

# **Les paradigmes classiques du contrôle de gestion sont-ils applicables à l'hôpital ?**

## **Are the classical paradigms of management control applicable to the hospital?**

**MARKAOUI Kawtar**

*Doctorante*

Laboratoire en Gestion Appliquée et Intelligence Marketing

Ecole Nationale de Commerce et de Gestion

Université Mohammed Premier

Oujda, Maroc

**HASSINE Mostafa**

*Enseignant chercheur*

Laboratoire en Gestion Appliquée et Intelligence Marketing

Ecole Nationale de Commerce et de Gestion

Université Mohammed Premier

Oujda, Maroc

**Résumé :**

Dans un contexte de hausse des dépenses de santé et d'injonction permanente à la performance (Markaoui, K. et Hassin, M., 2018a), le contrôle de gestion à l'hôpital devient un thème très actuel (Saulpic et al. 2016). Mais entre l'intentions et l'élaboration, il y a souvent un écart, qu'une étude théorique va nous permettre de comprendre. Cet article traitera alors de la problématique du contrôle en milieu hospitalier et examinera l'applicabilité des principes du contrôle de gestion à l'hôpital, à savoir la mesure du produit, la convergence des buts et la conception de la performance.

**Mots-clés :** Hôpital, Contrôle de gestion, Contrôle, Produit, Performance.

**Abstract:**

In a context of increases in health spending and permanent injunction to performance (Markaoui, K. et Hassin, M., 2018a), management control at the hospital becomes a very current topic (Saulpic et al. 2016). But between the intentions and the elaboration, there is often a gap, which a theoretical study will enable us to understand. This article will then deal with the problem of hospital-based control and examine the applicability of the principles of management control to the hospital, namely the measurement of the product, the convergence of goals and the design of the performance.

**Keywords:** Hospital, Management Control, Control, Product, Performance.

## Introduction

Les dépenses en santé sont de plus en plus lourdes et représentent une part croissante du produit intérieure brut. Dans ce contexte là, le contrôle de gestion hospitalier est devenu un thème très actuel. Mais entre les intentions premières et les réalisations, il y a généralement un écart, qu'une analyse théorique va nous permettre de comprendre.

Le contrôle dans les organisations est un problème particulièrement aigu s'agissant de l'organisation hospitalière la problématique est d'autant plus riche car cette organisation est à la fois complexe dans son fonctionnement et dans les objectifs qu'elle poursuit (Markaoui, K. et Hassin, M., 2018b). Cette étape est toutefois nécessaire pour appréhender la question de transposabilité du contrôle de gestion. Anthony (1988) le définit d'ailleurs comme : « *Le processus par lequel les managers influencent d'autres membres de l'organisation pour mettre en oeuvre les stratégies de l'organisation* ».

Cette idée d'orienter les comportements (Simon, 2015) pour pouvoir réguler le fonctionnement de l'organisation est un des paradigmes de la discipline (Lartigau, 2010). L'idéal étant de tendre vers une convergence des buts entre l'organisation et son personnel. Seulement l'hôpital, est une organisation particulière (Bollecker, M. et Naro, G. 2014, Grolier et al. 2014), qui rassemble en son sein de nombreux acteurs ayant parfois des intérêts différents. Mais si les buts ne sont pas clairs ou pas partagés par l'ensemble des membres de l'organisation, comment alors évaluer sa performance ? Et qu'elle est le produit hospitalier, support de cette évaluation ? Parler de contrôle, de produit et de performance pour l'hôpital est, toute fois, perçu presque comme une provocation, du moins pour le personnel soignant et médical. Mais ce débat théorique est essentiel car il conditionne l'applicabilité des concepts du contrôle de gestion.

Nous allons donc aborder en premier lieu la problématique du contrôle en milieu hospitalier, dans son acception la plus large, en deuxième lieu, nous examinerons l'applicabilité des principes du contrôle de gestion à l'hôpital, à savoir la mesure du produit, la convergence des buts et la conception de la performance hospitalière.

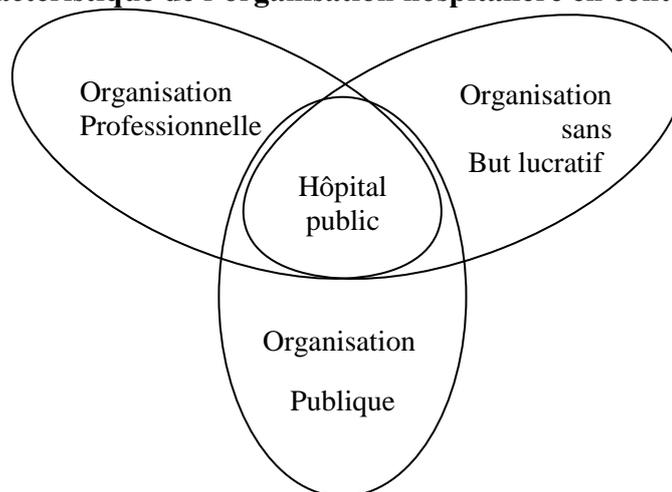
### 1. Revue de littérature relative à la problématique du contrôle à l'hôpital

La question du contrôle à l'hôpital est loin d'être simple à appréhender, la nature même des établissements de santé complexifie l'analyse. L'hôpital repose sur une hiérarchie parallèle constituée, d'un côté, de la ligne médicale qui occupe une place fondamentale du fait de son savoir, et de l'autre, de la ligne administrative. Les professionnels médicaux, très attachés à leurs autonomies et à la notion d'indépendance professionnelle ont longtemps mal accepté qu'un « contrôle » s'exerce sur leurs activités.

Anthony (1993) discute dans son grand ouvrage des différentes pratiques du contrôle de gestion dans les organisations et souligne la complexité de certaines d'entre elles, en distinguant notamment les organisations professionnelles, des organisations sans but lucratif, de celle publiques. Pour les organismes à but non lucratif, le profit ne peut constituer un thème unificateur à la fonction de contrôle de gestion (Anthony, 1993, p.178). Au Maroc, les hôpitaux sont pour la plus part publics et à but non lucratif. Ajoutons à ces deux attributs, leurs propriétés d'organisations professionnelles, caractère constant à tout établissement de soins, quelque soit leurs buts organisationnelles et leurs statuts (Mintzberg, 1982). Cet apanage fait de l'organisation hospitalière un terrain, à l'évidence, complexe.

Chacune de ces organisations présentes donc une spécificité qui entrave la mise en œuvre classique du contrôle de gestion. Or l'hôpital public marocain combine ces trois caractéristiques. Pour mieux visualiser cette problématique nous proposons le schéma suivant :

**Figure n°1 : Caractéristique de l'organisation hospitalière en contexte marocain**



Source : réalisé par nos soins

Les organismes publics et non lucratifs ont toujours posé des problèmes de contrôle organisationnel que l'on ne retrouve pas dans le secteur privée (Smith, 1993), il en est de même pour les bureaucraties professionnelles telles que l'hôpital. Il est donc important de traiter de plus près cette problématique au niveau théorique.

### **1.1 Problème théorique du concept de contrôle**

Habituellement, lorsque l'on parle de contrôle de gestion, l'une des questions principales est de définir ce l'on entend par le terme de « contrôle ». Les conceptions du contrôle que l'on trouve dans la littérature organisationnelle sont nombreuses et peuvent être interprétées de plusieurs manières.

Etzioni (1965) rattache le contrôle organisationnel au concept de pouvoir. Anthony (1988, p. 9) le définit comme la manière par laquelle on s'assure de l'implémentation des stratégies. Il donne également un sens plus large où le contrôle: « has the purpose of conforming the behavior of some person or thing to a desired state of affairs ».

D'autres encore (Dermer, 1988 ; Chiappello, 1996) définissent le contrôle par rapport à l'ordre. Selon E. Chiappello (1996) le contrôle s'agirait de « toute influence créatrice d'ordre, c'est-à-dire d'une certaine régularité. On est dans une situation de contrôle, selon cette définition, lorsque le comportement d'une personne est influencé par quelque chose ou quelqu'un ». Solé (2000) parle lui de réduction de l'incertitude. Langevin et Naro (2003, p.2), vont dans ce même sens, décrivant le contrôle organisationnel comme « un mécanisme dont la finalité est d'influencer le comportement des acteurs de l'organisation dans le sens attendu par cette dernière ».

## **1.2 Les théories modernistes du contrôle organisationnel**

Le terme se caractérise donc par une grande variété d'approche et d'interprétation (Delbridge et Ezzamel, 2005). Dans le cadre de cet article, il serait vain de prétendre faire le tour de la totalité des conceptions en matière de contrôle organisationnel, nous retiendrons alors à la définition de Tannenbaum (1968) synthèse classique de la vision moderniste du contrôle organisationnel, selon laquelle le contrôle doit être exercé pour minimiser l'impact des intérêts divergents des individus qui font partie de l'organisation sur leurs actions. Cette définition s'accorde à notre problématique de la diversité des composantes et objectifs de l'organisation hospitalière. Hatch (1997) reprend cette même définition et présente trois théories modernistes du contrôle organisationnel : le modèle cybernétique, la théorie de l'agence et la théorie des formes organisationnelles d'Ouchi.

### **1.2.1 Le modèle cybernétique**

Dans le modèle cybernétique on compare deux états de l'organisation, l'état actuel et celui souhaité, les différences entre ces deux donnent lieu à des ajustements. La plus part des bureaucraties publiques appliquent le contrôle cybernétique (Hatch, 2006) qui agit comme un thermostat, identifiant la température ambiante et la comparant à celle désirée puis réalisant les actions nécessaires à l'ajustement.

Selon Bouquin (2005) en cybernétique, un système ou un processus ne peut être contrôlé qu'à quatre conditions : le processus doit contenir un objectif, il est possible de connaître la situation atteinte par rapport à l'objectif fixé, il est possible d'avoir un modèle prédictif (décrivant les conséquences qu'auront les décisions possibles si celle ci sont prises). Le contrôleur du

processus doit avoir accès aux différentes solutions possibles, aux solutions efficaces, consistant soit : à ajuster les inputs du processus, à modifier ses objectifs, à revoir le modèle prédictif, à changer la nature du processus lui-même.

Précisons d'ailleurs que ces conditions forment une chaîne, qu'il reviendrait à l'administrateur (manager) de l'hôpital de maîtriser. Il suffit que l'une d'elles ne soit pas respectée pour que les autres perdent leur efficacité, or la complexité du processus de soins, sa diversité en fonction des pathologies en question et des patients traités ne permet pas toujours une connaissance parfaite de cette boucle, encore moins par la ligne administratif. Le processus à contrôler n'est pas passif, la construction d'un modèle prédictif n'est donc pas évidente, les solutions à mettre en œuvre sont parfois partiellement accessibles. De ce fait, un système de contrôle organisationnel de nature simplement cybernétique ne peut être toujours adapté à un terrain d'activité aussi complexe que l'hôpital qui nécessite une réflexion et une ré-adaptation quasi-constante aux situations vécues.

### 1.2.2 La théorie de l'agence

La théorie de l'agence est devenue un cadre d'analyse dominant des formes d'organisations, qu'elles soient publiques ou privées. Elle tire son fondement dans la prise en compte de l'imperfection de l'information qui caractérise certaines décisions et s'appuie sur l'idée que dans les rapports entre les agents existe une répartition asymétrique de l'information. Cette théorie marque alors une rupture nette avec le modèle standard, selon lequel, dans la poursuite des intérêts individuels se réalisent par la satisfaction de l'intérêt collectif.

L'existence d'une relation d'agence suppose qu'une personne (appelé : principal) requiert les services d'une autre (appelé l'agent) pour réaliser en son nom une activité, ce qui entraîne une certaine délégation du pouvoir de décision (Jensen et Meckling, 1976). La définition est assez générale, elle prend en compte toutes les situations où une personne dépend de l'action d'une autre. L'agent est dans l'action et le principal peut être considéré comme la partie affectée. Cette notion prétend donc recouvrir la presque totalité des relations contractuelles entre deux personnes.

Toute relation d'agence imparfaite est marquée par une double asymétrie d'information : La première asymétrie d'information liée à l'ignorance des capacités de l'agent qui cause une sélection adverse (Antisélection). Le risque intervient *ex ante* puisque le principal doit faire face au comportement stratégique de l'agent avant de prendre sa décision. Le principal élimine cette sélection adverse en incitant l'agent à révéler les mécanismes de formation des coûts et à améliorer la qualité des prestations. (Domin, 2010). La deuxième asymétrie d'information est liée au comportement de l'agent (effort et obligation de gestion) cause l'aléa moral. Il s'agit

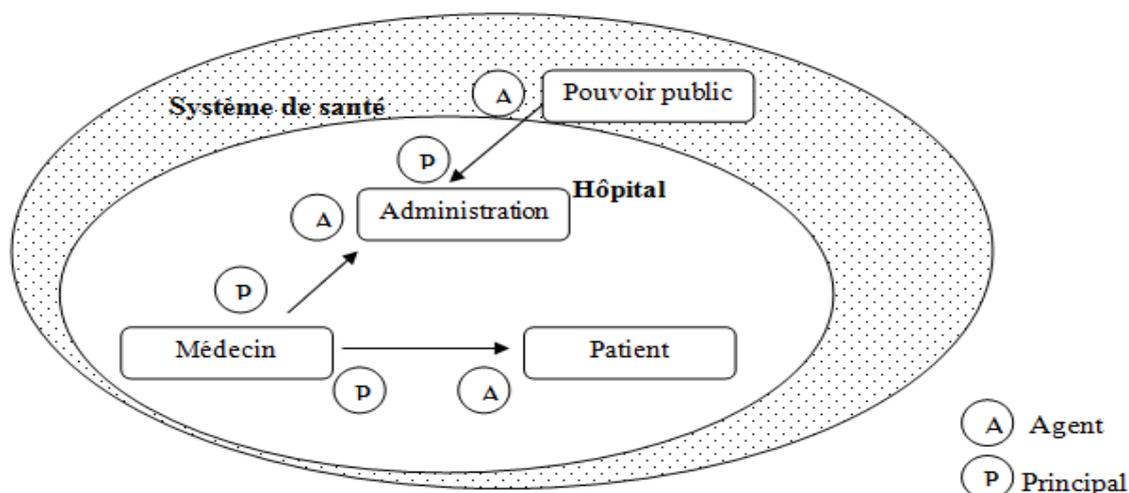
d'un risque *ex poste* puisqu'il intervient après le financement effectif. L'agent peut utiliser les fonds contrairement aux attentes du principal. Il peut y avoir aléa moral sur l'effort déployé par l'agent et/ou sur l'utilisation effective des fonds alloués. La solution est donc de favoriser la signature de contrats incitatifs.

L'application du modèle principal-agent à la santé présente deux avantages principaux. L'approche est jugée plus réaliste et permet d'appréhender les relations réelles. (Mougeot, 1986b). Ensuite, elle permet d'explicitier les dysfonctionnements du système considéré comme « un ensemble d'agents décentralisés poursuivant des objectifs divergents en situation d'information imparfaite » (Mougeot, 1986a).

Les relations d'agence au niveau du système de santé (que la figure n°2, qui suit, schématise) sont multiples et à plusieurs étages : patient assuré-assureur, patient –médecin, administration – pouvoir public, administration –médecin...

Au niveau interne une double asymétrie marque l'organisation hospitalière. L'administration occupe une place centrale dans la mesure où elle est l'agent du pouvoir public et le principal du médecin. La relation entre l'administration hospitalière et le pouvoir public se caractérise par une inobservabilité des efforts. Les ressources de l'hôpital sont allouées par le ministère des finances qui délègue à l'administrateur la fonction de gestion. Dans ce cas, le principal est confronté à deux types de difficultés. La sélection adverse complique sa décision de financement. D'un côté, il ne connaît pas la formation des coûts au sein de l'hôpital et n'a qu'une connaissance statistique des charges en milieu de l'hôpital. De l'autre, l'aléa moral l'empêche de savoir comment l'agent remplit effectivement sa part du contrat, puisque l'effort de l'administrateur est difficilement mesurable.

**Figure n° 2 : Relation d'agence dans le système hospitalier**



Source : réalisé par nos soins

Une relation d'agence avec aléa moral et sélection adverse se forme aussi entre l'administration de l'hôpital (principal) et les médecins (agents). Le médecin est le seul détenteur de l'information sur les coûts. L'administration ne peut donc se fier qu'à l'information donnée par le médecin pour déterminer le budget. Dans ce sens, ce dernier aura tout intérêt à maximiser l'activité et le besoin de son service pour accroître son budget. Les deux acteurs ont donc des objectifs différents. Il y a un phénomène de sélection adverse puisque l'administration ne peut observer que la moyenne des coûts et non leur formation dans chaque service. D'autre part, l'aléa moral ne permet pas d'observer concrètement le niveau d'effort du médecin. La logique du médecin sera de maximiser un budget tout en minimisant son effort. Une solution optimale, pour l'administration hospitalière sera de forcer le médecin à révéler l'information sur ces besoins par l'intermédiaire de contrats incitatifs (Moisson, 1997).

Le contrôle s'effectue donc au moyen de la contractualisation. A l'hôpital les contrats en question sont de type « objectifs-moyens », arbitrant les relations administration-médecin. Ces contrats « explicitent des objectifs à atteindre et sont généralement assortis d'une allocation de moyens et d'une analyse des actions permettant d'atteindre les objectifs définis » (Demeestère et al. 2004).

Mais il s'agit à l'évidence de contrats imparfaits (Pouvoirville et Tedesco, 2003) car contrairement aux contrats passés dans les organisations industrielles et commerciales, il n'y a pas de recours aux sanctions pour pénaliser les éventuelles déviances. En effet, le responsable, chef de service, est un médecin, praticien hospitalier ou a fortiori professeur des universités dans le cas des centres hospitaliers universitaires ; quel sanction l'administration hospitalière pourrait elle leur infligé si les termes du contrat ne sont pas rempli ? D'autant plus que le responsable médical n'a souvent qu'une maîtrise limitée des facteurs qui influencent son activité puisqu'il n'a de réel contrôle ni sur la file active des patients (en amont) ni sur les processus (et donc les coûts) qui lui sont rattachés. (Lartigau, 2010)

Cette logique contractuelle est en fait basée sur un paradigme organisationnel qui n'a que peu de rapports avec une organisation professionnelle telle que l'hôpital. L'existence de deux hiérarchies distinctes entre d'une part les médecins et d'autre part les administrateurs consacre en fait un modèle organisationnel marqué par l'équilibre des pouvoirs (Young et Saltman, 1985) dans lequel une obligation de contrôle et de soumission et des professionnels vis-à-vis de l'administration perd toute signification.

### 1.2.3 La théorie des formes organisationnelles d'Ouchi

Avant de se référer à la théorie des coûts de transaction de Williamson, Ouchi (1977) se positionne dans la lignée des théoriciens des organisations et précise sa pensée progressivement au cours des années 1970.

L'auteur (Ouchi, 1977, 1978) s'inspire des réflexions de March et Simon (1971), et définit ainsi le contrôle organisationnel comme un processus de surveillance, d'évaluation et de retour d'information. Deux phénomènes peuvent seulement être contrôlés : le comportement et les résultats (résultants eux-mêmes du comportement). Il en découle alors deux modes de contrôles : le contrôle basé sur une supervision directe et le contrôle sur les résultats. Ces deux types de contrôles ne sont pas substituables, Ouchi (1977) établit une matrice (figure ci-dessous) qui décrit la pertinence de telle ou telle forme en fonction du degré de connaissance du processus et la capacité à mesurer les résultats.

Le contrôle des comportements (*behavior control*) s'applique lorsque le processus de production est maîtrisé mais qu'on ne peut pas mesurer ses résultats. Le contrôle des résultats (*output control*) lui, est appliqué quand le processus n'a pas besoin d'être connu mais qu'on peut en mesurer les résultats. Lorsque les deux conditions sont réunies les deux formes peuvent s'appliquer indifféremment. Le contrôle devient plus compliqué quand il n'est possible de connaître précisément ni le processus de production ni ses résultats. Dans ce cas, seul un contrôle par les rituels peut être envisagé.

**Tableau n° 1: 1<sup>ère</sup> version la matrice des modes de contrôle d'Ouchi**

		Knowledge of transformation processes	
		Perfect	Imperfect
Availability of Output Mesasures	high	Behavior Control  Or Output Control	Output Control
	low	Behavior Control	Ritual

Source: Ouchi, W.G. (1977). The relationship between organizational structure and organizational control. *Administrative Science Quarterly* 22 (1): 95

Bien qu'Ouchi (1977) ne fasse pas référence à l'organisation hospitalière dans son article<sup>1</sup>, l'analogie avec l'activité de l'organisation hospitalière est nette : difficulté de mesurer les résultats et méconnaissance du processus de production de soins ; tout concourt à la définir comme une activité immatérielle, difficilement contrôlable. Ainsi, l'activité hospitalière peut faire plutôt l'objet d'un contrôle lâche, ritualisé, tel qu'inscrit en cellule quatre de la matrice.

A la sortie de l'ouvrage de Williamson (1975), Ouchi (1980) ajuste son modèle et oriente sa réflexion sur les mécanismes de régulation et de contrôle en s'inspirant de la théorie des coûts de transaction. Dans cette théorie, deux principaux mécanismes permettent de réguler les transactions entre les parties : le marché et la hiérarchie. Dans la régulation par le marché, la transaction entre les acteurs se fait par l'intermédiaire d'un prix. Le développement de la complexité des échanges a par la suite engendré la croissance des coûts de transaction à un point tel qu'il est devenu préférable de créer une structure de régulation des échanges entre les agents : la hiérarchie. Celle-ci se justifie si les transactions entre les acteurs peuvent s'effectuer à un coût moindre que dans un marché. Ainsi Ouchi (1980) avance que « pour réguler les transactions de manière efficiente, n'importe quelle forme organisationnelle doit réduire soit l'ambiguïté de l'évaluation de la performance soit la divergence de buts entre les parties » Pour cela l'auteur propose trois formes de régulation : le marché, la bureaucratie (hiérarchie) et le *clan*. Le modèle proposé par Ouchi (1980) peut être synthétisé ainsi :

**Tableau n° 2 : 2<sup>ème</sup> version de la matrice des modes de contrôle d'Ouchi**

		Divergence des buts	
		faible	élevée
Ambiguïté de la Performance	faible		Marché
	élevé	Clan	Bureaucratie

Source : Adapté d'Ouchi (1980)

Le marché est un moyen de régulation adéquat dans un environnement compétitif où les prix et le profit assurent la mesure de performance. Au sein d'une organisation, ce mode de contrôle peut être adapté en créant des centres de profit, dont la direction examinerait les recettes et les couts pour comparer leurs performances. Elle agit ainsi comme les actionnaires qui étudient les performances des différentes organisations sur le marché financier. S'il n'ya pas de

<sup>1</sup> La mention est toute fois implicite : Ouchi fait référence dans la bibliographie de son article à la contribution de Perrow (1965) *Hospitals, Technology, Structure and Goals Handbook of Organizations* Chicago: Rand McNally .

concurrence ou celle-ci ne peut pas être simulée, l'organisation a recours à un mode de contrôle bureaucratique (Rosimeri, 2003).

Le contrôle bureaucratique permet de normaliser les comportements des acteurs par l'instauration de règles, procédures et processus de surveillance. Ces règles décrivent généralement les processus devant être mis en place, les normes de produits ou de qualités. Les managers évaluent dans quelle mesure ces procédures ont été mises en pratique.

Lorsque l'environnement est complexe et changeant et que l'incertitude et l'ambiguïté de la performance sont par conséquent élevées, ni le marché ni la bureaucratie ne parviennent à donner à l'organisation suffisamment de contrôle pour réguler les relations. Dans ce cas, le clan est le mode de régulation permettant de réduire la divergence des buts tout en tolérant un niveau élevé d'ambiguïté dans l'évaluation de la performance.

Ce dernier mode de contrôle est adéquat à l'organisation hospitalière. La régulation des échanges entre les acteurs de l'organisation se fait par le moyen d'un processus de *socialisation* durant lequel les normes et les valeurs du groupe sont intériorisées par l'individu.

Ce mécanisme de médiation est fréquent dans les groupes caractérisés par une solidarité organique tels que dans les professions et la profession médicale représente le modèle d'organisation organique par excellence. Le long parcours de formation et de socialisation des étudiants en médecine favorise l'adhésion à des valeurs professionnelles fortes. L'allégeance au serment d'Hippocrate, l'appartenance à un ordre professionnel, les rites d'intégration des nouveaux internes, le partage des repas en commun dans l'internat... L'ensemble de ces pratiques renforcent ce sentiment d'appartenance aux valeurs communautaires.

Le contrôle par le clan permet un haut degré de discipline interne. L'attitude des individus en son sein est régulée par un autocontrôle mutuel. Ainsi, la régulation des relations entre les individus ne nécessite pas de coûts de transaction élevés (Bourn et Ezzamel, 1987) car les normes autorégulatrices des professionnels réduisent le recours à des dispositifs de contrôle formalisés (Hall, 1967).

Cette perspective nous ramène donc au courant relatif à la sociologie des organisations, habituellement employée pour traiter des problèmes liés au contrôle des organisations professionnelles en général.

#### **1.2.4 Approche de la sociologie des organisations du contrôle organisationnelle**

La préoccupation essentielle de la sociologie des organisations est de comprendre les relations entre l'organisation et ses employés professionnels. Cette relation est vue comme conflictuelle,

car les normes et les valeurs organisationnelles et professionnelles sont fondamentalement incompatibles (Abernethy et Stoelwinder, 1990).

Blau et Scott (1963, p.62-63) ont été parmi les premiers auteurs à présenter une synthèse des principales caractéristiques du mode de contrôle vis-à-vis des professionnels. L'idée fondamentale avancée par ces auteurs est que ce mode de contrôle est de nature professionnelle et diffère totalement du contrôle hiérarchique exercé dans les organisations bureaucratiques. Le contrôle professionnel a deux sources : L'une interne, matérialisé par un code de conduite professionnel, intériorisé lors du long processus socialisation et de formation, et l'autre externe, exercée par les pairs qui sont apte à juger du travail et de la performance professionnels.

Le contrôle dans les organisations professionnels est donc basé sur une « *communauté d'égaux* » (Freidson, 1989, p.111), qui seuls ont l'aptitude d'émettre des jugements professionnels.

S'appuyant sur cet héritage de la sociologie des organisations, Mintzberg (1982) présente sa modélisation des organisations en configuration structurelles. Une modélisation qui valide les acquis antérieurs et s'impose depuis comme un modèle de référence des théories des organisations. Dans la configuration structurelle qu'il désigne sous l'appellation de *bureaucratie professionnelle*, le centre opérationnel regroupe en un point névralgique les professionnels employés par l'organisation.

Le fait que contrôle soit exercé par les pairs au sein de cette structure organisationnelle donne une caractéristique importante à la bureaucratie professionnelle : c'est une structure fortement décentralisée « *aussi bien verticalement qu'horizontalement* » (Mintzberg, 1982, p.315). Il en va de soi, que la supervision d'un tel ensemble par une ligne administrative au moyen de procédures bureaucratiques ne peut qu'aboutir à un échec. Mais la question du contrôle reste tout de même centrale car la décentralisation, comme l'écrit Bernoux (2009), crée un besoin de coordination et de gestion des interfaces.

A peu près au même moment, Scott (1982) présente dans son article majeur une description approfondie des modes de contrôle dans les organisations de santé. Deux types d'organisations professionnelles peuvent être identifiés, classé en fonction de la manière dont le pouvoir est réparti entre opérationnels (professionnels) et les administrateurs. Il distingue ainsi : l'organisation professionnelle autonome, l'organisation professionnelle hétéronome.

Dans l'organisation professionnelle autonome les fonctionnaires de l'organisation délèguent une responsabilité importante aux professionnels qui définissent les objectifs organisationnels, établissent les standards de performance, et voient s'ils sont respectés. Les professionnels s'auto-organisent sans qu'un contrôle de leurs activités ne puisse être effectué par l'institution

qui les emploie. Une frontière est tracée entre les missions dont les professionnels ont la responsabilité et celles des administrateurs.

Dans l'organisation professionnelle hétéronome, les professionnels sont soumis à une structure administrative et leur autonomie est relativement faible. L'activité des professionnels est soumise à une routine et une supervision plus étroite, de sorte qu'il est difficile de distinguer un périmètre de responsabilité qui leur est propre.

Traditionnellement, les hôpitaux généraux, universitaires tout comme les universités, les centres de recherche fondamentale ou encore les cabinets juridiques, appartiennent à la première catégorie. D'après Scott (1982), la raison la plus communément admise pour classer ces organisations dans ce modèle-type est qu'elles offrent une réponse aux caractéristiques spécifiques du travail qui y est réalisé, à savoir : « *un travail considéré comme inhabituellement complexe, incertain, et d'une grande importance sociale* ». Pour assurer les meilleurs résultats possibles.

A l'hôpital, avec ses conditions complexes de travail, le contrôle ne trouve sa légitimité que s'il est exercé par le corps médical et non par l'administration ; un contrôle profane est considéré comme inopportun. De fait, il y a une frontière bien établie entre un contrôle sur l'activité médicale et un contrôle administratif sur l'économie générale du système (Lartigau, 2010).

Un autre article très représentatif de l'utilisation de l'approche des sociologies des organisations dans les organismes de santé est celui d'Abernethy et Stoelwinder (1990). L'idée centrale qu'avancent ces auteurs est que la réussite des stratégies managériales au sein des hôpitaux dépend de l'acceptation par les médecins des objectifs managériaux. À l'évidence, cette acceptation est peu probable en raison des divergences fondamentales qui existent entre les managers et les professionnels médicaux au sujet des normes et valeurs bureaucratiques. Ces divergences se concrétisent par : la résistance des professionnels aux standards et règles bureaucratiques, la résistance à la supervision bureaucratique et à d'autres modes de contrôle formel, la loyauté conditionnelle à la bureaucratie.

Il en découle une difficulté importante à aligner les professionnels médicaux à un cadre de pensée et d'action de type bureaucratique conçu pour une organisation fondée sur l'unité de commandement, qui comme nous avons pu voir ne caractérise pas l'hôpital. Ainsi l'efficacité du contrôle de gestion reposera sur une attitude volontaire des professionnels médicaux, laquelle n'est pas gagnée compte tenu de leur système de pensée et de la formation qu'ils ont eue.

## 2. Difficulté de mesure du produit hospitalier

Le contrôle de gestion est une activité dont le but est d'aider l'organisation à améliorer sa performance. Sa mise en place effective ne peut s'enclencher que lorsqu'on détermine un support d'évaluation de cette performance. Dans sa première phase de développement, le contexte dominant du contrôle de gestion était l'entreprise industrielle et son support était le produit fini (*l'output*) qu'il s'agissait de déterminer, mesurer, et auquel il fallait associer des charges pour lui octroyer une valeur économique. Depuis, le contexte a changé et les outils de comptabilité de gestion avec, mais la définition d'un produit est toujours une condition préalable à la mise en place d'un système de contrôle de gestion. Or la notion de produit ou de production hospitalière soulève des questions théoriques majeures.

Quel est ce produit ? La mise en œuvre de toute analyse économique des choix à opérer en matière de santé se heurte à une difficulté première : la mesure du produit de la santé (Labourdette, 1988). Cette difficulté s'explique par le fait que ce produit n'est pas réellement connu, la production est plus un « *ensemble de processus d'utilisations coordonnées de ressources* » (Valette, 1996) dans le but de satisfaire les besoins du patient, sachant que ces besoins varient, qu'ils sont d'une complexité variable et qu'ils demandent différents services à différents moments.

La définition du produit hospitalier se pose depuis la création des hôpitaux et on peut retrouver trace des débats sur la question dès le début du XX<sup>e</sup> siècle (Preston, 1992).

Le problème traité par l'économie de la santé est celui d'une répartition rationnelle des ressources afin de réduire ou de prévenir les différentes formes de morbidité. Le but est donc de rechercher les solutions les plus efficaces à moindre coût. Ceci relève alors du champ macroéconomique et de l'ensemble des études concernant l'organisation du système de santé et la place accordée à la santé dans l'économie.

Au niveau micro-économique, c'est le changement d'état du patient lui-même qui devient objet d'étude. Alors, comme le note (Gervais, 1983), On pourrait penser que le produit obtenu est le malade guéri, mais qu'est ce qu'un malade guéri ? Tenter d'appréhender la nature de l'output de l'hôpital en se référant aux missions qu'il remplit, revêt un caractère peu opérationnel en raison du flou qui entoure les concepts de soins et de guérison. (Lévy, 1976). Ces notions font référence à l'état de santé des personnes définit selon l'organisation Mondiale de la Santé comme un " état complet de bien-être physique, mental et social ", concept clairement difficile à opérationnaliser.

De plus l'évolution continue des diagnostics et traitements médicaux depuis la création de la médecine moderne rend très difficile la construction d'une mesure standardisée de l'activité hospitalière (Preston, 1992). « Il n'existe pas de fonction de production permettant de relier les moyens utilisés à un produit hospitalier, qui en lui-même n'est en rien facile à mesurer » (Engel et al. 1992). L'extrême complexité de cette production est donc un défi posé à l'application de règles comptables issues de l'univers des entreprises industrielles.

Strauss (1985) parle de « *trajectoire de maladie* » pour illustrer cette complexité, concept repris par la suite par Adam et Herzlich (2007, p.102). Cette trajectoire concerne à la fois l'évolution de l'état physiologique et psychologique du patient pris en charge mais également toutes ses répercussions sur l'organisation du travail et le partage des tâches entre les acteurs impliqués dans ce processus. La prise en charge du patient sollicite en effet la participation de différentes compétences et met en contact un nombre important d'intervenants (médecins, infirmières, radiologues, kinésithérapeute, aide soignante, etc.)

En outre, si dans la plupart des organisations l'enchaînement des tâches au niveau du processus de production s'effectue selon une séquence unique et préétabli, il n'en est pas de même à l'hôpital. L'activité est sans cesse ébranlée par le caractère contingent et imprévisible des cas (patient) accueillis et de leurs réactions aux traitements octroyés. C'est l'une des particularités de l'organisation hospitalière que de gérer en permanence l'incertitude liée au processus de production: « *le travail médical s'applique en effet à du « matériau humain » qui n'est pas inerte mais qui au contraire, réagit* » (Ibid.).

En somme, la problématique du produit hospitalier est résumée par Pettersen (1995)<sup>2</sup> :

- L'input hospitalier est immatériel il n'est donc difficile de porter une opinion sur un service médical comme pour un produit industriel. L'évaluation de la qualité de la prestation de soin et la quantité de produit nécessaire ne sont pas simples à mesurer et reposent sur le jugement des professionnels. Par conséquent, ce monopole professionnel de production et d'évaluation rend difficile les mesures courantes en contrôle de gestion.
- L'activité de soins a lieu dans le cadre d'une interaction en face-à-face entre le professionnel et son client (le patient traité). L'administration n'est pas en mesure d'intervenir dans cette relation.

---

<sup>2</sup> La définition donnée par Pettersen est proche de l'approche de Gervais (2009, p.723-725) pour les activités de service ; ce dernier met en exergue le fait que le produit final est immatériel et non stockable et que le personnel est en contact avec le client (Gervais (2009) *Contrôle de gestion*. Paris: Economica, 9<sup>e</sup> édition)

- Contrairement au produit industriel, la production et la consommation de soins se fait de manière simultanée. Le produit (le soin) n'est pas stockable, ce qui empêche de gérer les à-coups de la demande. Ce paramètre réduit la flexibilité des organismes hospitaliers et introduit une source d'incertitude supplémentaire.

### 3. La canalisation des buts

L'un des principes fondamentaux du contrôle de gestion est la nécessité de canaliser les buts personnels des employés de manière à ce qu'ils soient en conformité avec ceux de l'organisation (Merchant, 1982 ; Anthony, 1988, p.14 ; Horngren et al. 2006, p.5).

Le maintien de la convergence des buts (*goal congruence*) au sein de l'organisation est, depuis longtemps, une finalité reconnue du contrôle de gestion et de ses instruments (Anthony 1965). Il constitue certes un idéal à atteindre, mais il ne peut jamais être obtenu complètement, même pour les organisations à but lucratif, car chaque acteur de l'organisation poursuit avant tout ses propres objectifs (Merchant et Van der Stede, 2003, p.10). Pour contre carer ce phénomène le système de pilotage de l'organisation doit donc prévoir des leviers pour inciter le personnel de l'organisation à œuvrer dans une même direction.

Dans les organisations à but lucratif comme les entreprises industrielles et commerciales, l'objectif primordiale (mais pas l'unique) est celui du profit (Anthony, 1993, p.178) ou de la maximisation de la valeur actionnariale (Merchant et Van der Stede, 2003, p.638). Cette concentration sur le profit (le gain ou la valeur actionnariale) est un thème unificateur pour la fonction contrôle de gestion (Anthony, 1993, p.178), d'autant plus qu'il est compréhensible par tous et facilement mesurable.

L'hôpital public, comme nous l'avons vu dans les développements précédents, est à la fois une organisation professionnelle, à but non lucratif et de statut public. La définition des objectifs organisationnelle y est donc plus compliquée. Comme l'a montré Hofstede (1981), les objectifs poursuivis par les organisations publiques, et en particulier ceux d'une organisation professionnelle, se caractérisent par leurs ambiguïtés.

Cette ambiguïté est la source de l'incohérence et de la divergence qui peut se créer entre *ceux « qui ont leur mot à dire sur l'activité »* et *« les autorités supérieures »* (Ibid.).

Laufer et Burlaud (1980, p.271-272) propose un point de vue original sur la question des objectifs organisationnelle. Selon ces auteurs, les services publics se caractérisent par un certain équilibre des pouvoirs entre les différentes parties prenantes internes et externes (autorité de tutelle, syndicats, usagers, personnel etc.). Or l'élaboration de mécanismes de contrôle de gestion orienté par essence vers la recherche d'une plus grande rationalité économique remet en

cause l'équilibre des pouvoirs en présence, au bénéfice des managers de l'organisation. Les autres groupes (en particulier le personnel et les syndicats qui le représentent) seront pénalisés puisque leur mode d'expression privilégié n'est généralement pas celui de la rationalité économique ce qui diminue de la cohérence et de la cohésion au sein l'organisation.

Au niveau de l'organisation hospitalière cette thèse reste tout à fait pertinente dans la mesure où la transplantation d'une fonction de contrôle de gestion est certainement avantageuse pour les administrateurs hospitaliers, les autorités de tutelle, mais très rarement pour le personnel médical et paramédical puisque généralement la problématiques de gestion des ressources n'est pas la principale préoccupation chez les professionnels de santé.

Pour revenir à notre problématique des buts à l'hôpital, celle-ci se scinde en réalité en deux questions : celle des buts poursuivis eux-mêmes (quels sont-ils à l'hôpital ?) et celle de la capacité de l'organisation hospitalière à les faire converger.

Pour ce qui est de la première question : Les objectifs de l'organisation professionnelle (Scott, 1965), sont fixé par des professionnels, lesquels constituait le groupe dominant de cette structure. C'est en principe le cas au niveau des organismes hospitaliers (Scott, 1982) ou les administrateurs sont essentiellement chargés de faire en sorte de donner aux professionnels les moyens leurs permettant de fonctionner au mieux. Concernant la deuxième question, dans l'hypothèse que les objectifs de l'organisation hospitalière devenait claires, on imagine difficilement quelles peuvent être les incitations de l'administration vis-à-vis des professionnels médicaux. Le système de contrôle des professionnels est comme nous l'avons vu un contrôle de type clanique qui reposant sur une longue période de socialisation. Le système de contrôle de type purement bureaucratique qui structure la pensée classique en contrôle de gestion est assez mal adaptée au contexte hospitalier. (Lartigau, 2010)

En résumant, la problématique de la convergence des buts se heurte à des problèmes de fond au niveau des organisations complexes telles que les organisation hospitalière. Les professionnels médicaux et paramédicaux (Mayon fort de cet organisme) et les managers n'obéissent pas à la même logique.

La question que nous venons de traiter est d'une grande importance puisqu'elle conditionne les mécanismes d'évaluation de la performance, car si les buts ne sont pas claires ou pas partagés par tous, sur quelle base apprécier la performance alors ? Ce qui pose donc la question de la performance elle-même : comment la définir pour une organisation de soins ?

#### 4. La problématique de la performance hospitalière

La performance est une notion indissociable au contrôle de gestion. Ce dernier peut d'ailleurs être défini « comme étant le pilotage de la performance. » (Demeestère, 2002, p.12). Au nom de cette notion sont mis en œuvre l'ensemble des dispositifs techniques de la discipline (Berland, 2014). Malgré son usage courant il n'est pas aisé de définir la performance même dans les milieux les plus stables et les plus prévisibles.

Selon Bourguignon (2000) le mot performance vient de l'ancien français « parformer » apparu au 13<sup>ème</sup> siècle et qui, signifiait “accomplir, exécuter”. Contrairement à son sens français, la performance en anglais « contient à la fois l'action, son résultat et éventuellement son exceptionnel succès » (Bourguignon, 1995, p.62).

La notion de performance vue par Taylor au début du vingtième siècle est bien différente de celle d'Hollnagel (2006) au 21<sup>ème</sup> siècle (Cambon J., 2007). Taylor relie la performance de l'organisation à la sélection scientifique des ouvriers, à la division du travail, au perfectionnement de leurs connaissances, etc. Pour Hollnagel aujourd'hui, la performance de l'organisation s'associe à sa résilience organisationnelle, c'est-à-dire à sa capacité intrinsèque à s'adapter aux changements et à revenir à un état stable (Hollnagel et al., 2006).

C'est une notion qui évolue. Ses multiples figures, la difficulté de la décrire, de la représenter, font ainsi découler le caractère complexe du construit de performance et la difficulté produite de l'appréhender. (Bouamama 2015)

Cependant, un tour d'horizon de la littérature permet de constater que les recherches traitant de cette notion s'accordent sur certaines de ses caractéristiques (Tahon, 2003) :

- La performance dépend d'un référent : l'objectif à atteindre. Comme le définit Lorino, « est performant, tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à atteindre les objectifs ». (Lorino, 2003);
- La performance est subjective car elle dépend de la vision de celui qui la définit. Elle s'analyse depuis un point d'observation. Dans l'organisation, ces derniers peuvent être nombreux (internes ou externes) qui observent l'institutions en fonction de leurs attentes (Dirigeant, employés, Fournisseurs, clients..) (Fermon, 2015).
- La performance peut être considérée comme un construit, observable et représentable à l'aide de plusieurs indicateurs. Elle est difficilement mesurable et observable directement et ne peut ainsi être appréhendée, comme il est souvent fait, comme un concept unidimensionnel évalué avec un indicateur unique (Saulquin et Maupetit, 2004) .

Les gestionnaires et les économistes la définissent comme le produit de l'efficacité, de l'efficience et de la pertinence (Mione, 2005). L'efficacité traduit la capacité d'une organisation à atteindre ses objectifs, elle est ainsi la liaison entre les résultats obtenus et les objectifs préétablis (l'objectif poursuivi est-il atteint?). L'efficience consiste à maximiser la quantité de produits ou de services à partir d'une quantité donnée de moyens et de ressources. Enfin, la pertinence traduit l'articulation entre les moyens alloués par l'organisation et les objectifs qu'elle s'est fixés (les ressources mis en œuvre s'accordent-ils aux objectifs?).

Mais c'est justement là que se pose la problématique des objectifs poursuivis par l'organisation. Pour la firme industrielle et commerciale la notion d'efficacité est tout à fait adaptée. Dans ce contexte l'argent constitue un langage commun, l'appréciation de l'efficacité se fait alors généralement en termes essentiellement financiers.

Toute autre est la situation des organisations non lucratives et professionnelles dans lesquelles « *la mesure des performances (...) est une tâche difficile et les résultats sont très subjectifs* » (Anthony, 1993, p.49). La performance y est défini par la capacité de l'organisation à remplir ses mission, en gérant au mieux ses ressources (Demeestère, 2002, p.11) ou plus précisément pour les organisations publiques, de répondre à un besoin d'intérêt général sous la contrainte du respect d'un budget (Laufer et Burlaud, 1980 p.301). Dans ce contexte, la notion d'efficience paraît plus adaptée.

Mais la performance hospitalière n'est pas que l'efficience, la multiplicité des acteurs au niveau des établissements de santé et leurs spécialisation les amènes à considérer la performance en fonction de leurs spécialité. Au même titre que dans les entreprises, les établissements de santé vivent des tensions entre les différentes populations qui les composent. Les médecins sont préoccupés par la pertinence des soins procurés aux patients. Le personnel soignant est au contact des malades et a des objectifs de qualité de prise en charge prenant en compte des besoins autres que ceux exclusivement liés à la pathologie. Les administrateurs, quand à eux, poursuivent des objectifs relatifs à leurs spécialités, qui n'ont pas de lien direct avec l'activité de soins mais qui sont transversaux : tenir la comptabilité de l'organisation, réaliser un système d'information, mettre en place un plan de formation etc..

La disparité des objectifs poursuivis par ses différentes parties prenantes et les divergences qu'elles occasionnent, rendent une définition partagée de la performance souvent difficile. Toute la difficulté réside alors dans le caractère multidimensionnel et subjectif de la performance (Sponem et Chatelain-Ponroy, 2010).

## Conclusion

Il apparaît, au terme de notre exploration des paradigmes du contrôle de gestion que ceux-ci ne sont, a priori, pas tout à fait imaginé pour l'univers hospitalier. Ils ont été établis pour des processus industriels répétitifs (Hofstede, 1978) et en vue de dégager du profit. Or l'hôpital ne s'inscrit justement pas dans cette logique marchande. La philosophie sous-jacente à l'activité médicale s'accorde mal avec une activité qui repose sur des considérations économiques puisque l'hôpital répond avant tout à une demande sociale.

À l'hôpital, la dimension technique du contrôle de gestion peut trouver ses limites et le contrôle de l'organisation doit passer par des mécanismes plus informels tels que la culture ou le langage (Burlaud et Malo, 1988). La vision déduite est alors celle de la difficulté des modes de contrôles de type hiérarchiques à trouver place dans l'organisation hospitalière. En outre pour asseoir un système de contrôle de gestion dont le but est d'améliorer la performance de l'organisation, il est nécessaire de définir, avant tout, le support de cette évaluation. Ce support n'est autre que l'output ou le produit. Or l'extrême complexité des processus de soins constitue un défi à la définition précise du produit hospitalier et à l'application de règles comptables issus de l'univers industriels (Iartigau, 2010). De plus la multiplicité des acteurs (médecins, personnels soignants, administrateurs.. etc) et la diversité des buts qui découlent de leurs spécialisations distinctes rendent le contenu de la performance hospitalière totalement hétérogène et pas aisément mesurable.

Cependant, malgré les limites conceptuelles dont nous avons fait part, la question du contrôle de gestion dans les organismes hospitaliers se pose aujourd'hui avec une acuité sans précédent (Saulpic, O. et al. 2016). En effet, l'évolution économiques et réglementaires qui affectent la gestion des systèmes de santé ont toutes comme objectif prioritaire la maîtrise des dépenses et l'amélioration de la performance. La nouvelle loi organique relative à la loi de finances n° 130-13 institue de nouvelles règles d'élaboration et d'exécution du budget de l'Etat, reposant sur trois piliers dont le premier est le « Renforcement de la performance de la gestion publique » et cela passe par une mise à jour des modes de gestions actuels et l'adaptation des outils de contrôle de gestion à l'organisation hospitalière.

## Référence bibliographique

- Abernethy M., Stoelwinder, J.U. (1990). Physicians and resource management in hospitals: an empirical investigation. *Financial Accountability & Management*. pp. 17-31.
- Adam, P., Herzlich, C. (2007), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris: Armand Colin.

- Anthony, R. (1965), *Planning and Control Systems - A Framework for Analysis*. Boston, Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Anthony, R.N. (1988), *The management control function*, Boston: Harvard Business School Press.
- Anthony, R.N. (1993), *La fonction contrôle de gestion*, Paris: Publi-Union.
- Berland, N. (2014), *Le contrôle de gestion: Que sais-je ?*, Presses Universitaire de France.128p
- Bernoux P. (2009). *La responsabilité des managers*. *Vie sociale*, pp.117-134
- Blau, P.M., Scott, R.W. (1963), *Formal organizations, a comparative approach*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bollecker, M. et Naro, G. (2014), *Le contrôle de gestion aujourd'hui*. Vuibert : Paris
- Bouamama, M. (2015). *Nouveaux défis du système de mesure de la performance : cas des tableaux de bord*. *Gestion et management*. Université de Bordeaux. France.
- Bourguignon, A. (1995).Peut-on définir la performance ?. *Revue Française de Comptabilité*, p. 61-66
- Bouquin, H. (2005), *Les fondements du contrôle de gestion*, Paris: Presses universitaires de France, 3<sup>o</sup> édition mise à jour.Oxford : Oxford University Press.
- Bourguignon A. (2000). *Performance et contrôle de gestion*. *Encyclopédie de Comptabilité. Contrôle de gestion et Audit*, Ed. Economica, pp. 931-941.
- Bourn, M., Ezzamel, M. (1987). *Budgetary devolution in the National Health Service and universities in the United Kingdom*. *Financial Accountability & Management*. pp 29-45.
- Domin, J.P. (2010). *Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières*. *Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management*, France.
- Cambon J. (2007), *Vers une nouvelle méthodologie de mesure de la performance des systèmes de management de la santé-sécurité au travail*. Thèse de doctorat en sciences et génie des activités à risques, Ecole des mines de paris.
- Chiapello, E.(1996), *Les typologies des modes de contrôle et leurs facteurs de contingenc., Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 2, Vol. 2.
- Demeestère, R., Lorino, P., Mottis, N. (2004), *Contrôle de gestion et pilotage*, Paris: Dunod.
- Delbridge, R., Ezzamel, M. (2005). *The strength of difference: contemporary conceptions of control*. *Organization* 12 (5). pp 603-618.

- Dermer, J. (1988). Control and organizational order. *Accounting, Organizations and Society*, V. 13, N° 1. pp. 25-36
- Engel F., Moisdon J.C. et Tonneau D. (1992). Contrainte affichée ou contrainte réelle ? Analyse de la régulation du système hospitalier public Français. Cahier de recherche n°1. École des Mines. Paris
- Etzioni. A (1965). Dual Leadership in Complex Organizations. *American Sociological Review*. Vol 30. pp 688-698.
- Fermon. B (2015), Performance et Innovation dans les établissements de santé, Paris : Dunod
- Freidson, E. (1989), *Medical work in America, essays on health care*, New Haven: Yale University.
- Gervais M. (1983), *Contrôle de gestion et planification de l'entreprise*, Economica, 2eme Ed
- Grolier, J., Médée, P., Pérard Y., (2014), *La comptabilité de gestion*, Vol 2, Presses de l'EHESP.
- Hall, R.H. (1967). Some organizational considerations in the professional-organizational relationship. *Administrative Science Quarterly*, 12 (3), 461-478.
- Hatch, M.J. (1997). *Organization theory. Modern, symbolic and postmodern perspectives*.
- Hatch, M. J., & Cunliffe, A. L. (2006). *Organization Theory Modern, Symbolic, and Postmodern Perspectives* (2nd ed.). New York Oxford University Press.
- Hofstede, G. (1978). The poverty of management control philosophy. *Academy of Management Review* 3. 450-461.
- Hofstede, G. (1981). Management control of public and non-for-profit activities. *Accounting, Organizations and Society* 6 (3): 193-211.
- Hollnagel E, Woods D., Leveson N. (2006), *Resilience engineering: Concepts and precepts*. Aldershot, UK: Ashgate. 410 p.
- Horngren, C., Bhimani, A., Datar, S., Foster, G. (2006), *Contrôle de gestion et gestion budgétaire*, Paris: Pearson Education France, 3° Edition.
- Jensen M., Meckling W. (1976). Theory of the firm : managerial behavior, agency cost and ownership structure. *Journal of Financial Economics*. 3, pp. 305-360.
- Labourdette A. (1988), *Economie de la santé*, Presses Universitaires de France.

- Lartigau, J. (2010). Le contrôle de gestion à l'heure des réformes hospitalières : une fonction en mutation ? Thèse de doctorat en science de gestion. Université Montpellier 1. France
- Laufer, R., Burlaud, A. (1980), Management public, gestion et légitimité, Paris: Dalloz.
- Lévy E. (1976). L'hôpital est-il une entreprise ?. Revue Française de Gestion, 9-24.
- Lorino P. (2003), Méthodes et pratiques de la performance, Éditions d'Organisations, 3e édition., Paris.
- March, J., Simon, H.A. (1971), Les organisations, Paris: Dunod.
- Markaoui K., Mostafa H., (2018a), Recherche-Intervention : Démarche méthodologique de construction de tableau de bord de la performance hospitalière -CHU Mohammed VI d'Oujda, Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit, N°6, Septembre, pp 148-169.
- Markaoui K., Mostafa H., (2018b), Définition de la performance des services hospitaliers: enquête au sein du CHU Mohammed VI d'Oujda, Revue du Contrôle de la Comptabilité et de l'Audit, N°6, Septembre, pp 315-336
- Merchant, K.A., Van der Stede, W.A. (2003), Management control systems, Harlow: Prentice hall.
- Mintzberg, H. (1982), Structure et dynamique des organisations, Paris: Editions d'organisation.
- Mione A. (2005), De l'affectivité à l'effectivité: l'évaluation par ses membres d'un réseau d'affiliation. Colloque " accompagnement des jeunes entreprises : entre darwinisme et assistantat ", Montpellier.
- Moisdon J-C. (1997), Du mode d'existence des outils de gestion, Edition Séli-Arslan.
- Mougeot M. (1986b). Régulation des dépenses de santé et décentralisation des décisions, Revue d'économie politique. 96(4). p. 359-383.
- Mougeot M. (1986a), Le système de santé, centralisation ou décentralisation ?, Paris, Économica.
- Naro G., Langevin P. (2003), « Contrôle et comportements : une revue de la littérature Anglo-saxonne », Actes du XXIVe Congrès de l'AFC : Louvains la Neuve
- Ouchi, W. (1977). The relationship between organizational structure and organizational control Administrative Science Quarterly 22 (1): 95-113.
- Ouchi, W. (1978). The transmission of control through organizational hierarchy. Academy of management journal 21: 173-192.

- Ouchi, W. (1980). Markets, Bureaucracies and clans. *Administrative Science Quarterly*. 25 (1): 129-141.
- Pettersen, I., J. (1995). Budgetary control of hospitals - ritual rhetorics and rationalized myths? *Financial Accountability & Management* 11 (3).pp 207-221.
- Pouvourville, G. De, Tedesco, J. (2003). La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *Revue Française de Gestion* 29 (146).pp 205-218.
- Preston, A.M. (1992). The birth of clinical accounting: a study of the emergence and transformations of discourses on costs and practices of accounting in U.S. hospitals. *Accounting, Organizations and Society* 17 (1).pp 63-100.
- Saulquin J.Y., Maupetit C. (2004), EVA, performance et évaluation bancaire, Journée de recherche CERMAT " La performance : de la mesure à l'action ".
- Scott, R.W. (1982). Managing professional work: Three models of control for health organizations. *Health Services Research*. 17 (3). pp 213-240.
- Simon, F.X (2015). Les nouveaux visages du contrôle de gestion. Dunod :Paris
- Smith, P. (1993). Outcome-related performance indicators and organizational control in the public sector. *British Journal of Management* 4: 135-151.
- Rosimeri (2003), Les nouveaux mécanismes du contrôle organisationnel, EBAPE.BR (online). Vol.1, n.2, pp.01-23.
- Saulpic, O., Bonnier, C., Lartigau, J (2016). Le contrôle de gestion dans les établissements de santé. Berger Lebrault.
- Solé, A. (1996). La décision: production de possibles et d'impossibles. In: *Traité d'ergonomie*. Ouvrage collectif. Paris: Editions Octares Entreprises.
- Sponem, S., Chatelain-Ponroy, S. (2010). Le contrôle de gestion dans le secteur non marchand. In *Contrôle de gestion, perspectives stratégiques et managériales* (Berland, N., De Rongé, Y.), Paris: Pearson Education France, 473-490.
- Strauss, A. (1985), *The social organization of medical work*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Tahon C. (2003), *Evaluation des performances des systèmes de production*, Série Productique, Hermès, Lavoisier.
- Tannenbaum A.S(1968) *control in organizations*, McGraw-Hill: New York
- Valette, A. (1996). Une gestion stratégique à l'hôpital ? *Revue Française de Gestion*.pp 92-99.

- Williamson, O.E. (1975) *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications*. New York: Free Press.
- Young, D.W., Saltman, R.B. (1985). *The hospital power equilibrium*. Baltimore: Johns Hopkins university press.