitaires de France.
- LABOURDETTE A. (1990), "Inefficiency and organization", Cahiers de recherche n°s 90-02 et 90-03, CRG, Université de Bordeaux I.
- LAFFONT J.J. (1985), *Cours de théorie micro-économique, Volume II : économie de l'incertain et de l'information*, Economica.
- LASSÈGUE P. (1992), "Défense et illustration de la gestion", *Encyclopédie du Management*, tome 1, Vuibert.
- LATOUR B. (1987), *Science in Action*, Harvard University Press.

LAWRENCE P.R. et LORSCH J.W. (1973), *Adapter les structures de l'entreprise - Différenciation ou intégration*, les Éditions d'Organisation.

LEE A.S. (1991), "Integrating positivist and interpretive approaches to organizational research", *Organization Science*, 2, n° 4, 342-365.

LEIBENSTEIN H. (1987), *Inside the firm. The inefficiencies of hierarchy*, Harvard University Press.

LÉVY E. (1976), "L'hôpital est-il une entreprise ?", *Revue Française de Gestion*, mars-avril, 9-24.

LIBERTY S. et ZIMMERMAN J. (1986), "Labor union contract negotiations and accounting choices", *Accounting Review*, 61, 692-712.

LINDGVIST M.C. (1988), *Internationalization of small technology based firms : three illustrative case studies on swedish firms*, Stockholm School of Economics.

LOUART P. (1991), *Méthodologie de la recherche*, Document polycopié, IAE de Lille.

LOUART P. (1993), *Gestion des ressources humaines*, Eyrolles, 2ème édition.

MAIGNE D. (1992), "Hôpitaux publics : vers une vraie régulation ?", *Revue Française des Affaires Sociales*, 37-49.

MAILLARD C. (1988), *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Dunod.

- MALINVAUD E. (1977), *Leçons de théorie micro-économique*, Dunod, 4^e édition.
- MALO J.L. (1992) "Tableau de bord", *Encyclopédie du Management*, Vuibert, tome 2, 923-939.
- MARCH J.G. et OLSEN J.P. (1990), *Rediscovering institutions*, The Free Press.
- Mc INNES M. et RAMAKRISHNAN R.T. (1991), "A decision-theory model of motivation and its usefulness in the diagnosis of management control systems", *Accounting, Organizations and Society*, 16, n° 2, 167-184.
- MERCHANT K.A. (1985), "Budgeting and the propensity to create budgetary slack", *Accounting, Organizations and Society*, 10, n° 2, 201-210.
- MILES M. et HUBERMAN A.M. (1984), *Qualitative data analysis*, Sage Publications.
- MILLER P. et O'LEARY T. (1987), "Accounting and the construction of the governable person", *Accounting, Organizations and Society*, n° 1, 1-31.
- MINTZBERG H. (1975), "Folklore and facts", *Harvard Business Review*, juillet-août, 49-61.
- MINTZBERG H. (1979), "An emerging strategy of "direct" research", *Administrative Science Quarterly*, n° 24, 580-289.
- MINTZBERG H. (1979), *The structuring of organizations: a synthesis of the research*, Prentice Hall. (traduction en français: (1982)

Structure et dynamique des organisations, Les Editions d'Organisation).

MINTZBERG H. (1983), *Power in and around organizations*, Prentice Hall, (traduction française : *Le pouvoir dans les organisations*, les Éditions d'Organisation, 1986).

MOISDON J.C. (1994), "Nouvelles formes de régulation des dépenses hospitalières", document photocopié, CGS, École des Mines de Paris.

MORGAN G. (1989), *Images de l'organization*, PUL.

MOUNIC V., DISCAZEUX B., BRUNET G., de POUVOURVILLE G., NAIDITCH M. (1992), "Le PMSI, un outil pour le projet médical d'établissement - L'expérience de l'hôpital Saint-Camille", *Gestions Hospitalières*, n° 312, 60-69.

NEU D. (1992), "The social construction of positive choices", *Accounting, Organizations and Society*, 17, n° 3/4, 223-237.

NEUMANN J. Von et MORGENSTERN O. (1954), *Theory of games and economic behavior*, Princeton University Press.

NIKITIN M. (1992), *La naissance de la comptabilité industrielle en France*, Thèse de doctorat ès sciences de gestion, Université de Paris IX - Dauphine.

OLIVER C. (1991), "Strategic responses to institutional processes", *Academy of Management Review*, 16, n° 1, 145-179.

- OUCHI W.G. (1979), "A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms", *Management Science*, 25, 833-848.
- OUCHI W.G. et WILKINS A.L. (1985), "Organization culture", *The Annual Review of Sociology*.
- PADIOLEAU J.G. (1992), "Individualismes et institutionnalismes méthodologiques", *Analyses de la SEDEIS*, n° 90, 21-27.
- PENNO M. (1984), "Asymmetry of pre-decision information and managerial accounting", *Journal of Accounting Research*, printemps, 177-192.
- PENNO M. (1990), "Accounting systems, participation in budgeting, and performance evaluation", *Accounting Review*, 65, n° 2, 303-314.
- PERROW C. (1970), *Organizational analysis: a sociological review*, Wadworth.
- PERROW C. (1986), *Complex organizations*, Random House.
- PETTIGREW A.M. (1985), "Contextualist research : a natural way to link theory and practice", dans E.E. Lawler (Ed.), *Doing research that is useful in theory and practice*, Jossey Bass.
- PINFIELD L. (1986), "Field evaluation of perspectives on organizational decision making", *Administrative Science Quarterly*, 31, 365-388.
- POPPER K.R. (1968), *The logic of scientific discovery*, Harper Torchbooks.

- PRESCOTT E.C. et VISSCHER M. (1980), "Organizational capital", *Journal of Political Economy*, 88, 36-461.
- PRESTON A.M. (1992), "The birth of clinical accounting : a study of the emergence and transformations of discourses on costs and practices of accounting in U.S. hospitals", *Accounting, Organizations and Society*, 17, n° 1, 63-100.
- PRESTON A.M., COOPER D.J. et COOMBS R.W. (1992), "Fabricating budgets : a study of the production of management budgeting in the National Health Service", *Accounting, Organizations and Society*, 17, n° 6, 561-593.
- PUGH D.R., HICKSON D.J. et HININGS C.R. (1969), "An empirical taxonomy of structure of work organizations", *Administrative Science Quarterly*, n° 14, 115-126.
- RAFFOURNIER B. (1990), "La théorie «positive» de la comptabilité : une revue de la littérature", *Économies et Sociétés, Série Sciences de gestion*, 11, n° 16, 137-166.
- RAJAN M.V. (1992), "Management control systems and the implementation of strategies", *Journal of Accounting Research*, 30, n° 2, 227-248.
- RAYNAUD P. (1976), "L'actualité de l'hôpital en France", *Revue Hospitalière de France*, n° 269, 350-369.
- RHENMAN E. (1973), *Organization theory for long-range planning*, Wiley.
- RISPAL M. (1993), *Les modes de création et de fonctionnement d'accords de coopération transnationaux entre dirigeants de PME-*

PMI européens : une analyse qualitative inductive, Thèse de Doctorat ès Sciences de Gestion, Université de Bordeaux I, IRG-IAE.

RODRIGUES J.M., VERIN I. et CZERNICHOW P. (1991), "Le PMSI a-t'il un avenir ?", *Gestions Hospitalières*, n°308, 512-517.

RONEN J. et LIVINGSTONE J.L. (1975), "An expectancy theory approach to the motivational impacts of budgets", *Accounting Review*, octobre, 671-685.

ROSS S. (1977), "The determination of financial structure : the incentive signaling approach", *Bell Journal of Economics*, 8, n° 1, 23-40.

ROTSCHILD M. et STIGLITZ J. (1976), "Equilibrium in competitive insurance markets : an essay on the economics of imperfect information", *Quarterly Journal of Economics*, 80, 629-649.

SAATHOFF D.E. et KURTZ R.A. (1962), "Cost per day comparisons don't do the job", *Mod. Hospital*, 14.

SALMON P. (1988), "Trust and trans-bureau networks in organizations", dans A. Breton, G. Galeotti, P. Salmon et R. Wintrobe, eds, *Villa Colombella papers on bureaucracy*, *European Journal of Political Economy*, 4, Extra issue, 229-252.

SCHEIN E. (1984), "Coming to a new awareness of organization culture", *Sloan Management Review*, 25, n° 2, 3-16.

SCHUTZ A. (1973), "Concept and theory formation in the social sciences", dans Maurice Natanson, *Collected Papers*, Martinus Nijhoff, 48-66.

- SCOTT R. (1987), "The adolescence of institutional theory", *Administrative Science Quarterly*, décembre, 493-511.
- SHANNON C. (1948), "A mathematical theory of communication", *Bell System Technical Journal*, n° 27.
- SHEN T.Y. (1985), "Workers motivation and X. efficiency", *Kyklos*, 38, n° 3.
- SIMON H.A. (1947), *Administrative behavior*, Macmillan.
- SIMON H.A. (1973), "Applying information technology to organization design", *Public Administration*, 33, n° 3.
- SIMON Y. et TÉZENAS DU MONTCEL H. (1978), *Economie des ressources humaines dans l'entreprise*, Masson.
- SIMONS R. (1987), "Accounting control systems and business strategy : an empirical analysis", *Accounting, Organizations and Society*, 12, n° 4, 357-374.
- SIMONS R. (1990), "The role of management control systems in creating competitive advantage : new perspectives", *Accounting, Organizations and Society*, 15, n° 1/2, 127-143.
- SIMONS R. (1994), "How new top managers use control systems as levers of strategic renewal", *Strategic Management Journal*, 15, 169-189.
- SMITH C.W. et WARNER J.B. (1979), "On financial contracting : an analysis of bond covenants", *Journal of Financial Economics*, 14, n° 4, 501-521.

SPENCE M. (1974), *Market signalling : informational transfer in hiring and related processes*, Harvard University Press.

SPICER B.H. (1992), "The resurgence of cost and management accounting : a review of some recent developments in practice, theories and case research methods", *Management Accounting Research*, 3, n° 1, 1-37.

STARR P. (1982), *The social transformation of american medicine*, Basic Books.

STÉPHAN-COYAUD C. (1987), "Les stratégies financières récentes des hôpitaux publics", École Nationale de la Santé Publique.

STRAUSS A. (1987), *Qualitative analysis for social scientists*, Cambridge University Press.

TAYLOR F.W. (1957), *La direction scientifique des entreprises*, Dunod, (Traduction française de : *Scientific Management*, 1947, Harper et Brothers).

THIÉTART R.A. (1982), *Le management*, PUF, collection Que sais-je ?.

THOMPSON J.D. (1967), *Organizations in action*, Mc Graw Hill.

TONNEAU D. (1994), *Les outils de gestion et l'hôpital*, Thèse de Doctorat, École des Mines de Paris.

WALLER W.S. (1988), "Slack in participative budgeting : the joint effect of a truth-inducing pay scheme and risk preferences", *Accounting, Organizations and Society*, 13, n° 1, 87-98.

- WATTS R.L. et ZIMMERMAN J.L. (1978), "Towards a positive theory of the determination of accounting standards", *Accounting Review*, n° 1, 112-134.
- WATTS R.L. et ZIMMERMAN J.L. (1990), "Positive accounting theory : a ten year perspective", *Accounting Review*, 65, n° 1, 131-156.
- WEBER M. (1957), *The theory of social and economic organizations*, Free Press.
- WILDAVSKY A. (1975), *Budgeting : a comparative theory of budgetary processes*, Little, Brown.
- WILLIAMS P.F. (1989), "The logic of positive accounting research", *Accounting, Organizations and Society*, 14, n° 5/6, 455-468.
- WILLIAMSON O.E. (1975), *Markets and hierarchies*, The Free Press.
- WILLIAMSON O.E. (1979), "Transaction cost economics : the governance of contractual relations", *Journal of Law and Economics*, 2, 233-261.
- WINTROBE R. (1988), "The efficiency of the soviet system of industrial production", dans A. Breton, G. Galeotti, P. Salmon et R. Wintrobe, eds, *Villa Colombella papers on bureaucracy*, *European Journal of Political Economy*, 4, Extra issue, 159-184.
- WINTROBE R. et BRETON A. (1986), "Organizational structure and productivity", *American Economic Review*, 76, n° 3, 530-538.
- YIN R. (1981), "The case study crisis : some answers", *Administrative Science Quaterly*, 26, 58-65.

YIN R. (1984), *Case study research*, Sage Publications.

ZIMMERMAN J.L. (1979), "The costs and benefits of cost allocation",
Accounting Review, juillet, 504-521.

ZUBKOFF M. (1976), *Health : a victim or cause of inflation*, Milbank
Memorial Fund Prodist.

TABLE DES MATIÈRES.

INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	5
----------------------------	---

PREMIÈRE PARTIE : LA GESTATION D'UN CONTRÔLE DE GESTION À L'HÔPITAL : UNE ÉTUDE CLINIQUE AU SEIN D'UN CHRU.

CHAPITRE I L'ACTIVITÉ AU SEIN D'UNE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE.....	34
--	-----------

Section 1 Une activité difficile à mesurer.....	36
--	-----------

I Le produit hospitalier : un concept discuté.....	36
1) Les évolutions en matière de mesure du produit hospitalier, 38. - 2) La diffusion des innovations récentes en matière de mesure du produit hospitalier, 41.	

II Des activités liées et à fort contenu humain.....	48
1) L'interdépendance entre les acteurs dans un service, 49. - 2) L'importance du jugement humain, 57.	

Section 2 Une gestion dans une organisation duale	60
--	-----------

I La structure : expression du style de l'organisation et des relations de pouvoir.....	63
1) La place du concept de structure, 64. - 2) Les démarches d'étude de la structure, 68.	

II	Un modèle de structure pour l'hôpital.....	73
	1) La forme de coalition externe adaptée à l'hôpital, 74. - 2) La forme de coalition interne adaptée à l'hôpital, 78. - 3) Le style dominant de l'organisation hospitalière, 85.	
III	La dualité entre professionnels et responsables administratifs.....	90
	1) La distribution du pouvoir au sein de l'organisation hospitalière, 90. - 2) Des pouvoirs orientés vers des buts différents, 93. - 3) Jeux politiques et jeu budgétaire à l'hôpital, 95.	
CHAPITRE II L'ÉVOLUTION DE LA NATURE DU CONTRÔLE ...		102
Section 1	Du contrôle externe d'un établissement administré.	107
I	Une économie non rationnée.....	108
	1) La hausse des dépenses hospitalières, 108. - 2) La hausse des dépenses salariales, 110.	
II	Un contrôle administratif.....	111
	1) La faiblesse du discours gestionnaire, 112. - 2) Le poids de l'administration, 114.	
III	Des outils comptables orientés vers la tutelle.....	117
	1) Le processus budgétaire, 117. - 2) Le prix de journée, 120.	
Section 2	A l'exigence d'efficacité dans un cadre plus autonome.....	124
I	Un cadre financier plus strict.....	125
	1) La réforme du financement à partir de 1979, 128. - 2) Le budget primitif et la dotation globale de fonctionnement, 131. - 3) Le rationnement : des effets progressifs, 137.	
II	Des responsabilités nouvelles pour la direction.....	141
	1) L'évolution du pouvoir de la direction, 141. - 2) La rationalisation d'activités annexes, 146. - 3) L'amélioration de la politique financière, 151.	

III	Des outils comptables mieux orientés vers la mesure de l'efficacité interne.....	155
	1) Suivi et programmation de l'activité, 156.	
	- 2) Calcul des coûts et contrôle budgétaire, 160.	
	- 3) Le suivi financier, 175.	

CHAPITRE III L'ÉMERGENCE D'UNE GESTION STRATÉGIQUE ET D'UN CONTRÔLE DE GESTION..... 181 -

Section 1	Une gestion stratégique en construction : le cas du CHRU de Lille	183
I	Description du champ d'étude clinique	183
	1) Le CHRU de Lille, 184. - 2) La direction générale du CHRU, 191. - 3) La conduite de l'étude clinique, 197.	
II	La démarche stratégique au CHRU.....	210
	1) Une démarche intégrative, 211. - 2) Une "instrumentalisation" poussée, 213.	
III	Un processus en cours.....	228
Section 2 :	Le couplage des outils du contrôle de gestion et de la stratégie.....	234
I	La programmation des activités nouvelles	240
II	Les budgets décentralisés.....	251
III	Le tableau de bord et les autres outils de suivi.....	265
	1) Le tableau de bord au CHRU, 267. - 2) Les autres outils de suivi, 272.	

DEUXIÈME PARTIE : L'EFFICACITÉ DES OUTILS DE CONTRÔLE : UNE ANALYSE POSITIVE DU BUDGET DE SERVICE.

CHAPITRE IV INCERTITUDE DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE		
	ET INCITATION BUDGÉTAIRE.....	290
Section 1	Une gestion en information imparfaite.....	292 —
I	Les différentes sources de risque	292
	1) L'incertitude pure, 293. - 2) Le risque provenant de l'environnement, 294. - 3) Le risque moral, 297. - 4) Le risque né de la sélection adverse, 300.	
II	Information et décision en situation de risque.....	303
	1) La décision en information parfaite, 304. - 2) La décision en information imparfaite, 307. - 3) La décision en information asymétrique, 312.	
III	Les différents cadres d'échange d'information pour aider à la décision	316
	1) Le cadre budgétaire et comptable, 317. - 2) Expertise et audit ponctuels, 319. - 3) Les échanges informels d'information, 320.	
Section 2	Le partage des risques et les mécanismes d'incitation à travers le budget.....	326
I	Le modèle de l'agence : un point de départ d'une étude d'une bureaucratie professionnelle	327
	1) Le modèle Principal - Agent, 328. - 2) La transposition au cas hospitalier, 335.	
II	Le modèle de l'agence : le fondement d'études "positives" du budget.....	349
	1) Les principes de l'analyse positive, 350. - 2) L'analyse de l'outil budgétaire à travers le modèle de l'agence, 358.	
III	Un enrichissement du modèle de l'agence pour un cadre théorique adapté au budget de service.....	364
	1) La théorie des transactions informelles comme extension (ou dépassement) du modèle de l'agence, 365. - 2) Une extension pour une bureaucratie professionnelle : le modèle des transactions "diagonales", 375.	

**CHAPITRE V L'EFFICACITÉ THÉORIQUE DU BUDGET DANS
UNE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE..... 384**

Section 1	Un modèle de contrôle.....	385
I	La structure du modèle	386
	1) Le service opérationnel, 389. - 2) Le sommet administratif, 395. - 3) La commission médico-administrative, 402.	
II	La fonction de coûts	407
III	Les décisions en matière de contrôle.....	411
	1) Le problème de la commission médico-administrative en quatrième période, 412. - 2) Le problème du sommet administratif en troisième période, 416. - 3) Le problème du service en deuxième période, 421.	
Section 2	Les incitations budgétaires : une étude de leurs effets à travers des simulations	433
I	La relation entre critères de performance et budget. .	433
II	Politique budgétaire et performance	442
	1) Les comportements en matière d'effort de contrôle des dépenses, 445. - 2) L'impact sur la carence, 452. - 3) L'impact sur le montant des activités nouvelles financé et la satisfaction des services, 458. - 4) L'impact sur les dépenses, 466.	

**CHAPITRE VI CONNAISSANCE DE L'ACTIVITÉ ET CHOIX
D'UNE POLITIQUE BUDGÉTAIRE..... 474**

Section 1	Le choix d'une politique budgétaire en situation d'incertitude sur l'activité.....	476
I	La notion de frontière efficiente.....	477
	1) Le calcul des résultats espérés, 477. - 2) Choix de politique budgétaire et comparaison des espérances, 482.	
II	Coûts d'agence et statique comparative.....	489

1) Les effets des sources d'incertitude, 489. - 2) Les effets du rationnement du financement des activités nouvelles, 494. - 3) Les caractéristiques des services et leurs effets sur l'efficacité du contrôle et les coûts d'agence, 497. - 4) L'impact du système de notation sur l'efficacité du contrôle, 503.

Section 2	L'introduction d'une nouvelle mesure d'activité et ses implications en matière de budget de service ..	506	—
I	Gain d'information sur l'activité et efficacité du budget de service.....	507	
II	Indicateur d'activité sur la base de Groupes Homogènes de Malades (GHM) et contrôle des coûts.....	515	
	1) L'utilisation du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) à des fins de tarification : l'expérience américaine et ses prolongements, 516. - 2) L'utilisation du PMSI à des fins internes, 522. - 3) Les incertitudes récentes sur les fins de l'utilisation du PMSI pour le contrôle des coûts, 529.		
III	Les conditions d'efficacité des indicateurs de type GHM au niveau du budget de service	539	
	1) Finesse du signal et gain d'information, 539. - 2) La corrélation entre les variables durée de séjour et intensité des dépenses courantes, 546. - 3) Sensibilité des solutions offertes par les signaux aux valeurs prises par les paramètres du modèle, 548.		
	CONCLUSION GÉNÉRALE	559	
	BIBLIOGRAPHIE.....	578	

