

La mise en œuvre d'outils de gestion dans les établissements hospitaliers : les incohérences d'une politique publique (1980-2009)

Jean-Paul Domin

OMI (EA 2065), Université de Reims Champagne-Ardenne

Résumé :

Ce travail entend montrer comment, au cours d'une période cruciale, le milieu des années 1980 et la fin des années 2000, les pouvoirs publics ont tenté d'infléchir la logique de croissance des dépenses hospitalières notamment en expérimentant des dispositifs de gestion au sein des établissements de santé. Ces dispositifs vont progressivement prendre place de façon diffuse : la création des centres de responsabilité en 1983, la départementalisation en 1984. Le changement du mode de financement et l'expérimentation d'une comptabilité analytique sont autant d'éléments qui participent également d'un même mouvement de transformation qualifié d'hôpital-entreprise. Mais, si au niveau ministériel la thèse de l'hôpital-entreprise semble faire l'unanimité, la réalité est fort différente dans les établissements de soins. La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) est assez révélatrice de cette incohérence : la gouvernance renforce le pouvoir ministériel (*via* le directeur) mais limite les contre-pouvoirs.

Introduction

Au début des années 1980, la question hospitalière devient préoccupante pour les pouvoirs publics. La part des dépenses hospitalières dans la consommation médicale finale dépasse les 50 %. Comme le dit Michel Arliaud : « *La question hospitalière, plus qu'un simple souci parmi d'autres, est devenue la bête noire du ministre de la Santé* » [1]. Les cinquièmes assises nationales de l'hospitalisation publique sont, à cet égard, assez significatives du malaise que traverse le monde hospitalier. Le président de la Fédération hospitalière de France, Pierre Raynaud, craint de voir se développer une politique hospitalière « *de plus en plus étatique tendant à transformer la tutelle sur les hôpitaux en une administration de plus en plus directe* »¹ remettant en question le pouvoir du Conseil d'administration des établissements. La réponse de Jacques Barrot, alors ministre de la Santé, est assez claire. Selon lui, les années 1980 sont « *marquées par l'obligation d'une très grande rigueur de gestion rendue nécessaire par la situation économique mondiale* »². Le ministre entend recentrer la politique de santé publique autour de l'hôpital, mais réclame des efforts financiers significatifs.

L'objectif de ce travail est de montrer comment, au cours d'une période cruciale, le milieu des années 1980 et la fin des années 2000, les pouvoirs publics ont tenté d'infléchir la logique de croissance des dépenses hospitalières notamment en expérimentant des dispositifs de gestion au sein des établissements de santé. Ces dispositifs vont progressivement prendre place de façon diffuse : la création des centres de responsabilité en 1983 qui prend appui sur les techniques de direction par objectif (DPO), la départementalisation en 1984 qui entend favoriser l'émergence de schémas hiérarchiques plus démocratiques. Le changement du mode de financement et l'expérimentation d'une comptabilité analytique sont autant d'éléments qui participent également d'un même mouvement de transformation qualifié d'hôpital-entreprise.

¹ « Allocation de Pierre Raynaud, Président de la Fédération hospitalière de France », *Revue hospitalière de France*, n° 328, février 1980, p. 406.

² « Allocation de Jacques Barrot », *Revue hospitalière de France*, n° 328, février 1980, p. 409.

Mais, si au niveau ministériel la thèse de l'hôpital-entreprise semble faire l'unanimité, la réalité est fort différente dans les établissements de soins.

L'introduction croissante du concept de gouvernance hospitalière depuis le début des années 2000 est tout à fait caractéristique de cet état d'esprit. L'idée est de mettre en œuvre des contre-pouvoirs médicaux et d'associer, de façon croissante, les praticiens à la prise de décision au sein des établissements de soins. Le concept de référentiel de politique publique peut être, dans ce cas, mobilisé. Il correspond, selon Pierre Muller, « *avant tout à une certaine vision de la place et du rôle du secteur concerné dans la société (...) le référentiel d'une politique est constitué d'un ensemble de prescriptions qui donne du sens à un programme politique en définissant des critères de choix et des modes de désignation des objectifs* » [50].

Nous soutenons l'hypothèse selon laquelle les contraintes de sentier³ sont importantes dans le domaine hospitalier. Or, la gouvernance est contraire à l'histoire de l'hôpital qui, depuis la Charte hospitalière du 21 décembre 1941, est marquée par le pouvoir grandissant du directeur (qui est le représentant du ministère de la Santé) au détriment des prérogatives du conseil d'administration. Si la rhétorique de la participation des praticiens est récurrente dans le discours politique, la pratique est souvent fort différente. Deux référentiels contradictoires sont donc utilisés. Le premier vante la participation croissante des médecins à la vie de l'hôpital, second préfère une logique hiérarchique historique où le directeur est le représentant du ministère au sein de l'établissement. La contradiction entre ces deux référentiels est telle, que la politique mise en œuvre devient incohérente.

La période qui couvre le début des années 1980 à la moitié des années 1990 marque une lente transformation de la politique hospitalière. Celle-ci prend appui sur un arsenal théorique issu de l'approche standard, notamment la théorie des contrats (1). Cette transformation, incite à penser l'hôpital comme une entreprise, sans que cela ne se traduise réellement dans les faits (2).

1. Une évolution théorique : comment penser l'hôpital ?

Si l'économie de la santé a progressivement évolué, notamment en intégrant la notion de répartition inégale de l'information, l'analyse spécifique de l'hôpital va également se transformer en passant d'une théorie standard (l'hôpital est une entreprise et le modèle producteur-consommateur peut s'y appliquer) à une théorie standard élargie (modèle bureaucratique, modèle principal-agent). Elle commence dès la fin des années 1970 et le début des années 1980 avec le développement d'une critique de la bureaucratie hospitalière par Robert Launois (1.1.) et se poursuit avec les premiers travaux de Michel Mougeot sur l'approche en termes de relations d'agence (1.2). Cette dernière approche aura une influence importante sur les réformes du système hospitalier.

1.1. DE L'HOPITAL-ENTREPRISE A LA CRITIQUE DE LA BUREAUCRATIE HOSPITALIERE

À partir du début des années 1970, l'analyse théorique en économie de la santé va évoluer passant de l'approche traditionnelle de l'hôpital-entreprise (1.1.1.) à l'analyse bureaucratique de l'hôpital (1.1.2).

³ Le concept de *path dependence* (contrainte de sentier ou inertie institutionnelle) est important dans l'analyse des politiques sanitaires et sociales. Il suppose qu'une fois un chemin pris, il est difficile d'en changer dans la mesure où les processus politiques s'institutionnalisent avec le temps [53]. Le concept de *path dependence* a été mis en évidence dans le cadre de la politique industrielle de certaines firmes [58]. Ainsi, une solution plus efficace que celle existante n'est-elle pas forcément mise en place en raison de mécanismes d'auto-renforcement comme les coûts d'investissement, les effets d'apprentissage, les effets de coordination et les comportements d'adaptation par anticipation.

1.1.1. L'approche en termes d'hôpital-entreprise

Dès le milieu des années 1970, bon nombre d'études se focalisent sur la spécificité des entreprises publiques et notamment des hôpitaux. Émile Lévy constate que, dans un grand nombre de cas, certains auteurs préfèrent transposer le modèle néo-classique de l'entreprise aux structures publiques [43]. Or, cette logique montre ses limites et butte sur les caractéristiques du bien santé. L'objectif de l'auteur consiste alors à développer une approche socio-économique de l'institution hospitalière. Il s'inscrit dans la perspective de travaux réalisés sur le fonctionnement des hôpitaux⁴.

La conception traditionnelle de l'hôpital-entreprise suppose que la production reste spécifique en raison de la particularité de la demande, de la structure de l'offre et du mode de financement de la santé. La demande de soins hospitaliers constitue la première spécificité, notamment en raison de la difficulté qu'a le patient à se réapproprier l'information. La demande est indivisible (chaque malade consomme un ensemble de soins non différencié), aléatoire (elle dépend de la probabilité d'apparition de la maladie, de la probabilité qu'elle donne lieu à une hospitalisation, ...) et dépendante de l'offre (elle dépend en grande partie du circuit emprunté par le malade, ...).

La structure de l'offre publique de soins est également spécifique. D'abord parce qu'Émile Lévy constate qu'il existe un certain nombre de contraintes institutionnelles qui pèsent sur les hôpitaux (le statut d'établissements publics qui est rigoureusement défini par la loi, l'exercice d'un service public avec la loi du 31 décembre 1970 et l'existence d'une planification hospitalière). D'autre part, les coûts de personnel y sont importants. Malgré, la sophistication des équipements, l'activité des établissements reste une activité de services où les conditions de travail déterminent en grande partie le coût et l'efficacité des soins. D'autres éléments viennent renforcer la spécificité de l'offre hospitalière de soins : le progrès technique, le caractère indivisible de la production et la difficulté à cerner le produit.

Le financement des hôpitaux est également spécifique dans la mesure où l'hôpital est le support d'un service collectif. Le financement ne peut donc pas être assuré par les ressources du marché. Ainsi, les investissements sont difficiles puisque les capacités d'autofinancement sont limitées et le volume des subventions diminue. Dans cette perspective, le recours à l'emprunt est nécessaire. Les dépenses de fonctionnement sont, quant à elles, couvertes par l'assurance maladie et les fonds publics. Pour ces raisons, le marché hospitalier est spécifique, les prix ne sont pas négociés librement, le pouvoir « *de monopsonie relatif détenu par les organismes de Sécurité sociale et l'État en font des prix politiques, soumis aux aléas conjoncturels et aux nécessités de la politique anti-inflationniste, ...* » [43].

En raison de ces particularités, il faut s'interroger selon Émile Lévy, sur la nature de l'hôpital. Une première approche dite standard montre qu'un établissement hospitalier présente certaines analogies avec une entreprise dans la mesure où il satisfait une activité de services, mais ne vend pas sa production sur un marché. L'hôpital ressemble plus à une entreprise dont les ventes dépendent uniquement de l'État (monopsonie publique). Ce modèle théorique favorise la fonction de coût et tente de transposer des règles de tarification du secteur public marchand à un secteur non marchand. Mais, cette approche n'est pas totalement satisfaisante au plan micro-économique. D'abord parce que l'intérêt du directeur est d'atteindre l'équilibre budgétaire alors que les praticiens recherchent l'*optimum* thérapeutique. Ensuite parce que le statut public, la définition difficile du bien santé et le caractère tutélaire des biens hospitaliers limitent considérablement l'utilisation des concepts traditionnels de la micro-économie [3].

⁴ Sur cette question, on lira [60] et [51]

1.1.2. L'analyse bureaucratique de l'hôpital

Un second modèle va tenter de dépasser les limites de la micro-économie standard en prenant appui sur le modèle théorique de la bureaucratie. L'approche développée par Robert Launois s'inspire des études anglo-saxonnes développées dans le domaine des institutions à but non lucratif [52] et reprises par quelques auteurs français [27]. Selon lui, l'hôpital ne peut que générer des dysfonctionnements car il réduit ses membres à une situation de standardisation. Trois types de dysfonctionnements sont inhérents aux structures publiques hospitalières : la rationalité limitée des acteurs, l'existence d'un biais managérial et enfin l'inefficacité X [40].

Les travaux d'Herbert Simon tentent de rénover la théorie de la firme en prenant appui sur la psychologie cognitive et l'observation des processus de décisions. Selon lui, le modèle néo-classique du choix rationnel est contestable. En effet, tout individu connaît des limites neurophysiologiques qui l'empêchent de stocker et de trier rapidement une certaine quantité d'informations [63]. Cette conception de la rationalité omnisciente ne permet pas d'expliquer, selon lui, le processus de prise de décisions. Celui-ci est souvent limité pour trois raisons principales : les problèmes de traitement de l'incertitude et de l'information imparfaite, les limites de calculs des agents et les situations d'interdépendance stratégique. Le modèle de rationalité procédurale insiste sur les procédures de décision et met l'accent sur des processus d'apprentissage. Dans cette perspective, il convient de reposer le problème en termes de sous-objectifs et non plus d'objectifs.

Le biais managérial est lié à la complexité de l'organisation de l'entreprise prenant la forme d'une coalition de groupes et d'individus poursuivant des objectifs propres de défense de leurs intérêts. Les objectifs de la firme sont définis au travers de négociations ouvertes entraînant un relâchement organisationnel qualifié de biais managérial [13]. Pour maintenir la cohésion du groupe, il est donc nécessaire de constituer un budget discrétionnaire utilisé par les dirigeants pour être réparti au sein de l'entreprise afin de négocier leur adhésion aux objectifs de la firme. Longtemps ignorée par les économistes des organisations, cette thèse sera réutilisée à la fin des années 1980 pour l'analyse de la bureaucratie.

Enfin, l'hypothèse de l'inefficacité X [42] a été appliquée à la bureaucratie. Ainsi, la seule marchandise que les entreprises peuvent-elles acheter avec certitude est l'unité de temps de travail. Mais, il est difficile de contrôler strictement l'efficacité du travail. Il reste donc un écart entre le niveau des dépenses de production et le niveau des dépenses effectives. La plupart des firmes sont en situation sous-optimales. Ainsi le concept d'*optimum* serait un des mythes de la théorie standard. Il peut être atteint grâce à une variable organisationnelle déterminant l'intensité et la qualité du travail. Dans cette configuration particulière, des mécanismes incitatifs doivent permettre d'intensifier la production.

Une des particularités du système hospitalier des années 1980 réside dans l'incapacité de la tutelle à connaître avec précision ce qui se passe au sein des établissements. Les équipes de direction disposent donc d'un monopole informationnel. D'autre part, le fonctionnement est conditionné par le budget. Il est attribué par l'autorité de tutelle, détentrice de droits de propriété publics, en fonction d'une estimation qui dépend du coût bureaucratique, de l'utilité sociale et de la demande sanitaire. Le directeur de l'établissement a donc tout intérêt à monopoliser l'information qu'il détient afin de maximiser son utilité individuelle en augmentant les dépenses de l'hôpital [40].

L'établissement cherche à accroître ses ressources financières en maximisant le budget. Cette situation le conduit à augmenter la production excédentaire, ce qui correspond à un *optimum* de second rang. Il apparaît également un biais discrétionnaire qui résulte de trois fonctions importantes : le monopole d'information dont dispose le directeur, le système

d'incitations qui régit son activité administrative et sa marge d'autonomie. Dans cette perspective, le directeur n'a aucun intérêt à réaliser des bénéfices dans la mesure où il est dans une structure non concurrentielle et n'est pas rémunéré en fonction des résultats obtenus. Au contraire, il a tendance à multiplier des dépenses pour utiliser de façon optimale le budget. Il n'a donc pas intérêt à rechercher l'*optimum*. Dans ces conditions, les excédents sont transformés en dépenses supplémentaires.

Cette première explication n'est pas satisfaisante en matière de prise de décision au sein de l'établissement. Robert Launois tente de lever cette hypothèse en étudiant les relations entre les différents corps professionnels et le partage du budget discrétionnaire. En effet, chaque décision prise dans un établissement est fonction des objectifs de chacune des corporations. Robert Launois distingue trois groupes principaux aux objectifs particuliers et souvent antagonistes : la direction, le corps médical et le personnel non médical.

Les membres de l'équipe de direction sont assez bien placés, selon Robert Launois, pour s'approprier le budget discrétionnaire de l'hôpital. En effet, s'ils ont une fonction utilité reposant sur le revenu qu'ils espèrent retirer de cette activité, il existe également des arguments non monétaires que l'on peut regrouper autour du prestige de la fonction. Or, la réputation de l'équipe de direction provient essentiellement de la qualité que l'on prête à l'établissement public. Le plateau technique a une importance non négligeable. Ce modèle dit de production ostentatoire [41] suppose que, dans une situation de concurrence entre établissements, la notoriété des équipements rejaillit nécessairement sur l'équipe de direction.

Les médecins exercent une fonction importante dans l'hôpital qui leur donne toujours les moyens d'exercer leur activité. Cette influence qui pèse dans le choix du matériel est d'autant plus importante que les praticiens entendent multiplier le capital technique. Deux logiques s'affrontent. Les médecins cherchent à diminuer la durée de séjour pour garder des lits libres en vue de répondre à une demande supplémentaire et irrégulière. L'équipe de direction souhaite, quant à elle, allonger la durée de séjour et accroître le nombre des admissions afin de rentabiliser le matériel.

Cette situation conflictuelle est insoluble. Elle ne peut pas être résolue par un système de prix dans la mesure où le besoin est défini techniquement et la demande inélastique par rapport au prix [30]. Dans les faits, un système de marchandage et de rapport de force s'institue entre le corps médical et les personnels non médicaux. Pour s'en affranchir, le corps médical va influencer l'allocation des ressources en demandant une augmentation des effectifs ou en multipliant certains services (notamment de soins intensifs) qui peuvent être mutualisés. Dans le même ordre d'idées, la dispersion des blocs opératoires s'est accompagnée d'un développement des gardes d'anesthésiste [40]. Il s'agit d'un moyen utilisé par les médecins pour institutionnaliser leur autonomie [32].

Enfin, l'accroissement des moyens alloués aux établissements hospitaliers satisferait également, selon Robert Launois, les intérêts des personnels non médicaux dans la mesure où il contribuerait à atténuer la lourdeur des tâches et à diminuer les contrôles. Le biais discrétionnaire conduit l'établissement à un *optimum* de second rang se traduisant par une production excédentaire. Les caractéristiques organisationnelles des établissements de santé conduiraient à l'inefficacité dans la mesure où l'intérêt collectif entrerait en contradiction avec les intérêts personnels. La seule solution pour améliorer l'efficacité serait d'instituer des incitations financières. La logique bureaucratique fait disparaître, selon les tenants du libéralisme médical, l'incitation de recherche de coûts *minima* [48]. Mais, cette analyse est contestable dans la mesure où Robert Launois masque les divergences d'intérêts entre les différents corps professionnels par ce qu'il appelle une « *boîte noire* » dirigée par un bureaucrate type. Cet artifice théorique discutable permet à l'auteur d'expliquer la croissance

des dépenses. En effet, bien que les différents groupes aient des divergences, ils se regroupent autour d'un objectif commun : la maximisation du budget de l'hôpital.

1.2. L'APPROCHE EN TERMES DE RELATIONS D'AGENCE APPLIQUEE A L'HOPITAL

La théorie de l'agence est devenue le cadre d'analyse dominant des formes d'organisation qu'elles soient publiques ou privées. Elle trouve son origine dans l'existence d'asymétries d'information entre les agents et soulève le problème des structures, notamment des sociétés par actions, où la direction est assurée par un agent non propriétaire (1.2.1.). Cette approche théorique a trouvé dans le système hospitalier un terrain d'application (1.2.2.).

1.2.1. Les fondements de la théorie de l'agence

La théorie de l'agence trouve ses fondements dans la prise en compte de l'incertitude qui caractérise certaines décisions et repose sur l'idée selon laquelle les rapports entre les agents sont marqués par une inégale répartition de l'information. Il s'agit d'une rupture évidente avec le modèle standard selon lequel la poursuite des intérêts individuels conduit à la satisfaction de l'intérêt collectif. La prise en compte de l'incertitude, de l'inégale répartition de l'information constitue également une approche plus positive des caractéristiques du monde réel [5].

L'existence d'une relation agence suppose qu'une personne (le principal appelé également le mandant) requiert les services d'un agent (mandataire) pour exécuter en son nom une tâche, ce qui entraîne un certain niveau de délégation du pouvoir de décision [33]. La définition reste assez générale, elle recouvre un grand nombre de cas où la situation d'une personne dépend de l'action de l'autre. L'agent est celui qui agit alors que le principal peut être appréhendée comme la partie affectée. Cette notion recouvre donc la presque totalité des relations contractuelles entre deux personnes [8]. Le contrat entre les deux parties est nécessairement incomplet, le principal n'est pas en mesure de contrôler l'action de l'agent sans coûts [61]. Toute relation d'agence imparfaite est marquée par des distorsions dans l'allocation des ressources qualifiées d'*adverse selection* et de *moral hazard*.

L'antisélection (*adverse selection*) désigne un effet pervers généré par une asymétrie d'information entre les cocontractants. Le principal, qui ignore les capacités de l'agent, lui accorde un financement alors qu'il n'offre pas les caractéristiques suffisantes. Il s'agit donc d'un risque *ex ante* puisque le principal doit faire face au comportement stratégique de l'agent avant de prendre sa décision. Le principal élimine l'antisélection en incitant l'agent à révéler les mécanismes de formation des coûts et à améliorer la qualité des prestations. L'aléa moral (*moral hazard*) est un terme issu de l'économie de l'assurance. Il survient après la formation du contrat (*ex post*). Les efforts et les obligations de l'agent ne sont pas directement observables par le principal. L'agent peut dorénavant utiliser les fonds contrairement aux attentes de la tutelle. Il y a aléa moral sur l'effort déployé par l'agent (qui n'est pas incité à réduire ses coûts) ainsi que sur l'utilisation effective des fonds alloués. La solution sera de favoriser la signature de contrats incitatifs.

Dans ce contexte d'asymétries d'information, l'objectif de la théorie de l'agence est double. Il faut d'abord de construire un système d'incitation et de surveillance qui limite le comportement déviant de l'agent lésant le principal. Il s'agira de conduire l'agent à se comporter de façon à ce qu'il maximise la fonction utilité du principal. Le second objectif consiste, dans une configuration d'information imparfaite, de se rapprocher d'un système de concurrence parfaite. La théorie de l'agence reste fidèle à l'approche standard, elle suppose que chacune des parties cherche à maximiser sa fonction utilité. Mais, dans la mesure où

l'agent n'agira pas conformément aux intérêts du principal, celui-ci devra mettre en place un système d'incitation approprié.

Ce dispositif génère des coûts d'agence supportés par les deux parties. Ces coûts sont de trois sortes : les dépenses de surveillance et d'incitation (notamment les dispositifs d'intéressement) dont l'objectif est d'orienter le comportement de l'agent ; les coûts d'obligation supportés par l'agent et servant soit à garantir au principal qu'il n'agira pas à l'encontre de ses intérêts, soit pour le rembourser ; la perte résiduelle qui correspond à l'écart entre le résultat de l'action de l'agent pour le principal et ce qu'aurait produit un comportement optimal. La question centrale consiste à déterminer une structure contractuelle qui permette de minimiser les coûts [33].

Plusieurs solutions contractuelles sont envisagées pour contrecarrer l'antisélection et l'aléa moral. Lorsque la relation est marquée par la non-observabilité des efforts de l'agent, le contrat peut prévoir la mise en œuvre de système de *bonus-malus* qui assurent au principal une observation *ex post* des efforts [70]. D'autres types de mécanismes visent à inciter l'agent à révéler ses préférences. Certains dispositifs lient la rémunération de l'agent au coût pour la collectivité de son annonce [28]. Mais, dans le cas où la relation d'agence est caractérisée par la présence de plusieurs agents, le principal peut avoir à faire face à une coalition de ces derniers [2]. Enfin, des mécanismes d'enchères permettent au principal d'éviter les phénomènes de coalition [69].

1.2.2. L'application du modèle principal-agent à la santé

L'approche en termes d'agence constitue le vecteur de la transformation des politiques hospitalières depuis le milieu des années 1980. Dès 1985, le Commissariat général du Plan crée un groupe technique sur la décentralisation du système de santé et confie à Michel Mougeot une réflexion sur les pistes de réforme du dispositif hospitalier [4]. Cette approche est selon Michel Mougeot la seule capable de rendre compte des dysfonctionnements du système considéré « *comme un ensemble d'agents décentralisés poursuivant des objectifs divergents en situation d'information imparfaite* » [48].

Ce dernier propose de développer de nouveaux instruments économiques assis sur l'hypothèse d'asymétries d'information et sur les moyens de les contrecarrer. Cette hypothèse présente deux avantages principaux : elle est jugée plus réaliste et elle permet d'appréhender des relations réelles [49]. Cette logique est nouvelle dans la mesure où elle tente de rompre avec la socio-économie qui prédominait auparavant en économie de la santé, notamment en favorisant la construction d'un système d'incitations dont l'objectif est de limiter les comportements déviants [47]. Alors qu'auparavant, l'augmentation des dépenses était analysée comme résultant de mécanismes exogènes, le modèle principal-agent met l'accent sur des comportements endogènes.

Le système hospitalier est caractérisé par une double logique asymétrique. La direction de l'établissement occupe une place centrale dans la mesure où elle est l'agent de la tutelle et le principal du praticien. D'un côté, la relation entre la tutelle et les établissements hospitaliers est marquée par des asymétries d'information. De l'autre, une relation semblable se développe entre la direction des établissements et les services.

La relation entre la tutelle et l'hôpital est, par essence, caractérisée par une inobservabilité des efforts. Les ressources de l'établissement sont allouées par la tutelle qui délègue à l'administrateur la fonction de gestion. Il s'agit d'une relation d'agence avec antisélection et aléa moral [22]. Le principal (la tutelle) est confronté à deux types de difficultés. L'antisélection parasite sa prise de décision de financement dans la mesure où il ne connaît pas la formation des coûts au sein de l'hôpital et n'a qu'une connaissance statistique des

charges en milieu hospitalier. D'autre part, l'aléa moral l'empêche de savoir comment l'agent remplit effectivement sa part du contrat (puisque l'effort de l'administrateur n'est pas mesurable). La direction de l'établissement entend maximiser sa fonction utilité en arbitrant entre la maximisation de son budget et la minimisation de son effort. La seule solution pour le principal est de mettre en place un système d'incitations. Le budget optimal de second rang attribué à l'établissement constitue un compromis : il doit encourager l'agent à la performance sans pour autant risquer la surproduction [2].

Une relation d'agence avec antisélection et aléa moral se développe également entre le directeur de l'établissement (principal) et les médecins (agents). Le praticien est le seul détenteur de l'information sur les coûts. Le directeur ne pourra donc se fier qu'aux messages envoyés par le médecin pour déterminer le budget. Dans cette perspective, ce dernier aura tout intérêt à maximiser la taille de son service pour accroître son budget. Les deux acteurs ont donc des objectifs différents, voire antagonistes. Il y a un phénomène d'antisélection si l'administrateur ne peut qu'observer la moyenne des coûts et non les coûts formés dans chaque service. Il existe une relation d'agence avec aléa moral si le niveau d'effort du médecin est inobservable. La logique du médecin sera de maximiser un budget discrétionnaire tout en minimisant son effort. Une solution optimale, pour la direction, consistera à forcer le médecin à révéler l'information sur ces besoins par l'intermédiaire de contrats incitatifs [44].

2. Penser l'hôpital comme une entreprise : les années 1980-2009

Les évolutions théoriques de l'hôpital bureaucratique et du modèle principal-agent ont influencé les politiques de régulation. Celles-ci ont favorisé un desserrement progressif de la tutelle, une intervention croissante du corps médical dans la gestion des établissements et un réagencement du mode de prise de décision. Mais, si le modèle théorique repose clairement sur la théorie néo-classique, son application relève plus du bricolage institutionnel. En effet, la gouvernance appliquée à l'hôpital semble être marquée par certaines incohérences. Si la participation des médecins est promue dans chaque projet de loi, dans les faits le renforcement des pouvoirs du directeur est une réalité incontournable. La théorie de l'agence semble donc avoir du mal à rendre compte de la réalité hospitalière [11].

Progressivement, les établissements hospitaliers ont réformé leur organisation interne (2.1.). La loi du 31 juillet couronne ainsi un long processus de réforme marqué par cet esprit (2.2), mais qui se traduira dans les faits, notamment avec les deux réformes de 2005 et 2009, par une forme de bricolage institutionnel (2.3.).

2.1. LA LENTE EVOLUTION DE L'ORGANISATION INTERNE VERS L'HOPITAL-ENTREPRISE

Dès le milieu des années 1980, la réforme de l'organisation interne des établissements de soins est envisagée par les pouvoirs publics. L'objectif est de flexibiliser le fonctionnement, de limiter les lourdeurs administratives et d'impliquer les praticiens dans la gestion des établissements [29]. De premières réformes sont menées en ce sens (2.1.1), c'est dans cette même perspective que s'inscrit la réflexion autour de la loi de 1991 (2.1.2.).

2.1.1. Les réformes organisationnelles des années 1980

La critique du fonctionnement bureaucratique des hôpitaux constitue la ligne directrice du discours dominant. La planification sanitaire, définie par la loi du 31 décembre 1970, serait selon Jean de Kervasdoué⁵ à l'origine des maux de l'hôpital public. Les carences de la

⁵ Jean de Kervasdoué est le principal inspirateur des lois hospitalières du début des années 1980. Né en 1944, cet ingénieur du génie rural et des eaux et forêts, part aux États-Unis étudier l'économie agricole à l'Université de Cornell. Il commence à s'intéresser à l'économie de la santé et consacre une thèse aux hôpitaux en 1973. Après

régulation administrée sont telles que celle-ci serait à l'origine d'inégalités de financement entre les établissements. La seule solution selon lui serait alors que l'État se désengage complètement de la gestion hospitalière en instaurant des mécanismes incitatifs de type concurrentiel [36]. Ces idées seront partiellement reprises dans différentes réformes des années 1980.

Le décret du 11 août 1983 réforme le financement hospitalier, mais entend également favoriser le découpage des établissements en centres de responsabilité. Cette mesure inaugure la phase d'expérimentation d'une politique de direction par objectifs (DPO). Désormais, les établissements sont découverts en centre de responsabilité et les praticiens sont associés à la gestion des services dont ils ont la charge. L'innovation repose sur les nouvelles fonctions attribuées aux praticiens (détermination du budget, mise en œuvre de dispositifs d'information et de concertation, ...). Dans le même temps, le décret incite le directeur à mettre en place des dispositifs d'information, d'échanges et de concertations.

La loi du 3 janvier et le décret du 28 décembre 1984 expérimentent la départementalisation. Cette idée est dans l'air du temps depuis le milieu des années 1970. Une circulaire du 5 mai 1976 évoque d'ailleurs cette technique afin d'améliorer la coordination des services. Cette idée est reprise au début du premier septennat de François Mitterrand dans un rapport au ministre de la Santé [24], elle est considérée par beaucoup comme un moyen de faire évoluer les modes de gestion à l'hôpital [59]. D'autre part, la croissance démographique de l'élite médicale génère des dysfonctionnements et notamment l'augmentation des "agrégés non-chefs de service" qui voient leur ascension sociale bloquée [64].

La loi du 3 janvier 1984 insiste sur l'aspect organisationnel de la réforme qui crée des départements en distinguant des départements verticaux (nature des affections prises en charge) et horizontaux (diagnostics et traitements mis en œuvre). L'objectif consiste également à regrouper des services, désormais appelés unités fonctionnelles, pour favoriser l'émergence de nouveaux schémas hiérarchiques (collégiaux et plus démocratiques) afin de contrebalancer l'élite médicale en place [6]. Le décret du 28 décembre 1984 prévoit, dans cette perspective, l'élection des chefs de départements. Le chef de département bénéficie de nombreuses attributions : il arrête les objectifs, il définit les modalités d'utilisation du matériel, désigne les responsables d'unités fonctionnelles. Son pouvoir peut donc être considérable. Cette évolution va de pair avec la transformation du financement (le budget global) qui peut être générateur de surcoûts importants. La réforme, nécessite donc une réorganisation de l'hôpital (notamment la départementalisation) et la mise en place d'un système d'informations médicalisées [25].

La réforme doit être appréhendée comme une révolution partielle de la pratique. Mais, les termes de cette révolution sont imprécis dans la mesure où il y a l'affirmation de l'autorité du chef de département et du directeur de l'établissement [31]. Dans les faits, la réforme a échoué, d'abord en raison de l'opposition de certaines catégories de médecins hospitalo-universitaires [35], mais également parce que les pouvoirs publics en ont abandonné

un passage à l'OCDE, il crée le service des études économiques de l'Assistance publique. Il est nommé Directeur des Hôpitaux en 1982. Cette nomination est due à sa bonne connaissance du secteur, mais elle est également politique. En effet, la Direction des Hôpitaux est née d'une scission de la Direction générale de la santé, mais est également le fruit d'un compromis politique au sein des forces gouvernementales. Elle est attribuée à Jean de Kervasdoué (qui est proche de Pierre Mauroy) pour faire contrepoids à la nomination à la Direction générale de la santé de Jacques Roux, professeur de santé publique et politiquement proche du ministre de la Santé Jack Ralite. Après l'alternance politique de 1986, il crée une société de conseil, la SANESCO, mais reste présent dans les cercles décisionnels. Il préside le groupe Système de santé et assurance maladie du X^e Plan et aura une influence dans la réforme de 1991. En 1998, il est nommé à la chaire d'économie et de gestion du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM). Sur cette question, on pourra se reporter à [56]

rapidement l'idée. Le processus a toutefois été amorcé dans près de 80 % des établissements. Des élections ont été organisées pour nommer des commissions de départementalisation.

La loi du 24 juillet 1987 couronne le processus en transformant les commissions médicales consultatives en commission médicale d'établissements. Alors que les premières ne sont, depuis le décret du 17 avril 1943, que des organes de représentation des praticiens et dont le pouvoir est uniquement consultatif, les secondes ont désormais un pouvoir de décision. Cette évolution prend tous son sens après la mise en place des centres de responsabilité et des départements. L'objectif est d'impliquer encore plus les praticiens à la gestion des établissements. La loi du 31 juillet 1991 précisera quelques années plus tard ces compétences nouvelles pour le corps médical.

2.1.2. Les prémices de la loi de 1991

Dès la fin des années 1980, la mésentente est profonde entre pouvoirs publics et monde hospitalier. Les réformes du milieu des années 1980 ont suscité une vive opposition des professionnels. À partir de 1987-1988, l'hôpital va entrer dans une période de turbulences. Les infirmières se mobilisent dès septembre 1988 afin d'obtenir l'abrogation du décret du 23 décembre 1987 prévoyant l'ouverture de la profession à des candidats non bacheliers. Une coordination infirmière se structure progressivement autour de revendications multiples : une revalorisation salariale, la contestation du pouvoir médical, la formation, les compétences professionnelles ... [65]. Après quelques semaines de manifestations, un accord est trouvé le 13 octobre 1988 à après sept heures de discussions entre l'avenue de Ségur et l'hôtel Matignon [66]. Un protocole est signé le 21 octobre 1988.

Cette crise aura une influence évidente sur la suite des événements. Dès octobre 1988, le ministre des Affaires sociales, Claude Évin, confie à Francis Peigné un rapport sur l'avenir de l'hospitalisation publique et privée. Après une courte période d'auditions de personnalités et de visites d'établissements, un rapport d'étape est remis au ministre le 4 avril 1989. Le principe de la réforme est accepté en Conseil des ministres sur proposition de Claude Évin le 12 avril 1989. Quatre pistes de travail sont privilégiées : l'ouverture de l'hôpital sur son environnement (notamment la médecine ambulatoire), le décloisonnement de l'hôpital et l'évolution de ses structures (amélioration du dialogue social), la rénovation de la carte sanitaire et l'implantation des réseaux, l'harmonisation des financements public et privé.

Dès septembre 1989, une mission de réforme hospitalière est constituée autour d'Édouard Couty⁶ son président. Elle associe Guy Nicolas, un professeur de médecine ; Francis Peigné, un ancien président de l'Intersyndicat national des médecins hospitaliers (INMH) ; Dominique Kerroux, une infirmière générale et Suzanne Silland, alors inspectrice générale des affaires sociales. Cette mission procède à plus de 150 auditions de personnalités et visite une trentaine d'établissements de septembre 1989 à février 1990. Elle rend son rapport en avril 1990 [54]. La réforme est préparée dans l'esprit du « nouveau service public » prôné par Michel Rocard et dont l'objectif est de montrer aux fonctionnaires et aux usagers que la modernisation de la fonction publique est possible à condition qu'elle se fasse de façon concertée et par touches successives [23]. Cette approche nouvelle prend corps dans la circulaire du 23 février 1989. Son objectif est de mobiliser l'ensemble des acteurs institutionnels afin de moderniser l'administration notamment en développant des centres de

⁶ Formé à l'IEP de Lyon et à l'ENSP, il devient directeur d'hôpital (Arles, Châlons-Champagne, ...), il est nommé conseiller au cabinet de Claude Évin en mai 1988, puis préside la mission de réforme hospitalière avant de diriger les hospices civils de Strasbourg et l'Hôpital Saint-Louis à Paris. En 1998, il devient directeur des hôpitaux, puis directeur des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS) jusqu'en 2005. À cette date, il rejoint la Cour des comptes. Il a été un des initiateurs de l'ordonnance du 2 mai 2005.

responsabilité et des projets de service qui doivent permettre selon ladite circulaire : « *de mettre en évidence des valeurs essentielles du service, clarifier ces missions, fédérer les imaginations et les énergies autour de quelques ambitions ...* »⁷.

L'un des axes prioritaires de ce renouveau passe par une modernisation des relations de travail et notamment par deux instruments prioritaires : une gestion plus dynamique du personnel (gestion prévisionnelle de l'emploi et des carrières, réflexion sur l'impact des nouvelles technologies, la formation initiale, ...) et un développement du dialogue social. La modernisation prend appui sur la mise en œuvre de projets de service dont l'objectif premier est de fédérer les ambitions au sein d'un même service et de rechercher la coopération de tous les agents afin d'offrir un meilleur service aux usagers [9].

La démarche par projet est au cœur de la réforme hospitalière. Elle s'inscrit à la croisée du projet d'entreprise et du courant de management « stratégique-marketing ». Le projet d'entreprise tente de prendre en considération les aspirations de chacun des membres et de les mobiliser. L'idée centrale, selon ses partisans, est de fédérer des forces antagonistes autour d'un projet commun, le projet d'établissement. Le management stratégique-marketing s'inscrit pleinement dans la perspective de l'hôpital-entreprise et prend appui sur des sociétés de conseils investissant dans les réseaux de responsables hospitaliers afin de leur proposer des schémas managériaux [10].

La loi oblige les hôpitaux à élaborer ce type de document. Le projet d'établissement est la pierre angulaire de la régulation de l'offre hospitalière. Il s'articule autour de quatre sous-projets : le projet médical, le projet de service ou de département, le projet de soins infirmiers et le projet social. Le premier doit être compatible avec les objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)⁸. Il est préparé par la CME avec le directeur. Le projet de service ou de département prévoit l'organisation générale de ces structures afin de développer la qualité et l'évaluation des soins. Il est préparé par le chef de service ou de département. Le projet de soins infirmiers est préparé par l'infirmier général et concerne l'accompagnement des malades. Enfin, le projet social rend cohérent l'ensemble.

2.2. LA REFORME DU 31 JUILLET 1991 ET SES CONSEQUENCES

La loi promulguée le 31 juillet 1991 couvre un champ relativement vaste de l'hospitalisation (2.2.1.), mais la greffe de dispositifs de gestion issus du secteur privé ne prendra pas (2.2.2.).

2.2.1. Une réforme profonde du système hospitalier

La loi redéfinit les missions de l'hôpital, propose une ouverture sur la médecine ambulatoire, notamment *via* les réseaux, harmonise les secteurs publics et privés et rénove la carte sanitaire. Mais, la loi s'inscrit plus particulièrement dans la perspective des mesures prises dans les années 1980, notamment en accordant une plus large autonomie aux établissements ainsi qu'une nouvelle organisation interne.

L'autonomisation des établissements hospitaliers constitue une des premières innovations de la loi de 1991. Cette solution a été préférée à la transformation en établissements publics

⁷ Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, Journal officiel, 24 février 1989

⁸ Le Schéma Régional d'Organisation sanitaire SROS est une innovation de la loi du 31 juillet 1991. C'est un outil de planification sanitaire, complétant la carte sanitaire, dont la fonction principale est de répartir dans l'espace les équipements qu'ils soient publics ou privés. Le SROS est défini par la DRASS pour une durée de cinq ans. Son contenu n'est pas obligatoire afin de laisser aux acteurs régionaux une plus grande latitude dans la définition des politiques. Si la mise en place des SROS a effectivement permis d'améliorer la carte sanitaire, les objectifs définis n'ont jamais été atteints faute de dynamique d'ensemble.

industriels et commerciaux, évoquée lors des débats à l'Assemblée nationale. Certains étaient favorables à une privatisation du statut juridique des établissements de soins, tout en gardant leur place au sein du service public. Cette solution devait permettre plus d'autonomie pour les établissements. Désormais, les établissements sont dotés d'un nouveau statut juridique : ils cessent d'être des établissements publics administratifs pour devenir des établissements publics de santé. Ils sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux et nationaux.

Dorénavant, le conseil d'administration est composé de six grandes catégories de membres avec voix délibérative. Ce sont : les représentants des collectivités locales (maire, conseiller municipaux, généraux, ...), les représentants des grands organismes de protection sociale, les représentants du corps médical hospitalier (dont de droit le président et le vice-président de la CME), le représentant de la commission du service de soins infirmiers, les représentants des personnels titulaires de l'hôpital et les personnalités compétentes nommées par le préfet. Certaines personnalités assistent au conseil avec voix uniquement consultative : le directeur de l'établissement (il ne peut voter et est le secrétaire de séance), le représentant du préfet, le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le médecin inspecteur départemental, un représentant des personnes accueillies en unités de soins longue durée [38].

Dans le domaine des attributions du conseil d'administration, la loi du 31 juillet 1991 s'inscrit dans la perspective de la loi du 31 décembre 1970 : la limitation des compétences. Désormais, le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et ne délibère plus que sur quelques points dont : le projet d'établissement, les programmes d'investissements, le budget et les modifications budgétaires, les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation, les emplois de praticiens à temps plein et à temps partiel. Le conseil d'administration doit également approuver le règlement intérieur, les décisions d'acquisition et d'aliénation d'immeuble.

Dans le même temps, la loi s'inscrit dans la perspective du décret du 11 août 1984 et des lois du 3 janvier 1984 et 24 juillet 1987 en impliquant d'avantages les praticiens dans la gestion de l'établissement. Le rôle des instances consultatives est renforcé. C'est notamment le cas de la commission médicale d'établissement. Elle prépare le projet médical avec le directeur en tenant compte de l'avis des chefs de service et de département et sur la base des projets de service et de départements. La commission médicale d'établissement est également consultée sur le projet d'établissement.

La loi propose également une nouvelle organisation des structures de soins. Celles-ci sont désormais appelées unités fonctionnelles et sont articulées autour de services ou de départements. Leurs responsables sont soit nommés par le ministre de la Santé après avis de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration (chefs de services), soit nommés par le conseil d'administration sur proposition des praticiens titulaires et après avis de la commission médicale d'établissement. D'autre part, la loi autorise les établissements à choisir librement la forme d'organisation (services ou départements). Elle leur permet également des fédérations (de services ou de départements) afin de réduire les coûts d'organisation.

Enfin, la loi entend moderniser le dialogue social au sein des établissements. Elle prévoit d'abord la création de conseils de service (ou de département). Elle crée également un comité technique d'établissement (CTE), qui remplace le comité paritaire, et dont les attributions sont diverses (avis consultatif sur le projet d'établissement, les programmes d'investissements de l'établissement, les actions de coopérations, ...). La répartition des sièges au sein du comité technique d'établissement est organisée autour de trois collèges. Dans le même ordre d'idée

une commission des soins infirmiers est créée, elle est consultée sur le projet des soins infirmiers et sur les projet d'établissement.

2.2.2. Des dispositifs de gestion au milieu du gué

La révolution managériale s'est souvent limitée au seul discours politique et à quelques revues spécialisées, mais dans les faits son application a été peu suivie [57]. Toutes les études menées du début des années 1980 à la fin des années 1990 ont insisté sur la confusion dans l'application des mesures. Alors que les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers universitaires (CHU) ont innové en la matière, les autres établissements sont restés plus méfiants face à l'approche managériale. Les directions hospitalières n'ont, la plupart du temps, entrepris aucune réflexion sur ces nouvelles méthodes de gestion.

Le découpage des établissements en centres de responsabilité est souvent resté lettre morte. D'autre part, les nouveaux outils promus par les réformes de 1983-1984 (tableaux de bord, comptabilité analytique, tableaux prévisionnels d'activités et de moyens, ...) n'ont connu qu'une faible diffusion. Le constat d'Yves Joncour est, à cet égard, sans appel : « *le slogan de l'hôpital-entreprise si convenu dans les cercles autorisés de la fin des années 1980, a filtré jusqu'aux hôpitaux de taille moyenne qui n'en ont cependant respecté ni l'esprit, ni la lettre ...* » [34]. La mise en œuvre de la réforme du 31 juillet 1991 n'a pas eu plus de succès. Les dispositions de la réforme ont été mises en œuvre dans une situation de « *relative indifférence* » [20]. Enfin, la mise en place d'instances de concertation nées dans la perspective de la démarche par projet n'a pas permis d'abolir les cloisonnements professionnels [68].

La révolution managériale n'a séduit ni les médecins, ni les personnels. Ces derniers sont restés assez indifférents au référentiel proposé au début des années 1990. Dans un grand nombre d'établissements, la rationalisation de l'activité s'est traduite par la mise en œuvre de techniques de management participatif. Celles-ci se manifestent d'un côté par la rationalisation des flux de patients, la standardisation des procédures de soins, mais également la mise en place de nouveaux types de chronomètres pour mesurer le travail et évaluer les personnels. De l'autre côté, les politiques font appel à l'initiative individuelle, l'autonomie, la polyvalence et la participation à la vie de l'établissement. Ce développement contradictoire a déjà été mis en évidence dans le secteur des services [15].

La démarche par projet s'appuie sur l'encadrement afin de favoriser l'entente entre les différents métiers à l'hôpital. Les personnels sont sollicités pour donner leurs avis sur des thèmes assez variés. Or, cette technique a généré de grandes déceptions. Bon nombre de personnes estiment avoir été trompées en fournissant des informations. D'autres ont le sentiment de ne pas avoir été écoutées. Les déplacements successifs, de service en service, sans aucune possibilité d'évolution de carrière renforcent cette impression [16]. L'expérimentation de techniques de rationalisation de l'activité des centres hospitaliers a favorisé le développement d'une évaluation des personnels (chronométrage). Cette transformation organisationnelle a généré de nombreuses formes de contestation. Malgré, ce constat peu favorable, les pouvoirs publics ont continué dans cette voie.

2.3. LA POURSUITE DU BRICOLAGE INSTITUTIONNEL (2005-2009)

Depuis le début des années 2000, le concept de gouvernance tend de plus en plus à s'appliquer aux établissements hospitaliers [17]. La réforme de l'organisation interne des établissements hospitaliers, proposée par l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi du 22 juillet 2009 dite loi hôpital, patients, santé, territoire (HPST) s'inscrit pleinement dans le thème de la *corporate governance*. Mais, dans les faits, la logique réformatrice entend favoriser la mise en

place de structures de contre-pouvoir tout en renforçant le pouvoir de la direction. La gouvernance hospitalière prend donc une forme assez particulière où le renforcement des pouvoirs de la direction cohabite assez mal avec la participation du corps médical à la gestion de l'établissement.

Les deux réformes de 2005 et 2009 ont accéléré la perte de pouvoir du Conseil d'administration (2.3.1.) tout en renforçant le pouvoir du directeur assisté d'une nouvelle structure dont le rôle est confus (2.3.2.).

2.3.1. La perte de pouvoir du Conseil d'administration

Le concept de *corporate governance*, imparfaitement traduit par gouvernement de l'entreprise [7], est relativement ancien dans la littérature économique, mais il a été réactivé par différentes affaires touchant de grandes entreprises. Il correspond, à l'origine, aux seules relations entre les dirigeants et les actionnaires, mais recouvre aujourd'hui toutes les questions liées à la répartition des pouvoirs dans l'entreprise. Dans le domaine hospitalier, la nouvelle gouvernance repose également sur une reconfiguration des rapports de pouvoirs.

Les rapports de préfiguration de la réforme de 2005 ont ouvert la voie dans ce domaine. Le conseil d'administration doit désormais, dans l'esprit des partisans de la réforme, retrouver un seul rôle, notamment de validation des choix stratégiques. Ce renouveau passe nécessairement par une formation accrue des administrateurs, seule garante d'une réelle autonomie [14]. Dans cette perspective, René Couanau propose de redonner un sens au concept de conseil d'administration afin que ce dernier administre réellement [12]. Une solution envisagée serait de lui confier le recrutement et l'évaluation des directeurs et des praticiens, comme dans le modèle anglais des *foundation trusts*.

La revalorisation du rôle du conseil d'administration passe également par une transformation de sa composition. La mission sur la modernisation des statuts propose déjà en 2003 de simplifier l'organisation du conseil autour de trois collèges : les représentants des élus (tenant compte de l'intercommunalité), les professionnels issus de la commission médicale d'établissement (CME) et du Comité technique d'établissement (CTE) et enfin, la représentation des usagers et les personnalités qualifiées. L'objectif affiché est d'élargir la composition tout en évitant le retour des financeurs (État et caisses d'assurance maladie) afin d'améliorer les relations avec la tutelle.

La question de la présidence du conseil d'administration reste centrale dans les débats sur l'hôpital. La mission sur la modernisation des statuts reste assez vague sur cette question puisqu'elle se limite à proposer que le président soit élu parmi les membres du conseil (ce qui est déjà précisé par l'ordonnance du 24 avril 1996). René Couanau est plus radical encore puisqu'il pense que le président ne doit pas être forcément un élu local, mais un président de conseil régional ou une personnalité qualifiée⁹. Mais, la volonté de revalorisation du conseil d'administration exprimée dans les deux rapports est restée lettre morte dans l'ordonnance du 2 mai 2005. Certes, le Conseil d'administration voit certaines de ses compétences élargies (mise en œuvre d'une politique d'amélioration de la qualité, définition des contrats passés avec les responsables de pôles, politique de contractualisation interne, ...). Mais, il ne dispose toujours pas de pouvoirs suffisants notamment en matière de responsabilité financière, de pilotage et de contrôle des établissements [45].

⁹ Cette proposition revient de façon récurrente dans le débat sur l'organisation du système de soins. Un ancien ministre de la Santé, aujourd'hui directeur de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France, se demandait déjà après la mise en œuvre du plan Juppé, si le statut municipal des établissements de soins se justifiait encore dans la mesure où l'hôpital n'était plus un lieu municipal de bienfaisance, mais plutôt un centre technique fournissant des services de soins [21].

Avec l'ordonnance du 2 mai 2005, le Conseil d'administration dispose d'une mission exclusivement centrée sur la définition de la stratégie de l'établissement et l'évaluation de la politique. Il voit ses missions de contrôle renforcées. Désormais, il ne délibère plus que sur quatorze points, contre dix-huit précédemment (le projet d'établissement, les contrats d'objectifs et de moyens, la politique d'amélioration de la qualité, la politique de contractualisation interne, la politique sociale, ...). Il perd certaines de ses compétences au profit du directeur de l'établissement (mise en œuvre de la politique de réseau, compétences sur les actions judiciaires, ...).

La loi 22 juillet 2009 couronne un long mouvement de dévalorisation du conseil d'administration. Elle le remplace par une nouvelle structure, le conseil de surveillance, dont les compétences sont recentrées sur la définition stratégique et sur le contrôle comme le suggère le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital [39]. Désormais, le conseil de surveillance ne délibère plus que sur six points (article 5), contre quatorze dans l'ordonnance de 2005. Enfin, le projet propose de faire élire le président du conseil de surveillance parmi les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées.

2.3.2. Le renouvellement des pouvoirs de direction

La nouvelle gouvernance prend appui sur de nouvelles instances assises sur une contractualisation interne. La mission sur la modernisation des statuts propose dès 2003 de créer une nouvelle structure chargée de la conduite de l'hôpital¹⁰ et « *assurée par un exécutif fort associant l'administration et le corps médical au sein d'un comité stratégique* ». Ce comité aurait pour fonction « *de faire comprendre les enjeux et mettre en phase les responsables et les personnels pour atteindre les objectifs tournés vers la satisfaction des patients* » [14]. Il élabore le projet stratégique, gère les ressources dans le cadre du projet financier, gère les risques, met en place et coordonne les pôles. L'objectif initial est de mettre en œuvre une instance spécifiquement médico-administrative. Elle serait composée du directeur général, du président de la CME, du doyen pour les centres hospitaliers et universitaires (CHU) et des responsables de pôles.

Le législateur a suivi les conseils de la commission. L'ordonnance du 2 mai 2005 crée un conseil exécutif dans les établissements autres que les hôpitaux locaux. Présidé par le directeur, il associe à parité des membres de l'équipe de direction, le président de la commission médicale d'établissement (CME), des praticiens nommés par la CME, dont la moitié au moins sont responsables de pôles et dans les centres hospitaliers et universitaires (CHU), le directeur de l'UFR de médecine. La question du nombre de personnes et de leur répartition a été au cœur des débats précédant la promulgation de l'ordonnance. Le décret du 10 mai 2005 fixe la composition du conseil exécutif dans chaque établissement. Le nombre de membres est fixé conjointement par le directeur et le président du conseil d'administration. Il est au maximum de seize dans les CHU et de douze dans les hôpitaux autres que les CHU.

Cette instance s'inscrit dans les objectifs de la gouvernance, notamment en associant les praticiens à la gestion de l'hôpital (pilotage médico-administratif de l'établissement). Le conseil exécutif participe à la définition de la politique générale de l'établissement et est chargé de l'élaboration de plusieurs projets (contrats d'objectifs et de moyens avec l'ARH, projet d'établissement, contractualisation interne, nomination des responsables de pôle, ...).

¹⁰ Cette structure a changé plusieurs fois de nom au cours de l'élaboration du projet Hôpital 2007 (comité exécutif, comité stratégique, conseil de politique générale, ...). Une étude sur la mise en place anticipée de la nouvelle gouvernance hospitalière a mis en évidence l'incohérence de la formule de conseil exécutif et l'antinomie entre ces deux termes.

Néanmoins, la création de cette instance nouvelle suscite à l'époque quelques interrogations. La question importante porte sur la nature du conseil exécutif ? Ce n'est pas un organe consultatif au même titre que la commission médicale d'établissement (CME) ou le comité technique d'établissement (CTE). Mais, ce n'est pas non plus une instance de décision. Son seul rôle serait-il de produire principalement de la légitimité [67] ?

Le projet de loi HPST s'est, lors de sa discussion, inscrit sur le thème du pilotage, dans la perspective des travaux précédents. Il entend rénover en profondeur le mode de prise de décision : « *Le pilotage des hôpitaux publics doit être facilité par le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement : président du directoire, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé* »¹¹. Les attributions de la direction sont donc renforcées (prévision de recettes et de dépenses, ...). L'exposé des motifs souligne à ce propos, la clarification de la chaîne de responsabilités, notamment du directeur de l'établissement qui devient le président du directoire et du président de la commission médicale d'établissement (CME) qui devient vice-président du directoire.

La loi du 22 juillet 2009 remplace ainsi le conseil exécutif par le directoire. Ce dernier est doté de réels pouvoirs exécutifs et de compétences plus larges en matières de gestion. Son vice-président élabore avec le président, l'équipe de direction et la CME, le projet médical qui doit tenir compte des objectifs fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de santé (ARS). L'application du projet médical est du ressort du chef de pôle qui bénéficie en outre d'une délégation de gestion élargie, précisée d'ailleurs dans le contrat qu'il signe avec le président du directoire.

Il convient toutefois de relativiser la volonté réformatrice de la loi en matière de gouvernance. En effet, l'article L. 6143-7-5 du code de santé publique précise dorénavant que les membres du directoire sont nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur. Les membres issus du corps médical sont nommés sur une liste proposée par le président de la CME. En cas de désaccord prolongé sur ces nominations, le directeur nomme les membres de son choix. La première formulation de cet article dans le projet de loi était beaucoup moins favorable au directeur d'établissement.

Conclusion

On ne peut pas comprendre les débats en cours, sans un détour historique permettant de mettre en lumière les contraintes de sentier. À la fin de la Révolution, la loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) confie la gestion des établissements hospitaliers à une commission administrative composée de cinq citoyens résidant dans la commune qui élisent leur président (le maire) et nomment le secrétaire qui administre réellement l'hôpital [18]. Cette configuration reste inchangée jusqu'à la loi du 21 décembre 1941. Si celle-ci confirme le rôle central du maire, elle supprime le poste de secrétaire et le remplace par celui de directeur. Il représente le ministre de la Santé et bénéficie d'un pouvoir comptable et hiérarchique. La commission administrative commence à perdre du pouvoir au profit du ministre. Cette tendance va s'accroître avec les réformes suivantes.

Dès le milieu des années 1950 les pouvoirs publics, sous la pression de la Fédération hospitalière de France, s'interrogent sur la nécessité d'une nouvelle réforme. La période du début de la V^e République sera propice au changement. Le 11 décembre 1958, le ministre de la Santé, Bernard Chenot, promulgue une ordonnance qui accentue encore les pouvoirs ministériels (notamment en matière de coordination des équipements et de contrôle des programmes d'investissements, ...). L'ordonnance modifie également la composition de la

¹¹ Projet de loi n° 1210 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, exposé des motifs.

commission administrative au profit de la représentation des organismes de Sécurité sociale. Si le Maire de la commune reste le président de droit de ladite commission, son rôle tend à diminuer au profit de celui du directeur [19].

La loi du 31 décembre 1970, qui prendra le nom du ministre de la Santé Robert Boulin, limite considérablement les pouvoirs du conseil d'administration (qui remplace la commission administrative) qui ne fait plus que délibérer sur les grandes orientations de l'établissement). L'essentiel du pouvoir administratif est aux mains de l'équipe de direction et notamment du directeur qui est désormais nommé par le ministre pour qu'il ait un rôle de courroie de transmission. L'hôpital devient un service déconcentré de l'État. Les réformes suivantes (loi du 31 juillet 1991, les ordonnances de 24 avril 1996 et du 2 mai 2005 et la loi du 22 juillet 2009) ont accentué encore la perte de pouvoirs du conseil d'administration et ont couronné la prise de pouvoir du directeur.

La dernière loi couronne ce long processus de prise de pouvoir du directeur. Mais, la gouvernance qui se profile à l'hôpital ne serait qu'une version édulcorée de la *corporate governance*, où le directoire risque de devenir la chambre d'enregistrement des décisions du directeur. Dans le même ordre d'idée, le conseil de surveillance ne pourra servir de contre-pouvoir. Sur ce point, la loi va beaucoup moins loin qu'en Grande-Bretagne. Le *health act* de 1999 prend appui sur le concept de propriété sociale (*social ownership*) et entend donner plus d'autonomie et de liberté aux hôpitaux. Le pouvoir a été effectivement déconcentré du niveau central vers le niveau local. Les *trusts hospitals* ont été transformés en *foundation trusts*. Cette mesure s'est principalement inspirée du modèle espagnol et notamment de la *fundación Alarcón*. Dorénavant, le directeur et les responsables médicaux de ces structures fixent librement leurs objectifs de résultats. Mais, leurs décisions sont soumises au contrôle du conseil d'établissement (*board of governors*). Celui-ci est composé pour moitié de représentants des salariés ou de la population locale. La seconde moitié est composée de représentants des organisations partenaires (autorités locales, universités, ...). Le rôle du conseil d'établissement est de contrôler et de surveiller les orientations prises et leur conformité avec la licence d'exploitation [45].

Le conseil d'établissement élit son président (*chairman*) et une partie des membres du conseil d'administration (*management board*). Cette dernière structure comprend en outre le directeur général, le directeur financier et deux directeurs adjoints tous recrutés par le président du conseil d'établissement (qui est également président du conseil d'administration). Cet organe est responsable de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement. Il approuve les grandes orientations stratégiques de l'établissement et exerce un contrôle sur les performances, la qualité des soins et les résultats financiers de l'établissement.

La gouvernance hospitalière serait-elle donc une gouvernance Canada dry ?¹² Comment expliquer la timidité du législateur sur cette question ? La diffusion du modèle de l'agence est partiellement responsable de cette contradiction. Cette approche théorique a été développée au sein de grandes institutions (comme le Commissariat général du Plan) par des économistes néo-classiques [62]. Mais, le modèle a été traduit auprès des politiques par un petit groupe de haut fonctionnaires formés dans les grands corps spécialisés (cinquième chambre de la Cour des comptes, Inspection Générale des Affaires Sociales, ...). Cette élite du *Welfare* [26] a assuré l'intermédiation entre le monde académique et le monde politique. Le processus

¹² Nous faisons ici une allusion à un article de Jean de Kervasdoué sur les dispositifs de gestion mis en œuvre dans les années 1980 et 1990 qui, pour renvoyer à une publicité célèbre pour un soda, ont la couleur, l'odeur et le goût de la gestion sans en être [37].

décisionnel en la matière a fait l'objet d'une retraduction afin de le rendre accessible aux acteurs de la santé [46 ; 55]. Le référentiel participatif a ainsi été parasité.

Bibliographie

- [1] ARLIAUD M. (1987): *Les médecins*, Paris, La Découverte, 1987.
- [2] BÉJEAN S. (1994): *Economie du système de santé. Du marché à l'organisation*, Paris, Economica, 1994.
- [3] BÉJEAN S. et GADREAU M. (1992): « Asymétrie d'information et régulation en médecine ambulatoire », *Revue d'économie politique*, vol. 102, n° 2, 1992, pp. 207-227.
- [4] BENAMOUZIG D. (2005): *La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie en France*, Paris, Puf, 2005.
- [5] BROUSSEAU É. (1993): « La théorie des contrats : une revue », *Revue d'économie politique*, vol. 103, n° 1, 1993, pp. 1-82.
- [6] CATRICE-LOREY A. et L'HUILLIER M.-C. (1992): « Construction des politiques de régulation du secteur hospitalier », *Politiques et management public*, vol. 10, n° 2, 1992, pp. 132-183.
- [7] CHARREAUX G. (1997): « Gouvernement de l'entreprise », in SIMON Y. et JOFFRE P. (Eds), *Encyclopédie de gestion*, Paris, Économica, 1997, pp. 1652-1662.
- [8] CHARREAUX G. (1987): « La théorie positive de l'agence : Une synthèse de la littérature », in CHARREAUX G., COURET A., JOFFRE P., KENIG G. et MONTMORILLON (DE) B. (Eds), *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise*, Paris, Economica, 1987, pp. 19-55.
- [9] CHATY L. (1997): *L'administration face au management. Projets de service et centres de responsabilité dans l'administration française*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- [10] CLAVERANNE J.-P. (1996): « Le management par projet à l'hôpital », *Revue française de gestion*, n° 109, 1996, pp. 103-113.
- [11] CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. et PIOVESAN D. (2009): « La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins », in BRAS P.-L., POUVOURVILLE (DE) G. et TABUTEAU D. (Eds), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po, 2009.
- [12] COUANAU R. (2003): *Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital (n° 714)*, Paris, Assemblée nationale, 2003.
- [13] CYERT R. M. et MARCH J. (1970): *Processus de décision dans l'entreprise*, Paris, Dunod, 1970.
- [14] DEBROSSE D., PERRIN A. et VALLANCIEN G. (2003): *Rapport de la mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public*, Paris, ministère de la Santé, 2003.
- [15] DEMAILLY L. (1998): « La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels », *Travail et emploi*, n° 76, 1998, pp. 3-24.
- [16] DEMBISKI O. (2000): « L'innovation à l'hôpital est-elle possible ? Le cas des démarches participatives de l'encadrement soignant », in CRESSON G. et SCHWEYER F.-X. (Eds), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2000, pp. 47-57.
- [17] DOMIN J.-P. (2006): « La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise », *Gestions hospitalières*, n° 452, 2006, pp. 24-28.
- [18] DOMIN J.-P. (2008): *Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier. Tome I (1803-1945)*, Paris, CHSS/La Documentation française, 2008.
- [19] DOMIN J.-P. (à paraître): *Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier. Tome II (1945-2009)*, Paris, CHSS, La Documentation française, à paraître.

- [20] ESPER C. (1994): *Rapport au ministre en charge de la santé. Propositions d'expérimentation pour l'hôpital public*, Paris, ministère de la Santé, 1994.
- [21] ÉVIN C. (1996): « Quelques réflexions à propos du chapitre santé du plan Juppé », *Droit social*, n° 3, 1996, pp. 301-303.
- [22] FERMON B. (1991): *Application de la théorie de l'agence à l'analyse de la production de soins, thèse de sciences économiques*, Paris, Université Paris-Dauphine, 1991.
- [23] GALLEMAND F. (1996): « La politique rocardienne de modernisation administrative », in *La gouvernabilité*, Paris, Puf, 1996, pp. 227-246.
- [24] GALLOIS P. et TAÏB A. (1981): *De l'organisation du système de soins. Rapport au Premier ministre*, Paris, La Documentation française, 1981.
- [25] GAUTIER D. et RODRIGUES J.-M. (1979): « La maîtrise des coûts dans le système hospitalier : une réforme du financement et ses implications médicales », *Gestions hospitalières*, n° 191, 1979, pp. 1021-1028.
- [26] GENIEYS W. (2005): « La constitution d'une élite du Welfare dans la France des années 1990 », *Sociologie du travail*, vol. 47, n° 2, 2005, pp. 205-222.
- [27] GREFFE X. (1981): *Analyse économique de la bureaucratie*, Paris, Economica, 1981.
- [28] GROVES T. (1973): « Incentives in teams », *Econometrica*, vol. 41, n° 4, 1973, pp. 617-631.
- [29] HARDY V., TOWHILL B. et WOLF A. (1990): « La responsabilisation comme stratégie de modernisation », *Politiques et management public*, vol. 8, n° 3, 1990, pp. 87-123.
- [30] HARRIS J. E. (1977): « The internal organization of hospital : some economic applications », *Bell Journal of Economics*, vol. 8, n° 2, 1977, pp. 467-482.
- [31] HORELLOU-LAFARGE C., JONCOUR Y. et LAFARGE H. (1990): « Évaluation de la mise en œuvre des réformes hospitalières : budget global et départementalisation », *Gestions hospitalières*, n° 294, 1990, pp. 223-250.
- [32] HUARD P. (1977): « L'hôpital comme organisation formelle », *Techniques hospitalières*, n° 377, 1977, pp. 47-54.
- [33] JENSEN M. C. et MECKLING W. H. (1976): « Theory of the firm : managerial behavior. Agency cost and ownership structure », *Journal of financial economics*, vol. 3, n° 4, 1976, pp. 305-360.
- [34] JONCOUR Y. (1996): « Évolution budgétaire et financière des établissements hospitaliers », in CONTANDRIOPOULOS A. P. et SOUTEYRAND Y. (Eds), *L'hôpital stratège, dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey Eurotext, 1996, pp. 65-82.
- [35] JONCOUR Y. (1987): « La régulation du service public hospitalier : une greffe des techniques du management privé ? », *Politiques et management public*, vol. 5, n° 3, 1987, pp. 117-132.
- [36] KERVASDOUÉ (DE) J. (1987): « Directeur d'administration centrale. Gestionnaire, tampon ou bouc émissaire ? », *Revue française d'administration publique*, n° 43, 1987, pp. 517-522.
- [37] KERVASDOUÉ (DE) J. (1996): « Réforme hospitalière : la gestion canada dry ? », *Revue française de gestion*, n° 109, 1996, pp. 100-102.
- [38] LACHÈZE-PASQUET P. et STINGRE D. (1994): *L'administration de l'hôpital*, Paris, Éditions Berger-Levrault, 1994.
- [39] LARCHER G. (2008): *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, Paris, Ministère de la Santé, 2008.
- [40] LAUNOIS R. (1981): « La théorie de la bureaucratie à l'hôpital », in DESCHAMPS J.-P. (Ed), *Conceptions, mesures et actions en santé publique*, Paris, Éditions de l'INSERM, 1981, pp. 625-652.
- [41] LEE M. L. (1971): « A conspicuous production theory of hospital behavior », *Southern economic journal*, vol. 38, n° 1, 1971, pp. 45-58.

- [42] LEIBENSTEIN H. (1976): *Beyond economic man*, Cambridge, Harvard University Press, 1976.
- [43] LÉVY É. (1976): « L'hôpital est-il une entreprise ? », *Revue française de gestion*, n° 4, 1976, pp. 9-24.
- [44] MOISDON J.-C. (1997): « Les contrats dans le nouveau système hospitalier : naissance d'une instrumentation », *Droit social*, n° 9-10, 1997, pp. 872-876.
- [45] MORDELET P. (2006): *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2006.
- [46] MOSSÉ P. et PIERRU F. (2002): « Entre savoirs économiques et décisions politiques : les restructurations hospitalières », in BÉJEAN S. et PEYRON C. (Eds), *Santé, règles et rationalités*, Paris, Économica, 2002, pp. 235-268.
- [47] MOUGEOT M. (1993): « Concurrence et incitations dans le système hospitalier », *Revue française d'économie*, vol. 8, n° 2, 1993, pp. 109-131.
- [48] MOUGEOT M. (1986): *Le système de santé, centralisation ou décentralisation ?*, Paris, Économica, 1986.
- [49] MOUGEOT M. (1986): « Régulation des dépenses de santé et décentralisation des décisions », *Revue d'économie politique*, vol. 96, n° 4, 1986, pp. 359-383.
- [50] MULLER P. (2003): *Les politiques publiques*, Paris, Puf, 2003.
- [51] NEWHOUSE J. P. (1970): « Toward a theory of non profit institutions. An economic model of an hospital », *American economic review*, vol. 60, n° 1, 1970, pp. 64-74.
- [52] NISKANEN W. A. (1971): *Bureaucracy and representative government*, Chicago, Adline Atherton, 1971.
- [53] PALIER B. et BONOLI G. (1999): « Phénomènes de path dependence et réforme des systèmes de protection sociale », *Revue française de science politique*, vol. 49, n° 3, 1999, pp. 399-420.
- [54] PEIGNÉ F. (1991): *Notre système hospitalier et son avenir*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 1991.
- [55] PIERRU F. (2005): *Genèse et usages d'un problème public : la crise du système de santé (1980-2004). Thèse de science politique*, Amiens, Université de Picardie-Jules Verne, 2005.
- [56] PIERRU F. (2007): *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2007.
- [57] PIERRU F. (1999): « L'hôpital entreprise. Une *Self-fulfilling prophecy* avortée », *Politix*, n° 46, 1999, pp. 7-47.
- [58] PIERSON P. (2000): « Increasing returns, path dependence and the study of politics », *American political science review*, vol. 94, n° 2, 2000, pp. 251-267.
- [59] POUVOURVILLE (DE) G. et CABRIDAIN M.-O. (1982): « La départementalisation de l'hôpital public : enjeux et difficultés d'une réforme », *Gestions hospitalières*, n° 215, 1982, pp. 315-321.
- [60] RICE R. G. (1966): « Analysis of the hospital as an economic organism », *Modern hospital*, vol. 106, n° 4, 1966, pp. 87-91.
- [61] ROSS S.-A. (1973): « The economic theory of agency : the principal's problem », *American economic review*, vol. 63, n° 2, 1973, pp. 134-139.
- [62] SERRÉ M. (2002): « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformation de l'action publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, 2002, pp. 68-79.
- [63] SIMON H. A. (1979): « Rational decision making in business organizations », *American economic review*, vol. 69, n° 4, 1979, pp. 493-513.
- [64] STEUDLER F. (1984): « Le département hospitalier », *Journal d'économie médicale*, vol. 2, n° 1, 1984, pp. 7-32.

- [65] TABUTEAU D. (2009): « Crises et réformes », *Sève*, n° 22, 2009, pp. 19-40.
- [66] TABUTEAU D. (2006): *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Paris, Ophrys 2006.
- [67] TANGUY H. (2004): « Anticiper, anticiper, il en restera toujours quelquechose... », *Gestions hospitalières*, n° 439, 2004, pp. 607-610.
- [68] TAVERNIER N. (1994): *La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux*, Paris, ministère de la Santé, 1994.
- [69] VICKREY W. (1961): « Counterspeculation, auction and competitive sealed tenders », *Journal of Finance*, vol. 16, n° 1, 1961, pp. 8-37.
- [70] WEITZMAN M. L. (1980): « The ratchet principle and performance incentives », *Bell Journal of Economics*, vol. 11, n° 1, 1980, pp. 302-308.