

Changement de structure de régulation et performance du mandat : examen des enjeux à travers la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation

Jean-Louis DENIS

Université de Montréal

Annick VALETTE

Université de Grenoble 2

Correspondance :

UFR DGES - Université Pierre Mendès-France
BP 47
38040 Grenoble Cedex 9
Tel. : 04.76.82.59.40
E-mail : annick.valette@upmf-grenoble.fr

Résumé : Les régulateurs publics cherchent à recomposer l'offre de soins. Les structures de régulation en place, caractérisées par une centralisation et une différenciation ont été jugées inadaptées pour conduire une telle politique. De nouvelles institutions ont été créées, les Agences Régionales de l'Hospitalisation correspondant à un mouvement de décentralisation et d'intégration du dispositif de régulation. Ce cas nous offre une opportunité pour examiner à l'aide d'une approche normative de la théorie de l'Agence, les déplacements des problèmes de régulation induits par les changements de structure « du mandant ».

Mots clés : régulation – mandat – structure – gestion publique

Abstract : Public managers in France aim to bring changes in the health care system. Current structures of regulating agencies are characterized by centralisation and differentiation and seem to be inadequate to implement changes. The new regulatory agencies, the Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), are based on the principles of decentralisation and integration. The creation of the ARH provides an opportunity to analyze, using the framework of agency theory, the impact of a new institution on the dynamics of regulation in the health care system.

Key words : regulation – mandate – structure – public management.

Les Pouvoirs publics se sont engagés depuis le début des années 90 dans une politique de restructuration des établissements de soins (coopération, fusion, suppression de service...). On en attend une meilleure réponse aux besoins de la population ainsi qu'une meilleure maîtrise des dépenses.

Du point de vue du régulateur, la conduite de cette politique se fait dans un contexte que l'on peut caractériser en quatre points :

- Il dispose d'une information limitée qui le place en situation d'asymétrie d'information. La disponibilité de l'information sur les besoins de la population, sur l'offre existante, sur l'activité des établissements, sur les coûts de production des soins est encore aujourd'hui peu développée.

- Les jeux d'acteurs avec lesquels il doit composer sont complexes. Un établissement de soins est à la fois un producteur de soins pour les usagers, un outil de travail pour les médecins, un employeur pour les habitants de la commune sur laquelle il est implanté, un centre de coût pour les cotisants et un symbole fort de sa politique pour l' élu local. Les intérêts sont donc multiples et les circuits de décisions complexes [M. Crozier, J.C. Thoenig 1975].

- Il cherche à agir sur des organisations professionnelles qualifiées parfois d'organisations fondées sur la connaissance [F. Blacker 1995]. L'expertise est distribuée entre plusieurs professionnels fortement autonomes. La connaissance ne peut pas être totalement formalisée par l'organisation. Ceci vient renforcer les deux caractéristiques précédemment énoncées, d'asymétrie d'information et de pluralité des jeux d'acteurs.

- L'incertitude est grande. Cette incertitude est liée à la pauvreté de l'information (par exemple sur les besoins), aux caractéristiques de la science médicale (quelle est la bonne prise en charge d'une pathologie ?) mais elle est aussi au cœur de la gestion des services publics. En l'absence d'un indicateur unique de performance (par exemple le profit), les objectifs à poursuivre sont incertains, soumis à des arbitrages sur lesquels la société ne s'est pas forcément prononcée : arbitrage entre coût et niveau d'équipement disponible, entre niveau d'équipement et proximité des équipements par exemple.

Par ailleurs, le champ de mise en œuvre de cette politique est dual. L'offre de soins est assurée en France par des établissements publics et des établissements privés. Ceux-ci ne sont pas soumis à la même tutelle (État pour le public, Assurance Maladie pour le privé), ils n'ont pas les mêmes objectifs (service public pour l'un, profit pour l'autre), ne sont pas financés selon les mêmes mécanismes (budget global pour le public indépendamment du niveau d'activité, proportionnel à l'activité pour le privé par l'intermédiaire des prix de journée). Ils ont toutefois la même fonction, offrir des soins à la population et sont tous deux financés par l'Assurance Maladie, soumise à la pression de maîtrise des dépenses.

Étant donné les caractéristiques de l'environnement, la structure du dispositif de régulation en place jusqu'au milieu des années 90 a été jugée inadaptée pour conduire la politique de restructuration des établissements. Cette structure se caractérise par une grande centralisation, « les décisions se prennent à Paris », et par une différenciation (les organisations qui gèrent le secteur public sont différentes de celles qui gèrent le secteur privé, les organisations qui font la planification ne sont pas celles qui allouent les ressources). Il a donc été choisi de modifier le « *design* organisationnel » du dispositif de pilotage et plus spécifiquement de le décentraliser et de l'intégrer. Pour ce faire, une nouvelle organisation a été créée, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Les attentes à l'égard de cette nouvelle organisation sont fortes. Celle-ci doit piloter la restructuration des établissements sous contrainte forte de maîtrise des dépenses. La question posée est donc la suivante : la structure du nouveau dispositif de pilotage est-elle plus efficace (que l'ancienne) pour conduire cette politique ? Nous n'entendons pas traiter la réponse à cette question sur un mode évaluatif. Les Agences sont de création récente et il ne nous est pas permis d'évaluer leurs actions. Nous nous proposons, en revanche, de conduire une réflexion théorique autour de cette question en nous appuyant sur deux hypothèses :

- Tout choix structurel est porteur de forces et de faiblesses. Transformer l'agencement d'une organisation conduit, bien souvent, à déplacer les problèmes de gestion. La reconception du dispositif de pilotage est potentiellement porteuse d'amélioration de la performance du système en même temps qu'elle en dévoile des lacunes. C'est le déplace-

ment des problèmes avec la modification de la structure du dispositif de pilotage que nous souhaiterions analyser ici, plus que l'efficacité comparée des dispositifs.

- Ce qui nous semble caractéristique de la situation étudiée est la relation de délégation entre un régulateur qui fixe des objectifs de restructuration (même fortement négociés) et des établissements sur lesquels repose la mise en œuvre. Cette relation de délégation joue un rôle critique dans la performance de la régulation

C'est pourquoi, nous avons choisi de mobiliser une approche par la théorie de l'Agence qui aborde l'action collective sous l'angle de la délégation entre un mandant et un mandataire, en nous focalisant sur la question de la formulation des mandats. Nous ne nous servons pas de cette approche pour expliquer la mise en œuvre politique. Des analyses alternatives seraient alors certainement plus efficaces. L'analyse stratégique telle que proposée par M. Crozier, E. Friedberg [1977, 1995], les approches institutionnelles comme celles menées par W.R. Scott [1983] ou L.G. Zucker [1987], ont fait leur preuve dans le secteur de la santé. Nous utilisons la théorie de l'Agence d'un point de vue plus normatif pour nous aider à penser ce qu'est un bon mandat dans le contexte qui nous intéresse. Cette théorie a le mérite de travailler avec deux des caractéristiques de l'environnement du régulateur : l'asymétrie d'information et de connaissance et le non-alignement des objectifs des parties-prenantes. Nous allons donc :

- (1) Discuter de la question de la performance de la régulation à partir d'une approche par les mandats émis dans une relation de délégation.

- (2) Regarder en quoi les transformations structurelles induites par la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation transforment les conditions d'émission du mandat du régulateur et par-là même soulèvent de nouveaux enjeux de régulation.

Notre réflexion s'appuie sur une étude fine des Agences Régionales de l'Hospitalisation lors de leur mise en place¹. Cette étude est complétée par d'autres observations menées au Québec, sur des structures présentant les mêmes caractéristiques, fonctionnant depuis plus long-

temps et pour lesquelles on dispose donc d'un certain recul. La richesse et la complexité des matériaux recueillis ne sont pas présentées ici. Ces observations ne sont utilisées que pour illustrer des propos dont la portée se veut plus générale.

1. Performance du dispositif de régulation : une entrée par la formulation des mandats

Les relations entre un régulateur chargé de restructurer l'offre de soins et des établissements supposés mettre en œuvre sa politique s'apparentent à des « relations d'agence » au sens de la théorie de l'Agence [B.M. Mitnick 1993, M. Barrow 1996]. Nous examinons ici la question de la performance de la régulation, en mobilisant la théorie de l'Agence.

1.1. Régulateur-établissement : une relation d'agence

La relation d'agence est une situation dans laquelle un principal (ou mandant) délègue une action à un agent (ou mandataire) en situation d'asymétrie d'information et de divergence d'objectifs. L'asymétrie d'information souligne le fait que le principal ne dispose pas de toutes les informations sur l'agent, en particulier sur ses caractéristiques (anti-sélection), et sur ses actions (aléa moral). Dans ces conditions, le mandataire, qui dispose par délégation d'une certaine autonomie de décision, peut faire preuve d'opportunisme et agir de manière à atteindre ses objectifs plutôt que ceux du mandant.

La relation régulateur-établissement peut être considérée comme une relation d'agence. Le régulateur est celui qui construit et anime le processus d'orientation des actions des établissements, en vue de répondre aux objectifs de la population, de soins et de dépenses. Si la présence d'un régulateur est nécessaire, c'est d'une part que l'activité de

¹ Ce travail est en cours et fait l'objet d'un contrat de recherche financé par l'INSERM.

soins a été déléguée à un tiers et que, d'autre part, ce tiers, doté d'une certaine autonomie, ne remplit pas de manière spontanée les objectifs collectifs.

La première hypothèse qui fonde la relation d'agence est la divergence des objectifs. Deux représentations de la relation établissement/régulateur peuvent entrer en concurrence. Les établissements, en particulier publics, peuvent être considérés comme des relais parfaits de la politique du Ministère, ne serait-ce que parce que leur directeur est un fonctionnaire. L'établissement pourrait alors répondre au modèle de l'intendant [J.H. Davis et *al.* 1997], valorisé par la bonne exécution des objectifs qui lui sont assignés. La représentation alternative, qui nous semble plus pertinente, est celle de l'agent dont les objectifs ne sont pas alignés sur ceux du régulateur. Dans cette conception, l'établissement n'est pas représenté par son directeur mais par un « groupe dirigeant » formé par une coalition d'acteurs que sont le directeur, les médecins, le président du Conseil d'administration (le maire de la commune). Leurs intérêts et projets ne sont pas forcément satisfaits par les orientations des autorités publiques. Ils peuvent être conduits à les combattre ou à les contourner. Des travaux [A.P. Contandriopoulos, Y. Souteyrand 1996], montrent en particulier les intérêts de croissance, de spécialisation, de technicisation de chaque hôpital indépendamment des établissements qui l'entourent et de la population qu'il dessert.

La seconde hypothèse est celle d'asymétrie d'information et de connaissance. Le régulateur ne connaît pas *a priori* les caractéristiques de l'établissement qu'il doit réguler. Formulé en d'autres termes, il connaît mal les compétences, les ressources disponibles, les coûts, la qualité des services rendus. Il ne sait pas répondre avec évidence à une question comme « peut-on baisser les dépenses dans cet établissement de x % sans remettre en cause la qualité des soins ? » Cette asymétrie d'information est à la fois contingente au système d'information mais aussi dépendante de la nature de l'activité de soins qui se prête mal à une connaissance *a priori*, indépendante du processus de mise en œuvre. Le régulateur ne connaît pas non plus l'effort fourni par l'établissement pour effectuer la mission qui lui est déléguée alors même que l'établissement peut avoir intérêt à ne pas prendre tous les moyens à

sa disposition pour satisfaire les objectifs du régulateur. Il n'a, par exemple, pas de réponse immédiate à la question, « l'établissement fait-il des efforts de coopération avec les établissements voisins ? ».

1.2. Les enjeux de contrôle

En théorie des organisations, la relation d'agence pose le problème du contrôle, c'est-à-dire du dispositif permettant d'identifier si la mission a été exécutée, ou des mécanismes d'actions favorisant cette exécution [W. Ouchi 1980, K.M. Eisenhardt 1985]. Les réformes engagées dans le système de santé sont souvent posées en termes de contrôle. Mettre en œuvre une politique, c'est s'assurer de l'alignement des actions des établissements avec les objectifs politiques. Se pose alors de manière récurrente la question suivante : Comment faire en sorte que la volonté d'exercer un contrôle sur des paramètres critiques du système ne détruise pas les capacités d'adaptation et d'innovation de ce système ?

De manière classique, le contrôle peut se faire sur/par les résultats et sur/par les moyens. Dans le premier cas, on privilégiera l'information sur l'effet des actions du mandataire et dans le second cas, celle sur le processus d'exécution et ses comportements. Dans la littérature, le premier renvoie à une organisation de marché, le second à une organisation bureaucratique.

K.M. Eisenhardt [1985] et W. Ouchi [1980] font dépendre le choix du mode de contrôle des caractéristiques de l'activité. Une activité programmable appelle un contrôle sur les moyens alors qu'une activité non programmable appelle un contrôle sur les résultats. L'archétype de ces activités est, par exemple, l'activité d'expertise. Dans ce dernier cas, si l'activité ne donne pas lieu à un résultat qui puisse être évalué, le contrôle peut se faire en amont, par la proximité des objectifs et des valeurs. W. Ouchi parle alors de contrôle clanique. Le contrôle des médecins correspond assez bien à cette troisième catégorie.

J. Girin [1995] creuse la problématique du contrôle en distinguant l'exécution de la mission et sa formulation. Certes, la nature de l'activité mise en œuvre dans l'exécution du mandat a une influence sur la forme de contrôle possible. Il existe des activités complexes (ou non pro-

programmables) et des activités simples (programmables). Mais pour lui, la formulation des mandats, activité autonome de l'exécution, détermine aussi les modes de contrôle. Ainsi, la formulation du mandat peut être claire ou confuse, c'est-à-dire fixer une mission appelant un résultat observable ou au contraire une mission n'appelant pas de résultat observable. « Réduisez les dépenses de 10 % » est dans ce sens un mandat clair. « Limiter les augmentations des dépenses est un mandat confus ». Il est difficile de voir si le mandat a été accompli ou pas et surtout de savoir *a posteriori* si tous les moyens ont été pris pour tenter d'accomplir le mandat. Un mandat clair appelle un contrôle des résultats, un mandat confus demande un contrôle des moyens mis en œuvre. Notons que dans les deux cas, l'activité prescrite est relativement simple. Les actions menées pour exécuter la mission peuvent être décrites avec précision. On peut illustrer de la même manière un mandat clair et un mandat confus appelant tous deux une action complexe. Ainsi « faites baisser la durée d'attente », est un mandat clair pour une activité complexe, « répondez aux besoins de la population », un mandat confus pour une activité complexe.

L'intérêt de cette approche nous semble-t-il est de replacer la formulation de la mission ou la fixation du mandat comme un élément variable de la relation. En théorie économique, le mandat se confond avec les préférences du mandant, elles-mêmes considérées comme des données exogènes. Il est donc donné. Les variables d'action sont alors les dispositifs d'incitation, de sanction, de supervision. La formulation de la mission est ici considérée comme un acte de gestion. C'est une constatation certes triviale pour un gestionnaire. Le management stratégique, la gestion des ressources humaines, le contrôle de gestion, se posent de manière récurrente le problème de la définition des objectifs. Ce qui nous semble original, c'est de replacer le problème de la définition des objectifs (ou mandats) dans le cadre de la relation d'agence et de la lier au problème du pilotage. La manière de « dire » le mandat et les modalités de contrôle sont liées. La formulation du mandat doit être adaptée au dispositif de contrôle existant et, en particulier, au système d'informations en place. Autrement dit, les modalités de contrôle doivent être transformées pour les rendre

vent être transformées pour les rendre cohérentes avec la manière dont sont formulées les missions fixées aux mandataires.

Il nous semble intéressant de poursuivre la piste ouverte par J. Girin sur la formulation du mandat pour creuser la question de la performance d'un dispositif de régulation. La régulation des soins consiste en grande partie en recueil, transformation, circulation, analyse de l'information. Elle nous invite à être attentifs au contenu de l'information échangée. Par ailleurs, la transformation latente du système vers une gestion par objectifs, fait de la formulation des mandats (aussi bien des Agences que des établissements), un enjeu important.

1.3. Quatre critères de performance d'un mandat

Nous faisons ici l'hypothèse que la formulation du mandat est un acte de régulation ou de pilotage, c'est-à-dire que la formulation du mandat structure les actions même si elle ne les détermine pas. Ceci se fait sous deux effets. D'une part, en situation d'incertitude, d'information limitée, d'autonomie d'action, le mandat donne une représentation partagée du système d'action et de la nature des interdépendances entre acteurs (cf. les travaux de J.P. Ponsard et H. Tanguy sur le rôle de la planification stratégique, 1993). D'autre part, les objectifs envoient des signaux sur les attentes et décisions à venir du régulateur autour desquels vont se développer les jeux des organisations. Nous postulons en effet que le régulateur n'est pas hypocrite [N. Brunson 1982], c'est-à-dire qu'il émet des mandats qu'il souhaite voir mis en œuvre, qu'il souhaite que soient articulés discours et action.

J. Girin [1995], à la suite de W. Ouchi [1980] et K.M. Eisenhardt [1985], aborde la performance à travers le contrôle. Un mandat efficace est avant tout un mandat dont la formulation est adaptée au dispositif de contrôle. Toutefois, lorsqu'elle est possible, l'émission d'un mandat clair est préférable à celle d'un mandat confus, puisqu'elle appelle directement un contrôle sur les résultats, *a priori* plus facile à mettre en œuvre qu'un suivi de l'exécution. Le souci d'efficacité se double ici d'un souci d'efficience. On rejoint alors la thèse de C. Riveline [1983], pour qui le

gestionnaire privilégie des paramètres de pilotage simples, si possibles numériques.

Une observation rapide des mandats implicites ou explicites pas-sés dans le système de santé, laisse à penser que les régulateurs ne formulent pas systématiquement des mandats clairs au sens de J.Girin [1995]. Il existe des obstacles à la formulation de mandats clairs qui rendent un peu plus complexe la question de la performance. Ceci nous semble en partie lié à l'environnement dans lequel est émis le mandat, environnement que nous avons caractérisé non seulement par l'asymétrie d'information, le non-alignement des objectifs (conformément aux hypothèses de la théorie de l'Agence) mais aussi par l'incertitude et l'importance de l'expertise. Trois critères additionnels nous semblent alors devoir être définis pour décliner la question de la performance.

Le premier de ces critères est la pertinence. Le mandant émis doit être pertinent, c'est-à-dire compatible avec la compétence du mandataire, avec sa capacité d'action « objective », alors même que le mandant a une connaissance imparfaite des caractéristiques du mandataire. Cette exigence est implicitement contenue dans la théorie de l'Agence (voir en particulier G. Charreaux 1999) mais elle n'a pas été traitée de front par les théoriciens des organisations. La capacité d'action du mandataire dépend de ses compétences internes, des ressources disponibles, du degré d'effort « raisonnable » qui n'entraîne pas une remise en cause de ses compétences (qui ne soit pas déstructurant). Demander à un établissement un trop gros effort budgétaire peut ainsi engendrer des désorganisations de l'établissement, des baisses de compétence du personnel (absence, départ, difficulté d'embauche), ou du matériel (usure, non-renouvellement...). La réduction de l'asymétrie d'information sur les compétences entre le régulateur et l'établissement peut passer par le développement de systèmes d'informations spécifiques (sur les coûts, l'accréditation, les audits budgétaires, les ratios de capacité...). Il existe toutefois des limites à la génération d'informations, qui sont des limites de coûts, des limites organisationnelles de traitement mais surtout de formalisation de l'expertise détenue par les professionnels. Un régulateur peut alors préférer émettre un mandat moins

« contrôlable » ou moins clair, mais générant moins de risque d'être non pertinent.

L'écriture des plans stratégiques (SROS) dans les différentes régions françaises nous semble à cet égard significative. Ils peuvent être assimilés à des formulations de mandats, puisqu'ils explicitent les attentes des tutelles en matière de réorganisation d'établissements et envoient des signaux sur les affectations de ressources qui devraient les accompagner. On peut noter des différences significatives selon les régions. Telle région privilégie la formulation de mandats clairs, tels que « l'hôpital H et la clinique C devront abandonner, l'une la chirurgie l'autre la médecine, et passer des accords de coopération ». Une autre préférera la formulation plus confuse, comme « des efforts de complémentarité devront être recherchés en médecine et chirurgie dans telle ville ». Les différences de formulation peuvent être expliquées par les niveaux d'information mais aussi par un arbitrage différent fait par le régulateur régional entre pertinence et contrôle. On observe dans certaines régions du Québec, une progressive remise en cause par les établissements, du Ministère et des tutelles régionales, provoquée par la répétition de mandats de réduction des dépenses qui finissent par être jugés non pertinents, c'est-à-dire non compatibles avec les capacités de changement des établissements.

Un mandat doit aussi être légitime, c'est-à-dire avoir du sens pour le mandataire. Les organisations professionnelles sont marquées par une tradition de forte autonomie, alors même que l'organisation est très dépendante des compétences de ces professionnels. La mobilisation de l'expertise requiert que le mandat n'entre pas en contradiction avec les principes et valeurs qui fondent l'activité du mandataire. Les systèmes d'incitations/sanctions, les procédures compris dans les mécanismes de contrôle ne suffisent pas à susciter la coopération des professionnels, si le mandat heurte la représentation qu'ils se font de leur mission et de la manière dont ils doivent l'exercer.

On a ainsi pu voir au Québec, des hôpitaux répondre aux objectifs de rationnement des ressources en fusionnant, supprimant de nombreux postes administratifs, modifiant les modalités de prises en charge, c'est-

à-dire en se transformant en profondeur et résister à la suppression d'une salle d'opération sur laquelle était fondée leur identité.

La recherche de légitimité peut, elle aussi, conduire à émettre des mandats plus confus donc moins contrôlables. L'écriture des plans régionaux peut à nouveau servir d'exemple. « Il faut augmenter la sécurité de la prise en charge des grossesses dans tel secteur sanitaire (et donc implicitement fermer des services pour concentrer les ressources) » est plus légitime mais moins « contrôlable », car plus confus, que « il faut supprimer ce service de maternité ». Ici aussi, la formulation du mandat va dépendre du niveau d'information disponible sur les valeurs et de l'arbitrage fait, à un moment donné, entre les risques de non-contrôle et de non-légitimité.

La pertinence et la légitimité répondent au souci d'efficacité. Le mandat a d'autant plus de chances d'être rempli, qu'il est compatible avec la capacité d'action et les valeurs du mandataire. En leur absence, les effets peuvent être un défaut d'engagement du mandataire, un refus d'action. Nous avons souligné jusqu'à présent les tensions entre les critères de pertinence, de légitimité et de contrôle. En suivant J. Girin [1995], les deux premiers plaident bien souvent pour un mandat confus, le troisième pour un mandat clair à l'interprétation univoque.

Le dernier critère est celui de la contribution. Le mandat doit être contributif, c'est-à-dire participer à l'atteinte des objectifs du régulateur. Dans l'approche standard de la théorie de l'Agence, la fonction d'utilité du mandataire est supposée connue. La formulation des mandats par le principal est mise au service de ses préférences. Le problème de la divergence d'objectifs est alors résolu par le contrôle, et la question de la contribution du mandat aux objectifs du mandataire ne se pose pas en tant que telle.

Cette question nous semble devoir toutefois être soulevée lorsqu'on ajoute à la divergence des objectifs, la dernière caractéristique de l'environnement du régulateur, à savoir l'incertitude sur les objectifs à poursuivre. Le régulateur est garant de l'intérêt collectif sans que celui-ci puisse être défini de manière univoque. Il est en général défini pour un temps donné par les représentants de la population (Parlement, Gouvernement), mais peut se trouver en contradiction avec les représen-

tants locaux (les maires) ou des médecins (qui se vivent souvent comme des porte-parole de la population), ou de l'Assurance Maladie (administrée par les partenaires sociaux). Dans cette situation d'incertitude, le régulateur peut être alors tenté d'émettre des mandats pertinents, légitimes, voir contrôlables mais potentiellement non contributifs aux objectifs collectifs. L'exigence de contribution ne va pas de soi, mais doit être réintégrée en tant que telle dans la construction du mandat. Dans le même temps, un souci fort de contribution peut se heurter aux exigences de pertinence ou de légitimité.

Par exemple, les objectifs de réduction importante des dépenses de santé fixés par le gouvernement québécois sont fortement relayés par les régulateurs régionaux. Ceux-ci émettent auprès des établissements des mandats fortement contributifs à l'objectif de réduction des dépenses publiques, au risque de détériorer la capacité de soins du système.

Ces quatre critères, contrôle, pertinence, légitimité, contribution entrent en tension et ne plaident pas pour la même formulation du mandat. Ces tensions sont particulièrement exacerbées en période de changement et de contrainte sur les ressources. Le changement modifie les compétences des établissements, les valeurs et, par-là même, les conditions de pertinence et de légitimité. Dans le même temps, les contraintes sur les ressources renforcent les exigences de contrôle et de contribution du régulateur.

On peut faire l'hypothèse que ces tensions ne s'expriment pas de la même manière selon la structure du dispositif de régulation. Dans ces conditions, la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation, en modifiant la structure, doit venir contrarier ou, au contraire, faciliter la satisfaction de ces critères.

2. Création des Agences Régionales de l'Hospitalisation et déplacement des enjeux

Nous nous proposons de revenir à notre étude de cas et d'analyser les modifications structurelles induites par la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). La structure qui nous intéresse ici

est celle d'un ensemble d'organisations en charge de la régulation des établissements de soins (que nous appelons par souci de simplification, dispositif de régulation) dont le degré d'autonomie les unes par rapport aux autres a été modifié par le changement des liens de subordination et l'introduction de nouveaux mécanismes de coordination. Nous utilisons ici la notion de structure dans son sens étroit, renvoyant à la manière dont sont répartis formellement les rôles entre ces organisations, ce que certains appellent la superstructure [A. Desreumaux 1992, P.N. Khandwalla 1977]. Les éléments permettant de caractériser une structure sont illimités. Signalons que si B.C. Reimann [1973] en utilise trois (spécialisation, formalisation, décentralisation), I. Francfort et *al.* [1995] en utilisent seize. Les travaux du groupe d'Aston [1976], qui font souvent référence sur le sujet, en ont retenu cinq (spécialisation, standardisation, formalisation, centralisation, configuration).

Nous souhaitons faire une analyse dynamique et regarder les caractéristiques structurelles du dispositif qui ont été significativement changées par la création des ARH. Deux dimensions parmi celles présentes dans la littérature nous semblent être sensiblement modifiées : le degré de décentralisation (ou de centralisation) et le degré de différenciation (ou d'intégration) des rôles des organisations du dispositif.

Après avoir présenté ces modifications, nous pourrions examiner comment ces deux dimensions de la structure agissent sur l'obtention des quatre exigences du mandat précédemment décrites.

2.1. Les ARH : transformation de la structure du dispositif de régulation

De manière schématique, existent jusqu'en 1996, dans le dispositif de régulation, quatre organes : la CRAM (Assurance Maladie) qui régule les établissements privés selon une logique largement marchande, la DRASS, la DDASS et l'Administration centrale (État) qui régulent les établissements publics selon une logique administrative. La DRASS planifie l'offre de soins ; la DDASS alloue les ressources aux établissements, indépendamment l'une de l'autre, mais toutes deux sous contrainte forte des orientations fixées par l'Administration centrale.

CRAM, DRASS et DDASS sont, depuis 1996, regroupées, pour la partie de leurs activités concernant l'hospitalisation, dans un « groupement d'intérêt public » appelé Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), doté d'un directeur ayant une certaine autonomie de décision par rapport à l'Administration centrale et de pouvoir de décision sur les organes membres. Ce directeur est aidé d'un *staff*, composé de personnes salariées de l'ARH.

L'ARH a pour mission de « *définir et mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé privés et publics et de déterminer leurs ressources* » (Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996). Il a donc été choisi ici de créer une nouvelle organisation qui institutionnalise la coopération de régulation entre le secteur public et le secteur privé. Un choix alternatif aurait été de mettre en place de nouveaux outils pour harmoniser les pratiques de régulation. Cette nouvelle organisation a des compétences en matière de planification de l'offre et d'allocation budgétaire.

2.1.1. Intégration des rôles

Dans le rapport du Président de la République relatif à l'Ordonnance 96-346, l'Agence est définie comme un moyen de « *clarifier les responsabilités, de constituer une autorité de décision cohérente, compétente pour l'hospitalisation publique et privée qui remédiera à l'actuelle dispersion des moyens, des responsabilités et des compétences* ». La création des Agences est présentée ici comme une action de concentration d'attributions jusqu'alors fragmentées dans le système. L'Agence concentre en effet des activités relevant jusqu'alors de l'État (tutelle du secteur public) et de l'Assurance Maladie (tutelle du secteur privé).

L'Agence doit aussi rapprocher la planification et l'allocation de moyens, en regroupant des activités qui étaient jusqu'alors effectuées de manière indépendante par le niveau régional pour la planification (DRASS) et par le niveau départemental (DDASS) pour l'allocation de moyens. En regroupant sous une même autorité ces deux exercices, on

attend un meilleur couplage des décisions et en particulier que le budget puisse être un outil d'aide à la mise en œuvre stratégique (incitations aux restructurations, sanctions en cas de non atteinte des objectifs). « *On donne à un même acteur le pouvoir de décision et l'expertise* » aime à dire des concepteurs de la réforme.

Il y a donc bien ici un mouvement d'intégration, ou de réduction de la différenciation, dans la structure du dispositif de régulation.

2.1.2. Décentralisation des décisions

L'intégration s'accompagne d'une plus grande capacité stratégique du nouveau décideur régional qui induit une décentralisation des décisions. La décentralisation dont nous parlons ici est bien une décentralisation au sein de la structure de régulation. Elle ne présume pas à l'heure actuelle des retombées sur la capacité d'action de l'opérateur final qu'est l'établissement².

Avec la création des Agences, la capacité d'action du niveau régional sur les établissements s'accroît au détriment de l'Administration centrale. L'Agence n'a plus en charge la seule opération de mise en œuvre de règles mais également celle de mise en œuvre d'objectifs. Elle dispose pour cela d'une palette d'instruments et d'une certaine autonomie dans leur utilisation. On attend de cette augmentation des attributions, une prise d'initiatives. Les Agences peuvent en particulier passer avec les établissements des contrats d'objectifs et de moyens, signes de la capacité de l'Agence à s'engager dans la régulation des établissements.

² L'autonomie laissée aux établissements est dans le nouveau dispositif faible. On ne sait toutefois encore rien de leur autonomie de fait, au delà des textes. La mise en œuvre des décisions est lente dans ce secteur. On estime par exemple à huit à dix ans le temps nécessaire à la réalisation d'une fusion d'établissement. Les retombées concrètes ne pourront être observées qu'aux alentours des années 2002. Cette incertitude sur l'autonomie de fait des opérateurs nous prive de la confrontation avec des travaux récents sur le sujet comme ceux de M. Aoki.

2.2. Les effets de la structure sur la formulation des missions

Nous faisons l'hypothèse que les degrés de centralisation (ou décentralisation) et de différenciation (ou d'intégration) de la structure du dispositif de régulation agissent sur les pratiques de régulation et, en particulier, sur la capacité à émettre des mandats performants. Nous nous situons là dans « *les travaux cherchant à apprécier la pertinence des formes structurelles en termes de contribution à la satisfaction d'exigences fonctionnelles* ». [A. Desreumaux 1992, p 234]. Pour ce faire, nous souhaitons montrer qu'elles agissent sur la nature des informations et les connaissances disponibles pour le régulateur, et sur le nombre de relations d'agence entre le dispositif de régulation et le régulé.

Le degré de centralisation/décentralisation fait varier la distance entre le régulateur et le régulé et la nature des informations disponibles. Plus le régulateur est loin, plus il doit utiliser des informations formalisées pour émettre des mandats et prendre des décisions. Il n'a donc pas accès aux informations non formalisables et les coûts de mise en forme des informations potentiellement formalisables peuvent être importants. Ces informations sont utiles pour émettre des mandats pertinents et légitimes mais aussi pour contrôler la bonne exécution du mandat. Plus le régulateur est proche, plus les relations et interactions, productrices d'informations non « formalisables » sont denses (voir entre autres W.W. Powell, 1991 sur les rapports entre actions réciproques et « richesse » de l'information).

Les plans régionaux nous montrent que l'objectif « réponse aux besoins de la population » a été traduit dans une région en termes de sécurité, dans une autre en termes d'accessibilité. Notre hypothèse est que cette traduction correspond à une recherche de cohérence avec les problèmes des établissements de la région et les « valeurs » de certains interlocuteurs clés. Cette cohérence est rendue possible par une connaissance plus approfondie par « l'échelon régional » que ne l'aurait le Ministère, des problèmes, de l'offre locale de soins, et par une interaction plus dense avec les acteurs locaux.

On peut ainsi faire l'hypothèse que plus le système est décentralisé, plus le risque d'émettre des mandats non pertinents, non légitimes, non contrôlables est faible ou, dit autrement, moins l'émission de mandats pertinents, légitimes et contrôlable est coûteuse.

Toutefois, décentraliser, c'est créer une nouvelle relation d'agence entre le régulateur central et le régulateur régional, qui s'ajoute à celle existant entre le régulateur régional et l'établissement. En augmentant verticalement le nombre de relations d'agence, la décentralisation risque de perdre en cohérence et en contribution aux objectifs collectifs. Plus le système est décentralisé, plus le risque que le mandat émis auprès des établissements soit peu contributif à l'objectif collectif est grand.

Le degré d'intégration/différenciation détermine quant à elle l'étendue du champ de régulation et donc la spécificité ou la diversité des informations et connaissances disponibles. Plus le champ d'intervention est étendu, plus l'information est hétérogène, plus les connaissances à acquérir sont larges. Les systèmes d'information, la nature des relations, la compréhension du fonctionnement du régulé, les systèmes de contrôle sont plus complexes. Les compétences requises du régulateur sont donc plus vastes. L'hypothèse que nous faisons ici est que, plus une structure est différenciée, plus le champ d'intervention est étroit, donc plus il est facile d'émettre des mandats pertinents, légitimes, contrôlables.

En revanche, la différenciation multiplie de manière horizontale les relations d'agence et accroît le nombre de mandats émis. La multiplication des mandats, qui cherchent chacun à répondre à leurs propres exigences de pertinence, de légitimité, de contrôle, augmente les risques de non-cohérence globale. Chaque mandat est potentiellement moins contributif à l'objectif général [C. Offe 1996].

Le profil du dispositif de régulation avant la création des Agences peut alors être présenté comme suit :

Tableau 1 – *Le profil du dispositif de régulation avant*

	Pertinent	Légitime	Contrôlable	Contributif
Centralisé	-	-	-	+
Différencié	+	+	+	-

La contribution aux objectifs collectifs est recherchée/obtenue par une centralisation des décisions. La recherche de pertinence, de légitimité et de contrôle se fait par une spécialisation des tutelles. L'incapacité croissante du système centralisé à compenser les déficits de contribution d'un système différencié, conduit à modifier les structures dans le sens, nous l'avons dit, d'une intégration. Elle s'accompagne par ailleurs d'une décentralisation. Le profil du dispositif de régulation après la création des agences se décline alors ainsi :

Tableau 2 – *Le profil du dispositif de régulation après*

	Pertinent	Légitime	Contrôlable	Contributif
Décentralisé	+	+	+	-
Intégré	-	-	-	+

Il peut potentiellement résoudre de manière différente les exigences de performances. Dans le même temps, il crée de nouvelles tensions. L'Agence internalise une partie des problèmes qui caractérisent le niveau central dans la formulation des mandats. Cette nouvelle instance est plus près de l'action et pourra donc s'harmoniser plus facilement avec les spécificités locales. Par contre, elle devra contraindre les logiques de régulation publique et privée à développer un mandat compatible. La décentralisation modifie et déplace les tensions inhérentes au système de régulation.

2.3. Les enjeux soulevés par la nouvelle structure

2.3.1. Concilier pertinence/légitimité/contrôle et contribution dans une organisation décentralisée

Le premier problème posé est celui de concilier pertinence/légitimité/contrôle et contribution dans une organisation décentralisée

La décentralisation rend plus facile l'émission de mandats pertinents, légitimes, contrôlable. Les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements, les plans régionaux sont des supports d'explicitation des mandats. Les critères d'allocation budgétaire, d'attribution d'autorisations, de postes sont porteurs de mandats implicites. On s'attend à ce que les Agences puissent mettre en place des processus de formulation de mandat faisant une plus grande place à l'interaction avec les établissements génératrice d'informations. Ces interactions peuvent prendre des formes variées, relation directe directeur/établissements, groupes de travail autour des établissements, procédures de consultations. Par ailleurs, l'information « formelle » est moins coûteuse à recueillir. L'émission de mandats clairs est alors plus facile, le contrôle de ce qui est fait et non fait est renforcé et peut être plus étroitement connecté au système de rétribution/sanction. Les pratiques de « *benchmarking* » des tutelles régionales au Québec sont à cet égard exemplaires. L'analyse fine des efforts de réduction des dépenses des établissements leur permet de pouvoir apprécier l'effort « réalisable » sur différents postes budgétaires (administration, logistique, restauration...) et de transformer le résultat d'un hôpital « performant » en objectif pour l'hôpital voisin. L'observation des efforts d'un établissement permet donc de formuler des mandats *a priori* plus pertinents et plus contrôlables.

L'enjeu est toutefois de concilier ces exigences avec celui de la contribution. Deux situations extrêmes peuvent se produire.

La première est la capture du régulateur intermédiaire par le régulé, c'est-à-dire du mandant par son mandataire. Cette situation a été étudiée par les économistes [M. Barrow 1996]. Le risque est que la prise

en compte des établissements dans l'émission du mandat ne permette pas au régulateur régional de répondre aux objectifs du Ministère.

La seconde situation, occultée par les économistes, est celle de la capture du régulateur régional par le régulateur central, c'est-à-dire par son mandant. La forte contrainte exercée par le mandataire peut réduire toute latitude du régulateur intermédiaire. Soit il applique telle quelle la contrainte. Son apport dans le système est nul, car il se comporte comme un échelon bureaucratique supplémentaire sans pouvoir faire bénéficier le système de ses informations et connaissances. L'évolution des déficits au Québec peut s'apparenter à une telle situation. Le mandat de réduction des dépenses émis par le régulateur central a été parfaitement relayé par le régulateur intermédiaire qui a lui-même émis des mandats aux établissements qui s'avèrent finalement difficiles à exécuter. Le déficit des établissements et l'endettement des tutelles régionales pour faire face à ces déficits s'accroissent. Le régulateur intermédiaire peut également se trouver dans l'incapacité de relayer le mandat au niveau local. Sa compétence de régulateur est remise en cause. Ceci peut conduire le régulateur régional à chercher à supprimer la relation d'agence avec les établissements, en intégrant ceux-ci par exemple. Le cas du système de santé en Alberta est un exemple éloquent d'une telle stratégie. Les établissements des régions urbaines ont été intégrés sous une même « gouverne » régionale qui gère maintenant directement la production des soins.

2.3.2. Bénéficiaire des apports supposés d'une organisation intégrée

Le second enjeu pour l'Agence est d'être en mesure de bénéficier des apports supposés d'une organisation intégrée : intégration des secteurs public et privé et rapprochement des activités de planification et d'allocation, afin d'émettre des mandats plus contributifs aux objectifs collectifs. On s'attend à ce que les mandats émis auprès des établissements du secteur privé soient compatibles et/ou complémentaires avec ceux émis auprès du secteur public. De même, les mandats implicites émis lors des exercices d'allocation (en particulier objectifs de dépen-

ses, de lits, d'équipements, de personnel) doivent être cohérents avec les objectifs de réorganisation, de priorité de santé/soins

L'intégration nécessite des évolutions à la fois techniques et organisationnelles au sein même de l'Agence. Le rapprochement du secteur public et privé suppose une harmonisation des systèmes d'information entre les deux secteurs. De même, les systèmes d'informations utilisés pour l'allocation des moyens doivent être cohérents avec ceux de la planification. Cette dernière suppose aussi que l'Agence puisse être considérée comme un « mandataire/man-dant unique » (ce que des interlocuteurs expriment lorsqu'ils disent : « il faut qu'on parle d'une seule voix aux établissements »). L'organisation Agence doit venir corriger la juxtaposition des relations d'agence qui perdure entre les participants de l'Agence et les mandants « originels », Ministère, CNAM... Il doit exister des mécanismes de coordination, de partage des responsabilités, des représentations, des compétences, des attendus, à l'intérieur de la commission consultative mais aussi entre la commission consultative et la direction de l'agence. À l'heure actuelle, il semble perdurer une dissociation encore marquée entre le secteur privé (régulé essentiellement par la CRAM) et le secteur public (partagé entre les composantes de l'Agence). L'intégration de la planification et de l'allocation rencontre de même des difficultés.

Conclusion

Ce texte cherche à reformuler le problème classique des relations entre centre et périphéries [R.A. Thiétart 1991], ou de décentralisation dans le secteur public [J.A. Agnew 1990, R.J. Bennett 1990, E. Ferlie et *al.* 1996, P. Hoggett 1991] ; il éclaire également celui de maintenir une cohérence d'ensemble tout en permettant des adaptations locales. Pour ce faire, nous avons essayé de penser comment les caractéristiques de la structure du centre pouvaient influencer sur la satisfaction des exigences de régulation. Les questions évoquées ici, concernant le système de santé, rencontrent de manière proche les enjeux de gestion posés par les transformations structurelles des entreprises industrielles du secteur privé [J. Allouche, I. Huault 1998].

Il nous a semblé nécessaire au préalable de donner une définition de ce qui pouvait être entendu par « bonne régulation » dans une relation de délégation. Pour nous aider à mener cette réflexion, nous avons mobilisé une approche normative de la relation d'agence, dont l'utilisation est toutefois quelque peu métaphorique [W. Mc Court 1997 ; J. Letiche, J. Van Uden 1998]. L'approche par la théorie de l'Agence pour parler du pilotage des organisations est classique. Toutefois, elle a été peu mobilisée dans le secteur public à l'exception des travaux de M. Barrow [1996], B.M. Mitnick [1993] et H. Dumez, A. Jeunemaitre [1998]. Il y a en effet quelque paradoxe à mobiliser cette approche jugée réductrice, pour travailler sur un environnement généralement décrit comme particulièrement complexe. Cette approche ne permet certainement pas d'expliquer le système, ni même de rendre compte de son fonctionnement. En ce sens, une mobilisation de la théorie positive de l'Agence [G. Charreaux 1999] nous semble inadéquate. En revanche, en cherchant à tenir compte des problèmes de divergence d'objectifs, d'asymétrie d'information et de connaissances, d'autonomie des acteurs, elle nous permet de soulever des enjeux de régulation.

Ceux-ci ont émergé des problèmes rencontrés dans la gestion du système de santé. Ils sont donc posés dans un environnement marqué par la faiblesse de l'information du régulateur, les conflits d'intérêts, l'autonomie des professionnels et des établissements, l'importance de la connaissance et de l'expertise, l'incertitude sur les objectifs à poursuivre. Ces dimensions ne nous semblent pas spécifiques au domaine de la santé, mais s'expriment là de manière exacerbée. Ceci nous conduit à penser que nos conclusions peuvent dépasser le seul secteur de la santé.

De l'adaptation de la théorie de l'Agence à cet environnement, nous concluons qu'un mandat efficace doit chercher à répondre aux exigences de contrôle, de pertinence, de légitimité et de contribution. Ces exigences sont conflictuelles et ne peuvent être optimisées simultanément. Le déplacement de la structure du mandant (ou principal) sur l'axe intégration/différenciation et centralisation/décentralisation modifie la manière dont s'expriment les tensions entre ces critères et la capacité à les satisfaire.

À titre d'illustration, le texte montre comment l'utilisation de ce modèle permet de soulever les nouveaux enjeux de régulation induits par la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation et d'identifier ainsi les points sur lesquels doit s'exercer la vigilance du régulateur. On pourrait chercher à aller plus avant dans l'analyse des conséquences pour l'action. Ainsi, pourrait-on se demander comment concilier les quatre critères de contrôle, pertinence, légitimité et contribution présentés pourtant comme conflictuels. Faut-il chercher le compromis ? Faut-il en privilégier certains sous contrainte de seuil minimum pour les autres dans un souci de minimisation des risques ? Faut-il en privilégier un et écarter les autres, mais accepter de changer de critère lorsque le déséquilibre est trop grand, c'est-à-dire séquencer l'action pour atteindre ainsi un (dés)équilibre dynamique ? Ces questions non traitées ici, nous semblent être aussi des prolongements possibles de cette analyse exploratoire.

Bibliographie

- Allouche J., Huault I. [1998], « Contrôle, coordination, et régulation », *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 1, n° 2, p. 5-31.
- Agnew J.A. [1990], « Political Decentralization and Urban Policy in Italy : From "State-Centered" to "State-Society" Explanation », *Policy Studies Journal*, vol. 18, n° 3, p. 768-784.
- Barrow M. [1996]. « Public Services and the Theory of Regulation », *Policy and Politics*, vol. 24, n° 3, p. 263-276.
- Bennett R. J. [1990]. « Decentralization, Local Government and Markets : Is There a Post-Welfare Agenda in Planned and Market Economies ? », *Policy Studies Journal*, vol. 18, n° 3, p. 683-701.
- Blacker F. [1995], « Knowledge, Knowledge Work and Organizations : An Overview and Interpretation », *Organization Studies*, vol. 16, n° 6, p. 1021-1046.
- Brunsson N. [1982], « The Irrationality of Action and Action Rationality : Decisions, Ideologies and Organizational Action », *Journal of Management Studies*, vol. 19, n° 1, p. 29-44.

- Charreaux G., [1999], « La théorie positive de l'agence, lectures et relectures... », in G. Koenig, *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du 21^e siècle*, Économica, p. 61-132.
- Contandriopoulos A.P. Souteyrand Y., (Éds) [1996], *L'hôpital stratège*, John Libbey.
- Crozier M., Friedberg E., [1977], *L'acteur et le système*, Le Seuil.
- Crozier M., Thoenig J.C., [1975], « La régulation des systèmes organisés complexes », *Revue Française de Sociologie*, vol. 16, n° 1, p. 3-32
- Davis J.H. et al. [1997], « Toward a Stewardship Theory Management », *Academy of Management Review*, vol. 22, n° 1, p. 20-47.
- Desreumaux A. [1992], *Structures d'entreprise*, Vuibert.
- Dumez H., Jeunemaître A. [1998], *Évaluer l'action publique*, L'Harmattan.
- Eisenhardt K.M. [1985], « Control : Organizational and Economic Approaches », *Management Science*, vol. 31, n° 2, p. 134-149.
- Ferlie E., Ashburner L., Fitzgerald L., Pettigrew A. [1996], *The New Public Management in Action*, Oxford University Press.
- Franckfort I. et al. [1995], *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Desclée de Brouwer.
- Girin, J. [1995], « Les agencements organisationnels », in F. Charue-Duboc, *Les savoirs en action*, L'Harmattan.
- Hoggett P. [1991], « A New Management in The Public Sector », *Policy and Politics*, vol. 19, n° 4, p. 243-256.
- Khandwalla P.N., [1977], *The design of organizations*, Harcourt Brace Jovanovich.
- Letiche H., Van Huden J. [1998], « Answers to a Discussion Note : on the Metaphor of the Metaphor », vol. 19, n° 6, p. 1029-1033.
- McCourt W. [1997], « Discussion Note : Using Metaphors to Understand and Change Organizations ; A Critique of Gareth Morgan's Approach », *Organizations Studies*, vol. 18, n° 3, p. 511-522.
- Mintzberg H., [1996], « Managing Government, Governing Management », *Harvard Business Review*, May-June, p. 75-83.

Mitnick B.M. [1993], « Strategic Behavior and the Creation of Agents », in B.M. Minick, *Corporate Political Agency*, Sage publications, p. 90-124.

Offe C. [1996], *Modernity and the State*, MIT Press.

Ouchi W. [1980], « Markets, Bureaucracies and Clans », *Administrative Science Quarterly*, vol. 25, March, p. 129-141.

Ponssard J.P., Tanguy H. [1993], « Planning in Firms : An Interactive Approach ? », *Theory and Decision*, vol. 34, p. 139-159.

Powell W.W., [1991], « Neither Market nor Hierarchy : Network Forms of Organization », in G. Thompson, J. Frances, R. Levacic et J. Mitchell (Eds.), *Markets, Hierarchies and Networks*, Sage, p. 265-276.

Pugh D.S., Hickson D.J. [1976], *Organizational Structures in its Context : The Aston Programme I*, Saxon House.

Reimann B.C. [1973], « On the Dimensions of Bureaucratic Structure : An Empirical Reappraisal », *Administrative Science Quarterly*, vol. 18, p. 462-476.

Riveline C. [1983], « Nouvelles approches des processus de décision : les apports de la recherche en gestion », *Futuribles*, mars.

Scott W.R. [1983], « Health Care Organizations in 1980s : The Convergence of Public and Professional Control Systems », in J.W. Scott, W.R. Scott (Eds), *Organization environments, Ritual and rationality*, Sage, p. 99-111.

Thiétart R.A. [1991], *La stratégie d'entreprise*, McGraw Hill.

Zucker L.G. [1987], « Normal Change or Risky Business : Institutional Effects on The Hazard of Change in Hospital Organizations », *Journal of Management Studies*, vol. 24, p. 671 –700.