

# **La gouvernance hospitalière : quelques réflexions à partir de la gouvernance d'entreprise**

Gérard CHARREAUX

Professeur en sciences de gestion  
Université de Bourgogne

**LEG UMR Cnrs 5118 – FARGO**

**Centre de recherche en Finance, ARchitecture et Gouvernance des Organisations**

Cahier du FARGO n° 1100705

Juillet 2010

*Résumé* : La transposition de la problématique de la gouvernance d'entreprise à la gouvernance hospitalière conduit à étudier les éventuels liens de causalité entre les systèmes de gouvernance visant à réguler les comportements des dirigeants de l'hôpital et la performance de ce type d'organisation. L'objectif de cet article est à la lumière de l'organisation des hôpitaux dans le contexte français associé à la récente réforme HPST (1) de préciser ce que peut être une gouvernance hospitalière dans cette perspective ; (2) d'analyser la question de la latitude managériale en fonction de la structuration des pouvoirs dans le cadre de l'hôpital ; (3) d'identifier les principales parties prenantes impliquées dans la gouvernance hospitalière et (4) de proposer une matrice représentant le système de gouvernance hospitalier.

*Mots clés* : gouvernance d'entreprise ; gouvernance hospitalière ; latitude managériale ; parties prenantes ; système de gouvernance hospitalier.

*JEL Classification* : I190 ; G390.

*Contact* : Gérard CHARREAUX, LEG/Fargo, Pôle d'économie et de gestion, 2, Boulevard Gabriel, BP 26611, 21066 Dijon Cedex, France ; Tel. +33 (0)3 39 54 35; Fax. +33 (0)3 39 54 88; Email: gerard.charreaux@u-bourgogne.fr

## INTRODUCTION

Les nombreuses réformes qui ont affecté les établissements hospitaliers, par exemple, la récente loi HPST (Hôpitaux, patients, santé, territoire) de 2009, sont interprétées par certains spécialistes de la santé (Mordelet, 2009) comme l'application des concepts anglo-saxons de « new public management » et de « corporate governance » aux hôpitaux<sup>1</sup>. Une telle analyse, cependant, semble reposer sur une interprétation abusive du courant de la gouvernance des entreprises (désormais GE) au vu de son origine théorique et de ses objectifs initiaux.

Le courant moderne de la réflexion théorique sur la GE trouve son origine avec l'émergence de la grande firme capitaliste cotée à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle aux États-Unis. Dans leur célèbre ouvrage, Berle et Means (1932) ont posé la question de la GE en fonction d'une innovation organisationnelle qui caractérisait ce type de firme, la dissociation de l'exercice des fonctions de propriété et de management. Il en résultait, selon ces auteurs, un risque de perte d'efficacité. La réinterprétation de cette question dans le cadre de la théorie de l'agence (Jensen et Meckling, 1976) allait conduire, d'une part, à définir l'efficacité relativement à la richesse des actionnaires, d'autre part, à proposer une théorie explicative des systèmes de gouvernance. Ces systèmes ont pour rôle de réduire les pertes d'efficacité – les coûts d'agence – dues aux conflits d'intérêts existant entre dirigeants et actionnaires lesquels trouvent leur origine dans les asymétries d'information et les comportements opportunistes des managers qui peuvent en découler (appropriation de bénéfices « privés », investissements liés à des objectifs d'enracinement...). Dans ce modèle, les actionnaires sont supposés constituer un « principal » homogène ayant délégué la fonction décisionnelle aux dirigeants.

Ce bref rappel conduit à insister sur deux points essentiels pour comprendre la perspective de la GE et son éventuelle application à d'autres types d'organisation. Le premier point concerne l'objet de la gouvernance. Il s'agit des dirigeants. Autrement dit, la GE est, à l'origine, celle des dirigeants d'entreprise et la question est posée relativement à leur influence sur la performance de la firme. Dans quelle mesure les institutions – au sens large des « règles du jeu » – qui fixent la latitude et disciplinent le comportement des dirigeants permettent-elles de réduire les coûts d'agence ? La GE n'est donc pas le management de l'entreprise, mais représente, selon la formule de Pérez (2003), le « management » du management.

---

<sup>1</sup> Mordelet (2009, p. 62), « Les anglo-saxons ont développé les concepts de « new public management » et de « corporate governance » qui proposent d'appliquer à l'hôpital, la culture et les outils de gestion de l'entreprise privée, les règles du marché et de la concurrence ».

Le second point porte sur le positionnement épistémologique de la théorie de la GE. Jensen et Meckling, les fondateurs de la théorie de la GE en relation avec la théorie « positive » de l'agence, cherchent à expliquer les différents mécanismes et, plus généralement, les systèmes de gouvernance en fonction de leur capacité à réduire les coûts d'agence. Leur objectif premier est donc explicatif et non normatif. S'il s'avère que certains systèmes permettent d'atteindre une plus grande efficacité en régulant mieux le comportement des dirigeants, cette phase explicative sera suivie d'une phase prescriptive, voire normative. Si, par exemple, il est établi qu'un conseil d'administration composé majoritairement d'administrateurs indépendants conduit à améliorer la performance pour les actionnaires, on préconisera – à l'instar de la plupart des codes de « bonne » gouvernance – d'accroître la présence de ces administrateurs dans les conseils. Toutefois, de nombreux autres mécanismes interviennent pour discipliner les dirigeants et la question de la GE dépasse très largement celle de la composition du conseil d'administration ou de l'efficacité des leviers dont il dispose (rémunération, éviction).

Sur la base de ces deux points fondamentaux, l'application du cadre de la GE à l'organisation hospitalière devrait donc avoir pour objet d'étudier les éventuels liens de causalité entre les systèmes de gouvernance visant à réguler les comportements des dirigeants de l'hôpital et la performance de ce type d'organisation. C'est en fonction de cette problématique qu'on s'interrogera sur le contenu de la gouvernance hospitalière (désormais GH) dans le contexte français. Pour conduire cette interrogation, nous allons (1) préciser ce que peut être une gouvernance hospitalière dans cette perspective ; (2) analyser la question de la latitude managériale en fonction de la structuration des pouvoirs dans le cadre de l'hôpital ; (3) identifier les principales parties prenantes impliquées dans la gouvernance hospitalière et (4) proposer une matrice représentant le système de gouvernance hospitalier. Enfin, nous concluons.

## **1. DE LA GOUVERNANCE DES ENTREPRISES À LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE**

La transposition du cadre d'analyse de la GE à la GH suppose, dans un premier temps, de bien comprendre le cadre théorique retenu pour analyser la GE, c'est-à-dire la représentation du système de gouvernance comme matrice institutionnelle. Dans un second temps, nous

tenterons d'identifier les problèmes posés par la transposition de cette grille d'analyse à la GH.

### **1.1. Le système de gouvernance des entreprises : une matrice institutionnelle**

Pour appréhender l'influence du dirigeant sur la performance de l'entreprise, la théorie de la gouvernance suppose que ses décisions sont encadrées dans une matrice institutionnelle, un système composé de différents types de mécanismes. C'est la capacité de ce système à réduire les coûts d'agence entre le dirigeant et les actionnaires qui est censée déterminer la performance « actionnariale » de la firme. Une première représentation de ce système peut être attribuée à Fama (1980). Pour lui, l'efficacité du système de gouvernance des grandes firmes cotées dépend prioritairement du caractère concurrentiel du marché des managers. Ce mécanisme principal est complété par le conseil d'administration qui s'appuie lui-même sur l'existence d'un marché des administrateurs, ainsi que sur la surveillance mutuelle entre dirigeants. Ces différents mécanismes ont, à leur tour, pour complément, le marché des offres publiques considéré comme mécanisme de dernier recours. Cette perspective systémique est également présente chez Jensen (1993) qui distingue quatre « forces » principales à même de discipliner les dirigeants, les marchés financiers, le système de régulation politico-légal, les marchés des produits et des facteurs de production et, enfin, le système de contrôle interne dominé par le conseil d'administration.

Afin de mieux comprendre la structure et le fonctionnement des systèmes de GE, Charreaux (1997) propose une typologie des mécanismes qui repose sur deux critères, d'une part, la spécificité (ou non) du mécanisme relativement à l'entreprise considérée, d'autre part, l'intentionnalité (par opposition à la spontanéité). Le premier critère permet d'opposer les mécanismes dont l'action ne porte que sur les dirigeants de l'entreprise étudiée (par exemple, le conseil d'administration) et qui sont, en conséquence, qualifiés de « spécifiques » par opposition aux mécanismes non spécifiques tels que, par exemple, le droit des sociétés. Le second critère fait intervenir l'intentionnalité de l'action exercée sur le dirigeant. Le conseil d'administration est un mécanisme « construit » – entre autres – dans l'intention de discipliner le dirigeant. Ce type de mécanisme s'oppose aux mécanismes « spontanés » qui exercent une discipline spontanée du dirigeant, non intentionnelle. Les mécanismes spontanés sont fréquemment des marchés (marchés des biens et services, marché financier, marché des dirigeants...) qui, même si leur fonction première est d'assurer des transactions, contribuent à discipliner les dirigeants et ce d'autant plus qu'ils sont fortement concurrentiels.

Tableau 1 – Une représentation matricielle du système de gouvernance des sociétés cotées

	Mécanismes spécifiques	Mécanismes non spécifiques
Mécanismes intentionnels	. assemblée générale des actionnaires . conseil d'administration ...	. environnement légal et réglementaire
Mécanismes spontanés	. surveillance mutuelle entre dirigeants ....	. marchés des biens et services . marché financier . marché des dirigeants . marché de la presse...

Un système de GE apparaît ainsi comme un ensemble de mécanismes imbriqués, plus ou moins complémentaires ou substituables. La typologie utilisée ne préjuge pas de la hiérarchie des mécanismes laquelle varie fortement en fonction de la nature de la structure de propriété (diffusion ou concentration, importance de l'actionnariat familial ou institutionnel...), de la qualité du cadre légal et réglementaire visant à protéger les actionnaires, du caractère concurrentiel des différents marchés... Elle a pour but de faciliter la description et l'analyse des différents systèmes de gouvernance dans leur action de réduction des coûts d'agence. L'efficacité de cette dernière est souvent supposée fonction de la cohérence systémique.

## **1.2. Les problèmes associés à la transposition du cadre d'analyse à la gouvernance hospitalière**

Par analogie à la GE, la modélisation de la GH devrait avoir pour objectif d'expliquer les différences de performance entre hôpitaux, à partir de la capacité de leurs systèmes de gouvernance respectifs à encadrer les décisions de leurs dirigeants de façon à réduire les coûts d'agence avec leurs « principaux ». Les dirigeants des hôpitaux sont censés être des « entrepreneurs publics » ayant le statut d'agents d'un ensemble de parties prenantes qui leur confient des ressources avec la mission d'assurer au mieux la préservation du capital santé de la population dans le ressort territorial dont ils ont la responsabilité.

Cette modélisation passe par l'identification des différents mécanismes de gouvernance qui, en délimitant la latitude des dirigeants des hôpitaux, contribuent à déterminer la performance hospitalière. Cette latitude est fortement contrainte par le statut juridique. Les hôpitaux, personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et

financière, sont soumis au contrôle de l'État et leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial. Leur action s'inscrit dans une politique nationale de santé définie et régulée par l'État notamment à travers le code de la santé publique et l'organisation de l'offre territoriale de soins confiée aux agences régionales de santé (ARS). Ces agences sont chargées de piloter le système de santé au niveau régional dans le cadre de projets régionaux définissant des objectifs pluriannuels et d'un schéma régional d'organisation des soins contraignant l'offre de soins, les programmes d'équipements lourds et les coopérations entre établissements. Si latitude des dirigeants des hôpitaux il y a, le statut public et l'organisation de la politique nationale de santé et sa déclinaison au plan régional l'encadrent très fortement et, dès à présent, on peut conclure qu'elle sera sensiblement moins importante que celle des dirigeants des grandes entreprises privées

Au-delà de la tutelle publique particulièrement présente dans le domaine de la santé, deux questions importantes se posent pour pouvoir modéliser la GH. Premièrement, la question de l'encadrement des décisions des dirigeants est indissociable de celle de la localisation du pouvoir décisionnel. Si, dans l'entreprise privée cette identification est relativement aisée, elle est plus complexe pour les hôpitaux en raison, d'une part, des conflits traditionnels existant entre pouvoir managérial et pouvoir médical, d'autre part, du mode de désignation des dirigeants. Deuxièmement, dans la perspective financière, le critère d'efficacité qui sert également d'objectif de performance – la richesse des actionnaires mesurée sur la base du marché financier supposé efficient – est clairement établi, sous l'hypothèse, cependant, que les actionnaires sont les seuls « créanciers résiduels ». Dès qu'on introduit une perspective partenariale que ce soit pour les firmes privées – elle est déjà présente chez Berle et Means – ou, a fortiori, pour les organisations publiques, la question de l'évaluation de la performance se complexifie en relation avec la multiplication des stakeholders qui constituent autant de « principaux » à la relation d'agence avec les dirigeants. L'analyse de la GH présuppose ainsi l'identification préalable des différentes parties prenantes aux décisions des dirigeants hospitaliers.

## **2. LATITUDE MANAGÉRIALE ET STRUCTURATION DES POUVOIRS DANS L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE**

En raison de la nature de l'activité hospitalière, la question de la prépondérance entre pouvoir managérial et pouvoir médical a toujours été centrale. La loi HPST a récemment renforcé le pouvoir du directeur de l'hôpital qui est chargé de conduire la politique générale de l'établissement et de le représenter vis-à-vis des tiers. Le directeur est soit nommé par

décret ministériel (pour les CHU et les CHR), soit par le directeur général du Centre National de Gestion (CNG)<sup>2</sup> sur une liste de trois noms proposés par le directeur de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance. Il est désormais possible (à l'exception des CHU) de nommer des directeurs d'hôpitaux n'ayant pas le statut de fonctionnaire. Pour les décisions les plus importantes (conclusion du contrat pluriannuel, politique de soins, politique d'investissement, politique d'intéressement, organisation interne, coopération...), le directeur doit décider en concertation avec un directoire de sept membres dont il est membre et qu'il préside.

Il est secondé par un vice-président<sup>3</sup> élu par la commission médicale d'établissement (CME) composée des représentants des personnels médicaux et qu'il préside. La CME est chargée de contribuer, par ses propositions, à l'élaboration de la politique de soins (amélioration de la qualité, de la sécurité, des conditions d'accueil et de prise en charge des patients...). Elle doit être consultée sur les matières relevant de son champ. Le président de la commission des soins est également membre de droit du directoire. Les quatre autres membres sont nommés par le directeur après information du conseil de surveillance et, pour ceux qui exercent une profession médicale, sur une liste de propositions établie par le président de la CME. En cas de désaccords persistants entre le directeur et le président de la CME, le directeur nomme les membres de son choix. Comme on peut le constater, le pouvoir est fortement partagé entre le directeur et le président de la CME, chargé de coordonner la politique médicale de l'établissement. Ils élaborent de concert le projet médical de l'établissement qui doit être conforme au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens négocié avec l'ARS. Le pouvoir du directeur en matière de gestion des personnels est sérieusement encadré en raison du rôle du CNG. Ce pouvoir se limite à proposer au CNG la nomination des directeurs adjoints et des directeurs de soins, ces propositions ayant dû préalablement avoir reçu l'avis de la commission administrative paritaire. Pour les personnels médicaux, son rôle se limite à transmettre au CNG les propositions des chefs de pôles médicaux, après avis du président de la CME.

---

<sup>2</sup> Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière. Ce centre est un établissement public sous tutelle du ministère de la santé et est chargé d'assurer, au niveau national, la gestion statutaire et la formation de ces personnels.

<sup>3</sup> Dans les CHU, le directoire comprend neuf membres et trois vice-présidents. À côté du président de la CME, premier vice-président, sont également vice-présidents, le doyen de l'UFR de formation et de recherche médicale et une personne chargée de la recherche nommée par le directeur sur proposition conjointe des ministres chargés de la santé et de la recherche. Certaines règles spécifiques s'appliquent également en matière de nomination des membres du directoire.

Le législateur ayant opté pour une organisation des pouvoirs sur le modèle directoire/conseil de surveillance, il faut également préciser, pour évaluer la latitude managériale, le rôle du conseil de surveillance (désormais CS). Celui-ci, au-delà du contrôle permanent de la gestion, se prononce sur la stratégie et délibère, notamment, sur des questions telles que le projet d'établissement ou la participation éventuelle à une communauté hospitalière. Il donne également des avis sur la politique d'amélioration de la qualité, la sécurité des soins, la gestion des risques et les conditions d'accueil des usagers.

Pour bien appréhender le rôle de ce conseil, il faut préciser sa composition et les liens qu'il entretient avec l'ARS. Il comprend soit neuf membres pour les établissements de ressort communal, soit quinze membres. Sa composition, très formalisée par les textes, fait intervenir de façon équilibrée trois collèges : (1) celui des représentants des collectivités territoriales qu'elles désignent elles-mêmes ; (2) celui des représentants des personnels médical et non médical de l'établissement désignés par la CME et la commission de soins sur une base élective ou par les syndicats les plus représentatifs et, (3) celui des personnalités « qualifiées » désignées par le directeur général de l'ARS et le représentant de l'État. Ce dernier collègue doit inclure une représentation des usagers. La nomination des membres est faite par arrêté du directeur général de l'ARS pour une durée de cinq ans. Le président du conseil est élu par le CS, parmi ses membres, à l'exclusion du collège des représentants du personnel. Le président du CME participe aux séances avec voix consultative. La tutelle assurée par le directeur de l'ARS sur le CS est forte, puisqu'outre le rôle important qu'il joue dans son processus de constitution, il participe aux séances avec voix consultative, peut se faire communiquer toutes les pièces jugées utiles, demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour et, enfin, s'opposer à l'exécution des délibérations du CS.

La répartition des pouvoirs dans les sociétés (très minoritaires en France) qui ont retenu le schéma directoire /conseil de surveillance<sup>4</sup> apparaît relativement différente. Le directoire, dans les sociétés, est un organe collégial dont le nombre de membres est en principe fixé par les statuts. Ce nombre varie entre un et cinq (ou sept pour les sociétés cotées). La nomination des membres du directoire se fait par le CS qui désigne également le président du directoire. Les membres du CS (dont le nombre peut varier de trois à dix-huit) sont élus par l'assemblée générale des actionnaires. Les membres du directoire, dont son président, sont, par conséquent, l'émanation (plus ou moins directe) du pouvoir actionnarial. Il faut également souligner que les fonctions du CS ne sont pas identiques entre les deux types d'organisation.

---

<sup>4</sup> On trouvera tous les détails sur ce schéma dans Casimir et Germain (2009).

Dans les sociétés, il y a une dissociation parfaite des pouvoirs entre organes de décision et de surveillance. La fonction du CS est purement de surveillance et interdit, en principe, toute immixtion dans la gestion. Les pouvoirs de ce conseil sont cependant importants puisqu'il fixe les rémunérations des membres du directoire.

Revenons sur les principales différences entre les deux types d'organisation. Dans les sociétés, le directoire et son président sont nommés par le CS, qui, lui-même, est élu par l'assemblée des actionnaires. La fonction managériale est l'apanage du directoire qui gère de façon collégiale, le CS se contentant de surveiller. A l'hôpital, la nomination relève, soit des pouvoirs de tutelle (ministère, ARS, CNG) pour le directeur, soit de la communauté médicale, par élection, pour le vice-président. La nomination des autres membres du directoire est fonction du partage de pouvoirs entre directeur et président de la CME. La fonction managériale est très contrainte par la tutelle, tout particulièrement celle de l'ARS. Le CS a un rôle qui dépasse la simple surveillance mais qui, en termes de nomination et d'évaluation de la performance, se limite à de simples avis.

Pour conclure, la latitude des dirigeants hospitaliers apparaît très inférieure à celle des dirigeants d'une société privée organisée sur un mode similaire. De multiples contraintes pèsent sur les décisions des managers hospitaliers qu'il s'agisse du partage du pouvoir avec le président de la CME, du rôle du CS qui dépasse la simple surveillance, de celui du CNG et, surtout, de la tutelle de l'ARS. Il faut ajouter que c'est le directeur de l'ARS (lorsque c'est lui qui le nomme) qui évalue le directeur après avis du CS. Le directeur de l'hôpital, de fait, peut être considéré comme l'agent d'exécution des politiques publiques qui sont décidées aux niveaux national et régional. Et la composition du CS montre que cette exécution est surveillée par de nombreuses parties prenantes, ce qui conduit à aborder le deuxième point central pour appréhender la GH : l'identité et les objectifs des différents stakeholders.

### **3. LES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES À LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE**

En matière de GE, la grille théorique dominante postule que l'efficacité et la performance de la grande firme cotée se mesurent à l'aune de la richesse des actionnaires, seule partie prenante considérée. Cet objectif est abandonné dans la théorie partenariale de la GE, tant sur le plan explicatif que normatif. Il n'a, bien entendu, aucune pertinence pour les hôpitaux qui sont des établissements publics. Il faut donc adopter une perspective partenariale pour analyser la gouvernance et la performance de ce type d'organisation, ce qui conduit à

s'interroger sur l'identité des différentes parties prenantes à inclure dans un modèle de la GH. Pour les identifier, il est nécessaire de revenir sur les missions qui sont attribuées aux hôpitaux par le législateur.

Quel que soit leur statut, public ou privé, les établissements de santé dits d'intérêt collectif sont chargés d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients. Cette mission générique s'inscrit dans la mise en œuvre de la politique de santé publique qui passe par la coordination de l'offre de soins dans le cadre défini au plan régional par les ARS. Les hôpitaux sont de plus chargés d'un certain nombre de missions de service public telles que la permanence des soins, la formation des personnels médicaux, l'éducation et la prévention en matière de santé, l'enseignement universitaire et la recherche...

En termes d'efficience, l'objectif des hôpitaux peut se formuler comme la préservation, sur le long terme, du capital santé de la population au meilleur coût possible, avec des contraintes fortes liées en particulier à l'accès aux soins et à leur qualité. Une telle formulation se traduit par une grande complexité dans l'évaluation de la performance, comparativement à ce qu'elle est pour une firme cotée<sup>5</sup>. Cette complexité est liée à la nature et aux conséquences des prestations assurées ainsi qu'à la spécificité des ressources humaines, des matériels mobilisés et des modes de financement, tous éléments auxquels sont associées les différentes parties prenantes. L'adoption d'une perspective partenariale implique une évaluation de la performance indissociable des conséquences de l'activité hospitalière pour les différentes parties prenantes.

Dans une première analyse, les principales parties prenantes sont les usagers, les personnels médicaux et non médicaux (dont les managers) et les financeurs publics ou non (État et collectivités locales, compagnies d'assurances). Une analyse plus large conduit à inclure d'autres acteurs, tels que les entreprises privées qui ont tout intérêt à ce que le capital-santé de leurs salariés soit préservé et concourent au financement de la sécurité sociale. Une analyse sommaire des objectifs de ces différents stakeholders montre que les conflits d'intérêts sont potentiellement nombreux et importants, surtout dans un domaine aussi sensible que la santé. Les usagers ont intérêt à recevoir les meilleurs soins dans les meilleurs délais sachant qu'ils contribuent également au financement, soit de façon directe, soit de façon indirecte (comme contribuables ou assurés), qu'il peut y avoir des décalages temporels importants entre les contributions financières et le moment où ils bénéficient des soins et,

---

<sup>5</sup> En supposant que les hypothèses (efficience des marchés financiers, absence d'externalités...) justifiant la pertinence d'une telle évaluation soient valides.

enfin, qu'ils peuvent choisir entre prestataires de soins publics ou privés. Pour les personnels médicaux, au-delà des rémunérations, explicites ou implicites, et des conditions de travail, les objectifs peuvent également se traduire en termes de préservation et d'accroissement des compétences et du capital humain. Les objectifs des financeurs sont également particuliers. Ceux des assureurs (en dehors de la couverture assurance maladie assurée par l'État) varient en fonction de leur forme juridique (mutuelles ou non). Quant aux financeurs publics, leurs objectifs, notamment d'équilibre financier, sont fortement contraints par les préoccupations électorales nationales ou locales des élus politiques, la dimension fiscale constituant fréquemment un argument de poids. La composition des CS reflète, au moins en partie, cette diversité et la délicate question des arbitrages à réaliser entre ces intérêts qui peuvent être fortement divergents.

Une catégorie non évoquée est celle des dirigeants qui, dans la perspective de la GE, sont censés constituer une variable centrale pour expliquer la performance de la firme. Transposée dans un cadre partenarial et appliquée à l'hôpital, cette problématique implique que l'origine d'une moindre performance hospitalière est à rechercher dans les conflits d'intérêts entre les dirigeants et les différentes parties prenantes et, en élargissant, dans une capacité insuffisante des dirigeants à arbitrer entre les conflits d'intérêts entre différentes parties prenantes, voire à profiter de ces conflits, pour satisfaire leurs propres objectifs (rémunération, carrière, enracinement, avantages non pécuniaires...) selon l'hypothèse traditionnelle d'opportunisme. Le système de GH est alors à examiner dans sa capacité à réduire les coûts d'agence nés de ces conflits d'intérêts, dans un cadre où il y a autant de « principaux » que de stakeholders.

#### **4. LA MATRICE INSTITUTIONNELLE REPRÉSENTANT LE SYSTÈME DE GOUVERNANCE HOSPITALIER**

La vision systémique de la gouvernance disciplinaire appliquée à l'hôpital conduit ainsi à identifier les mécanismes qui, en contraignant la latitude des managers hospitaliers, visent à réduire les conséquences négatives des conflits d'intérêts et des comportements opportunistes potentiels. Sur la base de la typologie proposée, cette identification conduit à représenter le système de GH sous forme de la matrice présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 – Le système de gouvernance hospitalier comme matrice institutionnelle

	Mécanismes spécifiques	Mécanismes non spécifiques
Mécanismes intentionnels	. ARS . conseil de surveillance	. environnement légal et réglementaire (code de santé)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>publique, code des marchés publics, statut de la fonction publique, droits des usagers...)</li> <li>. toutes les institutions définissant, mettant en œuvre et contrôlant la politique de santé publique au niveau national (ministères impliqués, assurance maladie, CNG, etc.)</li> <li>. codes déontologiques des professions de santé</li> <li>. syndicats nationaux représentant les personnels</li> </ul>
Mécanismes spontanés	<ul style="list-style-type: none"> <li>. surveillance mutuelle entre membres du directoire, en particulier, entre pouvoir managérial et pouvoir médical</li> <li>. pressions des collectivités locales et des élus locaux</li> <li>....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. marché des cliniques privées</li> <li>. marchés des biens et services influençant le fonctionnement des établissements (marché des équipements, marché du médicament...)</li> <li>. marché financier (coût des ressources financières publiques)</li> <li>. marché des dirigeants si recrutement sur secteur privé</li> <li>. marché des assurances</li> <li>. associations d'usagers</li> <li>. « marché » politique</li> <li>. éthique médicale...</li> </ul>

La comparaison des deux systèmes de gouvernance GE et GH conduit à conclure que les dirigeants des hôpitaux disposent d'une latitude significativement plus faible tant ils sont insérés dans un maillage de mécanismes souvent très contraignants, tout particulièrement de nature intentionnelle, qu'ils soient spécifiques ou non. En raison tant de la subordination de la stratégie d'un hôpital à la politique nationale de santé (Batifoulier P., Domin J.P. et Gadreau M., 2007), que du poids très important de l'ARS, les hôpitaux s'apparentent bien davantage à des centres de coût tels qu'ils peuvent exister au sein des grandes firmes qu'à de véritables entreprises autonomes et le qualificatif d'hôpital-entreprise, parfois employé, apparaît très excessif. Du seul point de vue de la configuration des mécanismes intentionnels spécifiques, le CS, rappelons-le, dispose d'un pouvoir inférieur (au moins en principe) à son équivalent dans le domaine des entreprises et semble dominé par le pouvoir de l'ARS. On ajoutera que

les leviers incitatifs au niveau de la rémunération des directeurs d'hôpitaux, même avec l'introduction d'une part variable, sont sans commune mesure avec les pratiques usuelles rencontrées dans les grandes entreprises, en particulier à travers les rémunérations sous formes d'actions ou de stock-options.

L'importance des mécanismes intentionnels ne doit toutefois pas conduire à ignorer la discipline assurée par les nombreux mécanismes spontanés qui sont vraisemblablement amenés à jouer de façon plus importante avec les réformes récentes. Cependant, ils sont loin d'avoir la place souvent prépondérante qu'ils occupent dans la gouvernance des grandes firmes. Autrement dit, les modes globaux de régulation apparaissent très différents : la GH est avant tout une gouvernance intentionnelle par les pouvoirs publics et, même s'il existe des éléments de régulation spontanée, il est loin d'être garanti, notamment au vu du contenu de la récente réforme et du poids des ARS, que les évolutions se fassent globalement en faveur de cette composante de la gouvernance.

## **CONCLUSION**

La gouvernance ne contribue à expliquer la performance des organisations que si les dirigeants disposent d'une certaine latitude (Charreaux, 2008). Cette influence reste très discutée en matière de GE alors que les systèmes de gouvernance sont beaucoup moins contraignants que dans le domaine hospitalier. On peut donc s'interroger sur la capacité de la gouvernance à expliquer les différences de performance entre les différents hôpitaux dans une perspective microéconomique. En revanche, il est plus vraisemblable qu'elle puisse être un facteur explicatif important, si on compare les performances des différents systèmes nationaux de GH, dans une perspective internationale. L'examen de cette question, qui fait l'objet de débats très animés dans le domaine de la GE – par exemple, sur l'influence respective des systèmes juridiques opposant Civil Law et Common Law –, se situe, cependant, à un niveau de complexité supérieur.

Par ailleurs, le levier disciplinaire qui est le seul pris en compte par l'approche traditionnelle de la GE n'est qu'un des facteurs qui déterminent la performance organisationnelle. La performance des hôpitaux dépend également, au-delà de la résolution des conflits d'intérêts et de la réduction des coûts d'agence, des compétences qui constituent la dimension centrale dans le courant « cognitif » de la gouvernance (Charreaux et Wirtz, 2006). Cette dimension apparaît très clairement, par exemple, dans la critique adressée par Coriat (2009, p. 26) à l'avant-projet de la dernière réforme hospitalière « [...] en voulant

donner tout le pouvoir au directeur, il ignorait totalement les lignes hiérarchiques parfaitement claires existant au sein de l'hôpital et fondées sur la *connaissance*, la *notoriété médicale* et *l'expérience* ». Ce propos, au-delà de la dimension cognitive qu'il souligne, montre également que ce qui importe le plus pour expliquer la performance (individuelle) des hôpitaux se situe bien davantage dans les questions d'architecture organisationnelle, c'est-à-dire les questions « internes » de management faisant intervenir l'allocation des décisions – les lignes hiérarchiques, notamment –, les systèmes d'incitation et d'évaluation de la performance que dans la gouvernance (des dirigeants) stricto sensu, même si ces deux types de question ne sont pas indépendants. La gouvernance n'est pas le management... y compris dans le domaine hospitalier, mais une véritable théorie de la GH reste à construire.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Batifoulier P., Domin J.P. et Gadreau M., 2007, « Politique de santé : la grande transformation ? », *Économie Appliquée*, tome 55, n° 1, p. 5-35.

Berle A.A. et Means G.C., 1932, *The Modern Corporation and Private Property*, New-York, Macmillan.

Casimir J.P. et Germain M., 2009, *Dirigeants de sociétés*, Paris, Groupe Revue Fiduciaire, 3<sup>ème</sup> édition.

Charreaux G. (Éd.), 1997, *Le Gouvernement des Entreprises – Corporate Governance Théories et Faits*, Paris, Economica.

Charreaux G., 2008, « À la recherche du lien perdu entre caractéristiques des dirigeants et performance de la firme », *Économies et Sociétés*, Série « Économie de l'entreprise », K, n° 19, p. 1831-1868.

Charreaux G. et Wirtz P., 2006, *Gouvernance des entreprises – Nouvelles perspectives*, Paris, Economica.

Coriat P., 2009, « Contre le volet gouvernance de la réforme de l'hôpital. Entretien avec Pierre Coriat », in *La réforme de l'hôpital*, Paris, La documentation française, n° 352, p. 24-31.

Fama E.F., 1980, « Agency Problems and the Theory of the Firm », *Journal of Political Economy*, volume 88, n° 2, p. 288-307.

Jensen M.C., 1993, « The Modern Industrial Revolution, Exit, and the Failure of Internal Control Systems », *Journal of Finance*, volume 48, n° 3, p. 831-880.

Jensen M.C. et Meckling W.H., 1976, « Theory of the Firm, Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure », *Journal of Financial Economics*, volume 3, n° 4, p. 305-360.

Mordelet P. (2009), « Reconfiguration et transformation de l'hôpital dans les systèmes de santé occidentaux », in *La réforme de l'hôpital*, Paris, La documentation française, n° 352, p. 61-73.

Pérez R., 2003, *La gouvernance de l'entreprise*, Paris, La Découverte, Collection Repères Gestion, 2<sup>ème</sup> édition, 2009.