



HAL
open science

PRESSIONS ET BUDGET: UNE ETUDE QUALITATIVE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

Irène Georgescu

► **To cite this version:**

Irène Georgescu. PRESSIONS ET BUDGET: UNE ETUDE QUALITATIVE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER. Crises et nouvelles problématiques de la Valeur, May 2010, Nice, France. pp.CD-ROM. hal-00484236

HAL Id: hal-00484236

<https://hal.science/hal-00484236>

Submitted on 18 May 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

PRESSIONS ET BUDGET: UNE ETUDE QUALITATIVE DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

Résumé

Le courant Reliance on Accounting Performance Measures (RAPM), a fait l'objet de nombreuses critiques depuis une décennie. Ces critiques ont porté notamment sur les faiblesses théoriques qui sous-tendent les études réalisées ainsi que sur les outils utilisés pour mesurer ce concept. Peu de recherches qualitatives dans ce domaine ont été menées afin de mieux cerner ce concept. Ce travail exploratoire, réalisé à partir de 31 entretiens semi-directifs, tente de mieux comprendre ce concept ainsi que ses effets sur les professionnels du secteur hospitalier public.

Mots clés : pression budgétaire, manipulation de données, conflit de rôle, hôpital.

Abstract

The Reliance on Accounting Performance Measures concept (RAPM) was the object of numerous criticisms for a decade. Criticisms concern in particular the weakness of the theories which the RAPM is based on. The measurement of this paradigm was criticized; the main attention was to know if the study measured the same concept. Few qualitative researches were conducted to identify what the RAPM paradigm is. This exploratory study, based on 31 semi-directive interviews, try to identify what and how the RAPM appears and what kind of effects it produces on operational agent in public hospital.

Key words: RAPM, data manipulation, role conflicts, Hospital.

INTRODUCTION

De très nombreuses recherches anglo-saxonnes concernant les budgets, plus précisément leur rôle et impact sur les comportements, ont donné lieu à publications. Labellisées sous le nom de Reliance on Accounting Performance Measures (RAPM), ou encore Budget Emphasis, traduit en français sous le terme de « pression budgétaire » (Naro, 1998) « ce courant de recherche constitue la seule masse critique organisée de travaux empiriques en comptabilité de gestion jusqu'à présent » (Brownell et Dunk, 1991 p.703). Défini par Harrison (1993, p. 319) comme « l'accent mis par les supérieurs sur les critères de performance quantitatifs comptables et financiers et qui sont prédéfinis en tant qu'objectifs budgétaires », ce concept a fait l'objet de revues de littérature (Langevin et Naro, 2003 ; Otley et Fakiolas, 2000 ; Hartmann, 2000 ; Briers et Hirst, 1990) sur le plan théorique mais aussi méthodologique. Briers et Hirst (1990) montrent que les études se sont davantage attachées aux développements statistiques que conceptuels. Ils ajoutent que les travaux menés semblent avoir comme objectif premier le fait de mettre fin au débat initié par les résultats contradictoires des travaux d'Hopwood (1972) et d'Otley (1978). Selon Hartmann (2000), on peut se demander si les différentes études ont mesuré le même concept, si ce construit n'a pas évolué au cours des décennies (Ross, 1995).

Au vu de l'ampleur des travaux quantitatifs menés sur le sujet, il semble que le concept de pression budgétaire mériterait d'être approché par une étude qualitative afin de mieux le comprendre.

C'est pourquoi, nous avons réalisé une étude par entretiens semi-directifs auprès de 31 praticiens hospitaliers dans deux Centres Hospitaliers Universitaires. Ce choix est justifié par trois éléments. D'une part, l'introduction de la Loi organique relative aux finances publiques s'accompagne d'un renforcement des contraintes budgétaires à l'hôpital (Nobre, 2001). D'autre part, il n'existe pas, à notre connaissance, dans le secteur hospitalier français, de travaux menés sur la pression budgétaire. Enfin, la majorité des études sur la pression budgétaire se sont concentrées sur les managers (cf pour une étude qualitative sur le RAPM, Besson, Löning et Mendoza, 2004) excluant de l'analyse les salariés, qui n'ont pas de responsabilités managériales.

Les résultats de cette recherche montrent en premier lieu que le sentiment de pression à atteindre des objectifs quantitatifs, au niveau opérationnel, se traduit par un accroissement des contrôles, un discours de sanctions-récompenses dispensé par la hiérarchie ainsi que l'application de sanctions collectives en cas de non réussite des objectifs transmis. Ainsi, le fait que cette étude soit menée dans une organisation professionnelle (Mintzberg, 1982) ne semble pas avoir d'impact sur la nature de ces résultats par rapport aux études précédemment menées dans les organisations privées. En second lieu, l'existence d'un conflit de rôle chez le salarié n'exerçant pas de fonction de manager, ici le praticien hospitalier, semble résulter non seulement de la pression budgétaire exercée mais également de l'implication dans la profession et dans le service public. Par conséquent cette étude peut montrer, sur ce point, que le lien entre pression budgétaire et tensions de rôle semble plus complexe que dans les travaux précédents (Hirst, 1983, Emsley, 2001; Ross, 1995). Nous aborderons, dans une première partie, la littérature relative à la pression budgétaire puis dans un second temps nous exposerons la méthodologie de recherche employée, enfin, nous présenterons les résultats de l'étude et conclusion.

1. Revue de littérature.

Les travaux sur le RAPM ont acquis, selon Hartmann (2000 p. 451), une position particulière en contrôle de gestion. Ceci peut s'expliquer par la quantité des études menées sur le concept (Kren et Liao, 1998), par son approche contingente ou par les liens existants avec d'autres axes de recherche en comptabilité de gestion tels que la participation budgétaire ou encore le slack budgétaire (Chapman 1997, p 191). On pourrait donc penser que l'essentiel à été découvert sur ce concept (Hartmann, 2000). Cependant, en 2000, le RAPM va donner lieu à plusieurs publications montrant les faiblesses conceptuelles (Hartmann, 2000) et méthodologiques (Otley et Fakiolas, 2000 ; Otley et Pollanen, 2000). Ces articles proposent ainsi de nouvelles opportunités de recherches.

1.1. Une approche du concept de RAPM

Bien que Chapman (1997) situe le point d'ancrage des travaux du RAPM dans les recherches d'Hopwood (1972) sur le mode d'utilisation des budgets, il semble que « le point de départ

des recherches sur le RAPM débute quand l'implication humaine dans les budgets reçoit un intérêt académique » Hartmann (2000).

Dans *The impact of budget of people*, Argyris (1952) révèle, lors d'une étude exploratoire menée auprès d'opérationnels et de comptables de quatre entreprises de production, l'existence de dysfonctionnements de comportements liés au budget. Selon lui, les budgets peuvent être utilisés comme moyen de pression, comme source de motivation, comme outil pour identifier un problème, comme base pour engendrer des améliorations. Le sentiment de pression peut provenir de la manière dont les supérieurs hiérarchiques présentent les objectifs budgétaires et la nécessité de les atteindre en « harcelant » les subordonnés de manière continue. Il évoque que l'impact de la pression exercée sur l'individu se traduit par une augmentation des tensions, de la frustration, du ressentiment, de la suspicion, de la peur et de la méfiance pouvant détériorer, sur le long terme, la performance des acteurs. Par conséquent, Argyris propose d'intégrer les subordonnés dans le processus de décision budgétaire afin d'atténuer les tensions perçues.

L'existence de liens entre l'atteinte des objectifs budgétaires et les comportements des subordonnés pourrait illustrer l'importance de l'information comptable au sein de l'organisation.

Des indices convergents aux résultats d'Argyris (1952) sont soulevés par Hofstede (1968). Son étude exploratoire, basée à la fois sur des entretiens semi-directifs et sur l'étude de documents auprès de six usines manufacturières, confirme que le style de direction peut générer des pressions. L'examen des différents aspects de la communication budgétaire entre supérieur et subordonné lui permet d'identifier trois éléments constitutifs du style de direction :

- la fréquence des contacts relative à l'examen des résultats budgétaires ;
- l'importance attribuée aux résultats budgétaires dans l'évaluation de la performance ;
- l'accent sur les mauvais résultats.

L'étude d'Hopwood (1972) va se focaliser sur le budget comme un moyen, un outil d'évaluation de la performance. Il va ainsi distinguer trois styles d'utilisation des données comptables : le « Budget-Constrained Style » où l'utilisation de l'information comptable est rigoureuse, le « Profit-Conscious Style » dans lequel l'usage des informations comptables sont plus flexibles et enfin le « Nonaccounting Style » : l'information comptable ne constitue pas un critère important d'évaluation de la performance, « d'autres sources d'informations peuvent être utilisées » (p. 160).

Ces styles ne sont pas figés. Ils peuvent évoluer en fonction des critères utilisés pour l'évaluation de la performance, des possibilités données d'expliquer les variations entre les résultats et les standards, de la vision à court ou long terme de la performance. On peut noter que les travaux de recherches sur ce sujet vont donner lieu à l'utilisation de différents termes proches, sans toujours, de manière explicite, se rattacher aux concepts utilisés dans les travaux précédents. Bien que cela ne paraisse pas concerner les travaux d'Argyris (1952) qui évoque le budget comme moyen de pression, ou DeCoster et Fertakis (1968) qui parlent de pression budgétaire, cela semble moins clair dans les recherches d'Hopwood (1972). En effet, la description du « Budget-Constrained Style » n'est pas rapprochée explicitement aux pressions

budgétaires identifiées par les précédents auteurs. Cependant, il précise (p.162) que ce style s'accompagne des dysfonctionnements comportementaux identifiés par Argyris (1968).

Otley (1978) tente de répliquer les études d'Hopwood (1972,1973) dans un centre de profit. Il justifie son champ d'expérimentation par deux arguments. D'une part, selon lui, il est plus aisé d'observer les effets du système comptable quand il est exempt d'inadéquations techniques, d'autre part, le centre de profit convient davantage pour ces modes de contrôle budgétaire. Il adopte les styles de direction mis en lumière par Hopwood (1972) et met en évidence l'existence d'un continuum de style qu'il classe de A (Style « budget constrained ») à E (Style « non accounting »). Il va faire apparaître des résultats contradictoires avec ceux obtenus par Hopwood (1972) notamment sur les tensions au travail. En effet, Hopwood (1972) suggère que le « Budget- Constrained Style » crée des tensions au travail ce qui, sur le long terme impacte la performance. En revanche, Otley (1978) ne trouve pas de relation significative entre ces variables.

Par conséquent, ces deux études vont constituer le point de départ de très nombreuses recherches quantitatives dont l'objet principal sera de trancher le débat.

Harrison (1993) propose de définir le RAPM comme étant « l'accent mis par les supérieurs sur les critères de performance quantitatifs comptables et financiers et qui sont prédéfinis en tant qu'objectifs budgétaires ».

Par conséquent, le concept de RAPM aurait évolué entre les premiers travaux et la définition proposée par Harrison (1993), la « variété des instruments utilisés pour le RAPM entrave la définition du concept de RAPM » (Hartmann, 2000). En effet, on peut noter le « non-accounting style » défini par Hopwood (1972) comme celui pouvant inclure d'autres critères d'évaluation de performance que ceux comptables ou financiers, semblerait ne pas correspondre, dans son intégralité, à la définition proposée par Harrison (1993). Sur ce point, Hartmann (2000) précise que le RAPM est alors présenté comme un instrument de contrôle qui ne prend pas en compte des critères d'évaluation tels que des objectifs non financiers, qualitatifs.

De plus, le concept en lui-même semble regrouper diverses sous-catégories. La traduction littérale de RAPM signifie le degré de dépendance fondé sur la mesure comptable de la performance. Un degré de dépendance n'aurait pas, a priori le même degré d'intensité que le concept de « budget emphasis » (Brownell et Dunk, 1991) correspondant à un accent mis sur le budget. Ce dernier présuppose l'existence d'un style de management déjà orienté vers le budget et exclut le style « non accounting » identifié par Hopwood (1972) et Otley (1978). La traduction de « pression budgétaire » (Naro, 1998) peut sous entendre, au sens littéral une contrainte, une influence exercée sur quelqu'un. La pression budgétaire, entendu dans ce sens, pourrait être alors un fort accent sur l'atteinte des objectifs budgétaire, ce qui semblerait se rapprocher du concept de « budget emphasis ». Par conséquent la traduction française du concept semble ajouter une ambiguïté, voire un degré de complexité supplémentaire dans sa compréhension.

Enfin, certaines études se concentrent sur les objectifs budgétaires fixés en terme quantitatif (Hirst, 1987 ; Harrison, 1993) tandis que d'autres s'intéressent aux modalités d'utilisation du budget comme un outil de contrôle (Fisher, 1995). Selon Kren et Liao (1989) le RAPM ne joue pas le même rôle dans chaque organisation.

On peut se rendre compte que ce concept semble être plus complexe et présente diverses facettes.

La majorité des études se sont centrées sur le manager (Besson, Löning et Mendoza, 2004 ; Ross, 1995 ; Hirst, 1983 ; Kenis, 1979) mais on ne peut exclure les opérationnels du champ d'analyse. Ils sont à la base de la production, leur activité va impacter les objectifs budgétaires fixés par la hiérarchie. Il est possible qu'un effet de contagion (Hopwood, 1974, Baret, McDonagh, et Granleese, 1992) se produise entre le manager de l'unité et ses subordonnés. Ces derniers peuvent être soumis alors au RAPM. Ainsi, il semble particulièrement intéressant d'essayer de comprendre comment le RAPM se manifeste au niveau des opérationnels.

1.2 RAPM, attitudes et comportements.

De nombreux travaux se sont centrés sur les liens entre RAPM et tensions au travail des managers afin d'essayer de trancher le débat entre Hopwood (1972) et Otley (1978). En effet, Hopwood (1972) a trouvé que le style de direction orienté vers la réalisation des objectifs budgétaires fixés créait des tensions au travail. Otley (1978), en revanche n'a pas trouvé de résultats significatifs entre tensions au travail et pression budgétaire.

La majorité des études ultérieures se sont fondées sur les travaux de Kahn et al. (1964) relatifs aux conflits de rôle et ambiguïté de rôle. L'incorporation dans les modèles testés des variables telles que la culture nationale (Harrison, 1993), les caractéristiques de l'environnement (Hirst, 1983), de la tâche (Ross, 1995), le degré de participation dans le processus d'élaboration du budget (Brownell et Hirst, 1986 ; Brownell, 1982), la combinaison entre participation budgétaire et incertitude de la tâche (Lau, Low et Eggleton, 1995), n'ont pas permis d'obtenir des résultats clairs concernant l'impact du RAPM sur les tensions au travail.

Selon Otley et Pollanen (2000) ces résultats peuvent s'expliquer à la fois par la nature des organisations étudiées mais également par la taille des échantillons testés. Par exemple, l'étude de Brownell (1982) est bâtie sur un échantillon de 38 managers de centres de coûts, celle de Brownell et Hirst (1986) inclus 76 managers.

De plus, des travaux se sont concentrés sur la manipulation de données dans un contexte de forte pression budgétaire. Merchant (1990) montre que la pression à atteindre les objectifs financiers tend à augmenter la manipulation, par les managers, des mesures de la performance (par exemple en différant une dépense ou en accélérant les ventes). Cette manipulation de données s'effectue a posteriori, contrairement au slack budgétaire. En effet, ce dernier, défini comme « l'excès du montant alloué à une division au delà de ce qui lui est nécessaire » Merchant (1985), peut apparaître lors de pressions budgétaires si le manager intervient dans le processus d'élaboration du budget (Dunk, 1993), donc en amont.

Somme toutes, l'objectif de cette recherche est de tenter de comprendre comment se manifeste et se traduit le RAPM chez les praticiens hospitaliers. Quelles sont les conséquences sur les attitudes et comportements de ces derniers? Assiste-t-on à des similitudes ou différences du fait de l'organisation étudiée ? Les liens entre RAPM et tension de rôle sont-ils plus complexes ou peuvent-ils s'expliquer par d'autres variables qui n'ont pas été incluses lors des études précédentes?

Nous avons choisi de mener notre étude au sein du secteur public pour deux raisons. Tout d'abord, peu de travaux concernant ce sujet ont été effectués sur ce terrain (Williams, MacIntosh et Moore 1990). Ensuite, l'introduction de la loi organique relative aux lois de finances modifie en profondeur le mode de management des institutions publiques « substituant une logique de résultats à une logique de moyens » (Inglebert, 2005). « Ce modèle présente toutes les caractéristiques du contrôle des résultats » Naro (à paraître). **New public management**

2. Méthodologie de la recherche.

Les précédentes recherches sur la pression budgétaire ont, pour la plupart, utilisé des méthodologies quantitatives. Or selon Noverman, Koene et Williams (2005) il n'existe pas, à ce jour, d'échelles de mesures optimales pour ce construit. Par conséquent, l'objectif de cette étude est de tenter de mieux saisir ce concept afin de proposer des éléments de réflexion pour la mesure du construit. Nous avons donc procédé à une étude exploratoire avec entretiens semi directifs. Nous exposerons tout d'abord la technique de sélection de l'échantillon, puis le mode de recueil des données ainsi que leur analyse.

2.1. L'échantillon.

L'échantillon est constitué de 31 praticiens hospitaliers exerçant dans au sein de différents pôles dans deux CHU. Le contexte environnemental de ce terrain d'étude est sensible notamment depuis les introductions de la tarification à l'activité et de la Réforme Hôpital Santé Patient Territoire. Par conséquent, nous avons opté pour une prise de contact par le président de la Commission Médicale d'établissement qui nous a dirigés vers deux praticiens hospitaliers, qui eux-mêmes, par la suite nous ont orientés vers d'autres praticiens hospitaliers. Cet échantillonnage « boule de neige » a été réalisé pour atteindre le seuil de saturation de 30 entretiens. Selon Pires (1997), le seuil de saturation est celui à partir duquel les réponses fournies à l'intérieur d'une catégorie sociale ne varient plus.

Nous avons pris le soin d'obtenir des spécialités, fonctions, et unités différentes afin d'élargir le champ de compréhension du phénomène (anesthésiste, ophtalmologiste, cardiologue, biologiste, ...voir tableau 1).

Selon Brignall et Modell (2000) au cours des années 2000, de nombreux services publics sont sous pression pour être plus efficaces et efficaces. Le secteur hospitalier public ne fait pas exception. Depuis l'introduction de la tarification à l'activité par le Plan Hôpital 2007, le mode d'allocation des ressources s'est modifié. En effet, auparavant, le secteur public hospitalier bénéficiait de l'attribution d'une enveloppe globale quelque soit le niveau d'activité de l'organisation. La mise en place de la tarification à l'activité en 2004, en vigueur à 100% depuis 2008, change ce mode de rétribution et attribue les ressources à l'organisation hospitalière en fonction de son activité, c'est-à-dire des recettes qu'elle génère. De ce fait, une pression à l'activité peut apparaître au sein de ces structures.

En second lieu, l'organisation de la structure hospitalière en pôle peut s'assimiler à des unités indépendantes les unes par rapport aux autres. Chaque pôle est dirigé par un responsable

administratif de pôle et un médecin chef de pôle. Le médecin chef de pôle organise le suivi de la gestion du pôle avec le cadre supérieur de santé ou le directeur de soins et l'assistant de gestion en lien avec le directeur référent. Les ressources des pôles sont liées à l'activité générée en son sein. Afin de recevoir des ressources, chaque médecin doit entrer son activité dans un système informatique nommé *le Programme de Médicalisation des Systèmes d'informations* (PMSI), il effectue ce que l'on appelle un codage des actes. Aussi, chaque pôle négocie ses objectifs particuliers ainsi que les moyens nécessaires à son bon fonctionnement. Au sein des établissements étudiés, les réunions de pôle semblent être l'occasion pour les directeurs administratifs de pôle d'exposer le budget réel ainsi que les écarts concernant les recettes et dépenses du pôle. Ils précisent également les ressources potentielles pouvant être obtenues si les objectifs du pôle sont atteints. Par exemple, la possibilité de recrutement d'un soignant supplémentaire paraît conditionnée à l'atteinte d'objectifs budgétaires préétablis, la possibilité d'obtenir un bonus budgétaire pour le pôle également.

En troisième lieu, nous nous sommes focalisés sur les praticiens hospitaliers titulaires en excluant les praticiens contractuels ou encore attachés. En effet, ces deux dernières catégories n'ont pas un statut de fonctionnaire, par conséquent on peut poser l'hypothèse qu'ils n'ont pas, envers la structure hospitalière, le même degré d'implication que les titulaires. De même, nous n'avons pas non plus rencontrés des chefs de cliniques, assistants ou internes car ils sont engagés temporairement au sein de l'établissement.

En quatrième lieu, nous avons opté pour le praticien hospitalier car, au sein de l'organisation, son activité (consultations, opérations) est à l'origine des ressources perçue par l'hôpital. Il est, théoriquement, en charge d'effectuer le codage des actes médicaux. Par conséquent, c'est un acteur qui peut subir des pressions à l'activité.

2.2 Recueil de données

Nous avons procédé à une série d'entretiens individuels semi-directifs afin de collecter des données primaires entre les mois de juin et d'août 2008. La prise de rendez-vous s'est effectuée en indiquant que nous étions recommandés par un médecin. Conscient du risque de contamination intragroupe, associé à la sensibilité du terrain (Mitchell, 1993) nous avons demandé à chaque praticien de ne pas contacter personnellement le médecin que nous allons interviewer par la suite.

Chaque entretien s'est déroulé dans le bureau du praticien hospitalier. Nous avons précisé à chaque début d'entretien que l'administration n'avait pas connaissance de cette recherche et que l'anonymat était garanti afin de laisser les répondants s'exprimer librement. Les interviews ont eu une durée comprise entre une heure dix et deux heures quarante au cours desquels nous avons soumis le même guide d'entretien.

Le guide d'entretien a été élaboré en utilisant des termes propres au secteur médical. L'ordre des thèmes abordés a tenu compte de la règle de progressivité des questions (Evrart et al, 2009). Nous avons, cependant, parfois dû intervenir afin d'envisager d'autres questions pour obtenir les informations souhaitées. Chaque entretien a été enregistré avec l'accord du répondant et retranscrit dans son intégralité de manière exhaustive. Nous avons ainsi obtenu un corpus de 83 pages interligne 1 page A4.

2.3 Méthodologie de l'analyse.

Nous avons procédé à l'analyse de contenu en nous fondant sur la méthode de la Grounded Theory développée par Glaser et Strauss (1967).

Bien qu'encore peu utilisée en contrôle de gestion (Vassili et Berland, 2008) elle permet, selon Quattrone (2000) la compréhension d'un objet. Par conséquent, au vu de la faiblesse conceptuelle du RAPM, il nous semblait pertinent de mobiliser cette méthodologie de recherche.

Nous avons procédé à une post codification des entretiens suivant la méthodologie de Glaser et Strauss (1967) et effectué un codage ouvert (open-coding). Cette codification a donné lieu de nombreuses itérations successives entre le corpus et la littérature existante (Strauss et Corbin, 1998). Elle nous a permis d'identifier l'ensemble des éléments présents dans le corpus.

Par la suite nous avons procédé à une catégorisation c'est-à-dire que nous avons regroupé les unités obtenues en « méta-catégories » afin d'effectuer un codage axial (Strauss et Corbin, 1990). Il s'agit de définir les catégories, d'en dégager les propriétés, d'identifier leurs diverses formes et dimensions.

Puis nous avons tenté d'analyser le fonctionnement des méta-catégories entre elles. L'objectif de cette mise en relation est de comprendre quels types de liens existent entre ces catégories.

Enfin nous avons établi un diagramme causal permettant d'illustrer la dynamique du phénomène analysé. Cette phase de codification et recodification a été menée jusqu'à arriver à la saturation de l'analyse c'est-à-dire que les faits nouveaux puissent être classés dans des catégories.

3. Résultats

La pression budgétaire a été essentiellement étudiée chez les managers. Or notre étude exploratoire montre qu'un effet de contagion pourrait exister. En effet, les praticiens ressentent également de la pression à faire « du chiffre », ce qui se manifeste dans le discours du directeur administratif et du praticien responsable du pôle mais aussi sous la forme d'intensification des contrôles. Ce phénomène induit des comportements et attitudes comme la manipulation de données mais aussi des conflits de rôles.

3.1. Les composantes de la pression budgétaire

Les instruments de mesure utilisés dans les recherches semblent, dans leur formulation, concerner les liens entre le manager et son supérieur (Hopwood, 1972, Otley, 1978, Brownell et Hirst, 1986); les possibilités d'obtention de primes ou d'évolution ainsi que les critères d'évaluation de la performance (Hirst, 1983, Govindarajan, 1984). Lors de notre étude nous avons retrouvé ces éléments constitutifs dans les discours utilisés entre les directeurs administratif et médecin responsable du pôle et praticien hospitalier.

Les médecins ont exprimé l'existence d'un discours de sanctions-récompenses pour l'unité provenant de leurs supérieurs administratifs, afin de les motiver à atteindre les objectifs budgétaires ou d'améliorer la rentabilité de leur activité. Il convient de préciser qu'à ce stade, les récompenses obtenues se font par l'attribution de postes supplémentaires ou bonus pour l'unité. Il n'y a pas, dans les établissements de cette étude, des primes attribuées individuellement en fonction de l'activité générée par le praticien.

« Très récemment on a eu une réunion avec le directeur de l'hôpital et le conseil de pôle et on nous a demandé d'être encore plus motivé, pour que l'hôpital ait des ressources financières importantes, puisque plus vous travaillez plus vous gagnez de l'argent. On nous a dit que plus on travaillerait plus on aurait des postes hospitaliers. On nous demande de faire du chiffre, des hospitalisations courtes et rentables comme en clinique. » (Gastro-entérologue).

« Pas d'activité, pas de sous, c'est le message qu'on nous fait passer, pas de sous, pas de moyens, pas de progression. Le chef du pôle a les chiffres, il nous dit on est en retard, il faut coder, les hospitalisations durent trop longtemps, il faut augmenter le nombre d'admissions. On sent qu'on a une responsabilité dans le financement futur. » (PH de Médecine interne).

« Il faut qu'on voit beaucoup de malades, qu'on remplisse des services. Pour remplir des services il faut consulter. On nous dit que les moyens affectés seront à l'activité, que les secrétariats seront à l'activité, mais on n'a pas de menace sur le salaire. » (Chirurgien digestif).

Nous avons également observé que les sanctions et récompenses promises ne sont pas appliquées dans leur intégralité en cas d'atteinte ou non des objectifs budgétaires. Les sanctions ou les non récompenses semblent présentes, même si l'unité est bénéficiaire, ce qui pourrait accroître le sentiment de pression ressenti.

« L'administration ne nous donne pas tout ce dont on pourrait avoir besoin. Ici, on est un pôle bénéficiaire. Lors d'une réunion de pôle, le directeur nous a dit que si on était inventif, on faisait progresser les choses, lui pourrait faire des choses en plus pour nous aider. Le directeur il a une pression pour résorber le déficit, il gèle les postes ou supprime des emplois » (Chirurgien digestif).

« On nous dit qu'il faut être rentable, gagner de l'argent. Le directeur nous explique tarification à l'activité, rentabilité, efficacité, et puis vous, quand à votre niveau vous essayez de faire quelque chose, vous n'y arrivez pas et on nous restreint le nombre d'implants » (Ophtalmologiste).

« Le message est si on fait plus d'activité, on aura plus d'argent. Mais l'argent ne revient jamais. Pourtant on a augmenté notre activité. » (Orthopédiste).

« On nous a dit que plus on travaillerait plus on aurait des postes hospitaliers. Mais on attend de voir puisque la masse de travail augmente avec le même nombre de salariés médicaux. « Quand on leur demande des postes en plus parce qu'on a été bénéficiaire et qu'on a augmenté notre activité, ils nous répondent que ce n'est pas la peine d'avoir des salariés en plus, on peut faire la même chose avec le même nombre de personnes. Cela devient pénible. » (Gastro-entérologue).

« On est un pôle bénéficiaire et les administratifs nous demandent pourquoi on a une baisse de 5% par rapport à l'année dernière alors qu'on reste bénéficiaire. Ils nous font des remarques, pourquoi vous baissez l'activité. Nous avons même eu un mail où on nous mettait

la culpabilité sur le fait qu'on ait diminué l'activité. On est un des pôles les plus bénéficiaires et on a eu une amende de 120 000 € par le directeur de l'hôpital, parce qu'on était en retard sur le budget du pôle. » (Cardiologue).

Ces « amendes » peuvent se traduire par une diminution des recettes, devant théoriquement être attribuées, au cours de la période suivante.

Les administratifs semblent fixer des objectifs budgétaires sans parfois tenir compte des caractéristiques de la tâche, ou des ressources existantes. Ce décalage génère également un sentiment de pression budgétaire.

« En médecine interne on a des difficultés car nous avons très peu d'actes contrairement en chirurgie. Chez nous, le système de cotation n'est pas adapté. On est toujours déficitaire du coup et on a plus de pression. » (PH de Médecine interne).

« Au mois de juillet l'administration a pris la décision de fermer des lits. Mais il n'y a aucune commune mesure sur la charge de travail entre fermer un lit et avoir un personnel manquant. L'un ne compense pas l'autre. En plus cela va nous faire perdre de l'argent pour un résultat faible sur la charge de travail. » (Gastro-entérologue).

« L'année dernière ils ont tablé sur une augmentation de notre activité de 3%, mais c'est ridicule, on sait très bien qu'on ne les atteindra pas. On sait en tant que médecin qu'on y arrivera pas médicalement, déjà 2% c'est dur avec les moyens qu'on a. On l'a dit à l'administration, mais ils n'ont pas revu leur chiffres à la baisse. » (Anesthésiste).

Aussi, les directeurs administratifs de pôle, d'un des deux établissements étudiés, ont mis en place des systèmes de contrôles. Ces contrôles sont adressés individuellement à chaque médecin pour leur exposer leur position par rapport aux prévisions ainsi qu'un comparatif de l'activité générée par les autres médecins. On peut percevoir que ce mode de contrôle administratif induit également une pression budgétaire.

« Le système est particulier parce qu'on se tient informé de l'avancée des autres. Et il ne faut pas faire moins bien que les autres car le risque c'est qu'on ait plus de moyens » (PH de Médecine interne).

« On nous envoie nos bilans d'activité maintenant. C'est une façon indirecte de nous demander d'être plus rentable. Il y a des comparatifs dans les rapports d'activités avec tous les collègues nominativement. » (PH de Médecine vasculaire).

« On reçoit maintenant les rapports d'activité tous les deux, trois mois, ce qu'on ne recevait pas avant » (Chirurgien).

Enfin, le RAPM ne serait pas situé au seul niveau des praticiens hospitaliers n'exerçant pas de fonctions managériales. On pourrait le retrouver à différents niveaux de l'organisation. Il semblerait que son expression remonte le long de la ligne hiérarchique.

« Le chef du pôle, qui a les chiffres, a lui-même la pression et nous la transmet » (PH de Médecine interne).

« Aujourd'hui il y a des demandes des chefs de services qui sont pressantes, au niveau de la direction générale il y a aussi une pression financière, qui est difficile à vivre. » (Anesthésiste)

« C'est l'ARH qui met la pression pour faire du chiffre sur le directeur de l'hôpital, qui la met sur les responsables administratifs, qui la mettent sur le chef de pôle et donc après sur nous » (Ophtalmologiste).

En conclusion, on se rend compte que le RAPM est présent dans ce secteur. En effet, les ressources futures d'un pôle sont directement liées au résultat de l'unité exprimé en termes d'activité. L'outil « tarification à l'activité » permet de mesurer les recettes prévisionnelles de l'année à suivre. Le budget de l'unité est, par la suite, ajusté trimestriellement en tenant compte de l'activité réalisée. L'introduction d'outils comptables et financiers sont utilisés pour la mesure de la performance de l'unité. De plus, ce lien à la mesure comptable de la performance se manifesterait par de la « pression budgétaire » pouvant se traduire dans notre étude par une pression à l'activité. Elle est caractérisée par :

- un discours de sanctions-récompenses ;
- l'application de sanctions en cas de non respect des objectifs, ou absence de récompenses si l'activité est augmentée ;
- accroissement des contrôles ;
- des objectifs budgétaires fixés par les administratifs difficilement réalisables au vu des ressources et des caractéristiques de la tâche.
- un effet de contagion vertical.

Par conséquent, on peut se rapprocher ici de la définition d'Harrison (1993). Les objectifs budgétaires sont prédéfinis car fixés dans l'Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD) en fonction de l'année précédente. La tarification à l'activité est le pilier de la mesure de la performance.

Toutefois, il semble que la manière d'utiliser cette mesure de la performance s'accompagne, dans le cas présent de pressions.

Ainsi, le RAPM et la manière d'utiliser ces mesures sembleraient être distincts. Le RAPM, en soi, consisterait dans le fait de mesurer la performance par les indicateurs strictement comptables et financiers. La manière dont sont transmis ces objectifs ainsi que les outils associés au contrôle, en revanche, peuvent créer des sentiments de pressions chez les salariés.

Face à cette pression budgétaire, des attitudes et comportements apparaissent tels que la manipulation de données, conflits de rôle et résistances.

3.2 .Manipulation de données, conflits de rôle, et résistances.

Certaines conséquences du RAPM, évoquées dans la littérature telles que la manipulation de données (Merchant, 1990), les conflits de rôle (Hirst, 1983, Otley, 1978) ont été retrouvées dans notre étude. Toutefois, un autre phénomène a pu être identifié ; une résistance individuelle à la pression budgétaire, qui ne coïncide pas avec les résultats d'Argyris (1957).

3.2.1 Manipulation de données

La manipulation de données énoncée dans les précédents travaux consiste, par exemple, dans le fait de reporter des dépenses, d'accélérer des ventes (Merchant, 1990), de transférer des coûts d'un centre à un autre, ou de créer une pseudo-production (Hopwood, 1972). Ces manipulations pourraient être assimilées à des opérations ou utilisation de techniques permettant d'atteindre les objectifs budgétaires plus facilement et ne correspondant pas ou que partiellement à la réalité.

On peut retrouver cette forme de manipulation dans notre étude. En effet, certains médecins nous ont expliqué que pour ne pas perdre des ressources, ils pouvaient faire sortir des patients, pour le réadmettre par la suite dans le service.

« Avec la tarification à l'activité le paiement est au séjour, et un soin palliatif c'est entre 2 et 35 jours avec une durée moyenne de séjour pour être rentable de 19 jours. Donc je suis obligé de faire le jeu des chaises tournantes entre les différents services pour pouvoir garder les malades en vie. Je le fais sortir en faisant en sorte qu'il tienne 3 jours à domicile et qu'on puisse les récupérer derrière. » (Médecin de soins palliatifs)

De plus, on peut retrouver la création d'une pseudo-production (Hopwood, 1972) dans ce domaine.

« Aujourd'hui il faut bien penser à comptabiliser ce qu'on a fait. Il faut facturer davantage, alors il y a des services qui inventent l'hospitalisation de jour pour se substituer à 30% ou 40% de leurs consultations. Parce que c'est plus rémunérateur. » (Neurologue)

Une autre forme de manipulation de données est apparue sur ce terrain. Il ne s'agit pas d'anticiper ou de repousser des dépenses, recettes ou production, mais d'utiliser le système d'information pour augmenter artificiellement la rentabilité déclarée de l'activité. De part sa fonction, le médecin a aujourd'hui, dans ses tâches, l'obligation de compléter le système déclaratif d'activité. Il a appris à manier le système d'information afin d'accroître la rentabilité de son activité.

La manipulation du système d'information s'effectue ici de trois manières : en inversant les codes pour trouver la combinaison la plus rentable ; en ajoutant des diagnostics supplémentaires parce qu'ils engendrent des ressources ; en assimilant un acte à un autre acte plus généraliste.

« Vous pouvez tricher. Des combinaisons. Vous faites des combinaisons particulières. Je vous montre la différence. Vous avez une personne qui rentre pour une colicystite puis il y a un choc septique très grave et une polionéphrite. Si vous mettez en diagnostic principal choc septique on obtient ce montant (environ 5 500 €). Si vous mettez en diagnostic principal polionéphrite on obtient ce montant (environ 7 500€). Il faut trouver les bonnes combinaisons sinon vous perdez de l'argent. » (Anesthésiste)

« On cote en changeant le diagnostic principal ou en rajoutant de la pathologie comme par exemple des coûts morbidités. Rien que de les mettre ça peut augmenter beaucoup. Il faut le faire pour la rentabilité, c'est la motivation ». (PH de Médecine interne).

« On peut optimiser le codage, par exemple la définition de l'infarctus du myocarde est très large : un angora stable avec troponine un peu positive, on peut dire que c'est un infarctus, c'est faisable pour surcoder » (Cardiologue).

L'attribution de la tâche « codage de l'activité » combinée à la pression à l'activité semble, par conséquent, inciter l'opérationnel à la manipulation de données.

On peut souligner également, ici, le fait que le médecin n'a pas, au terme des entretiens, reçu de formations exhaustives lui apprenant les techniques de manipulations du système informatique. Un phénomène d'apprentissage individuel ou collectif pourrait s'être mis en place lui permettant d'optimiser sa rentabilité.

« Avec la tarification à l'activité on nous demande de faire plus de chiffre, des hospitalisations courtes et rentables, comme en clinique. On sait maintenant, en rentrant le PMSI ce qui est rentable et pas rentable et la manière de la mettre aussi. Mais on n'est pas formé » (Gastro-entérologue).

« Quand on comprend le système, comme ça fonctionne par groupe, il n'y a pas de finesse, alors quand on sait que ça rapporte tant, on rajoute. » (PH de Médecine interne).

« Il y a même des médecins qui se sont amusés à faire des logiciels, des organigrammes pour être le plus rentable. Quelqu'un comme X., qui en fait beaucoup, s'est fait son propre schéma de cotation, c'est-à-dire qu'il doit coder ça d'abord puis le reste en dernier » (Oncologue).

« Je proposais qu'on fasse des jeux en réseaux, comme ça, ça motiverait les gens. Le système est particulier parce qu'on se tient informé de l'avancée des autres. On arrive à voir comment les autres ont côté telle situation que l'on connaît et on a tendance à faire pareil. » (Médecine Interne).

3.2.2. Conflits de rôle.

Hopwood (1972) trouve que les styles de direction, plus précisément le « Budget Constrained Style », peut créer des tensions au travail ou conflits de rôle (Kahn et al 1964). Les conflits de rôle se définissent, de manière générale, comme la perception d'une ou plusieurs demandes ou pression incompatibles entre elles. Kahn et al. (1964) proposent la définition suivante « l'occurrence simultanée de deux (ou plus) transmissions de rôles tels que la prise de l'un rend difficile la prise de l'autre ». Ils déclinent le conflit de rôle en quatre facettes : le conflit « intra-émetteur », « inter-émetteur », « inter-rôle » et « personne-rôle »

Dans notre travail nous avons trouvé l'existence des conflits de rôle inter-rôle, personnel ou encore individu-rôle.

Les conflits de rôle personnel paraissent résulter de l'expression de plusieurs facteurs de manière simultanée : pression à l'activité, implication dans le métier (Blau, 1985) et l'implication affective dans le service public.

On se rend compte que la pression à l'activité peut être contraire à la logique médicale. *« Si un patient n'a pas besoin d'être opéré de la cataracte on ne va pas l'opérer de la cataracte, sous prétexte que c'est rentable et que le CHU est en déficit. C'est la dimension médicale basique, si on n'a pas ce fonctionnement là, pour moi, c'est contraire au serment qu'on a prêté. » (Ophtalmologiste).*

Cela peut ainsi générer des tensions de rôle chez le médecin qui, d'un côté, s'est engagé pour soigner, de l'autre est soumis à une contrainte budgétaire.

« Une fois le malade dans la structure, si ce patient peut difficilement réintégrer sa maison et doit rester à l'hôpital des semaines, il est impossible de le faire repartir. Quand on appelle

notre directeur pour lui exposer la situation il n'y a pas de soutien. En tant que médecin je ne sais pas quoi vous dire »(Neurologue).

« Quand vous avez des patients qui sont là pour des raisons plus sociales que médicales, si vous avez une partie de votre cerveau qui est sur le mode gestion, il vous dit que ça va vous faire perdre de l'argent. Et puis l'autre côté de votre cerveau vous dit que vous ne pouvez pas le renvoyer, chez lui ou dans la rue, je n'aurai pas rempli ma mission. »(Pneumologue).

« Il y a une grande difficulté sur le plan humain. Vous ne pouvez pas répondre tarification à l'activité au patient qui veut vous parler pendant une heure. Ce temps est important pour se prise en charge psychologique. » (Gastro-entérologue)

De plus, l'aspect engagement dans le service public semble être également à l'origine d'un conflit de rôle personnel. Deux forces contraires ici s'exercent : la pression à l'activité et l'implication affective dans le service public.

« On nous dit qu'il faut faire tourner la boutique, faire du chiffre, et ça c'est quelque chose que l'on n'a pas dans notre mentalité, on n'a pas choisi le service public pour ça.» (Neurologue).

« J'ai connu une grande époque hospitalière, on s'est formé, on est arrivé à un niveau inégalé. L'hôpital public c'est pour l'équité des soins, c'est un modèle idéal de qualité et d'éthique. Mais là, à vouloir faire de l'activité, on peut voir les patients en un quart d'heure mais si c'est pour que les gens se mettent sous antidépresseurs, que les patients se sentent largués, qu'il n'y pas de relation humaine, et cette relation qui est primordiale pour l'avenir du patient. » (PH de Maladies infectieuses).

Enfin, des conflits de rôle de type « individu-rôle » chez le praticien peuvent apparaître car ces derniers ne souhaitent pas perdre des ressources. Cela peut créer des tensions au travail.

« Il y a des conflits avec d'autres médecins. J'ai du moi-même traverser le jardin pour dire aux services d'en face qu'ils mentaient en disant qu'il n'y avait pas de place. J'en vois une. Ils ont été obligés de prendre le malade. J'étais en froid quelque temps avec le médecin. Je lui ai dit que ce n'est pas à moi de faire son boulot, il relève de sa spécialité, tout ça parce que le patient est âgé et qu'il pense qu'il va lui plomber les chiffres. Au niveau des urgences il y a tous les jours des conflits, il y a même des insultes.»(PH de Médecine interne).

Ainsi on se rend compte que la pression à l'activité crée des conflits de rôle car, dans ce terrain de recherche les individus ont une implication dans leur métier mais aussi dans le service public. Ces résultats semblent aller dans le même sens que les travaux d'Hopwood (1972). Le débat concernant les travaux d' Hopwood (1972) et Otley (1978) pourrait alors, peut être, trouver un nouvel essor en intégrant d'autres variables explicatives à la relation pression budgétaire et tensions de rôle.

3.2.3. Résistance.

Argyris (1957) dans ses travaux a révélé que, pour faire face à la pression ressentie, les subordonnés peuvent former un groupe pour partager leur sentiment et se soutenir. Ce groupe constitue alors un contrepoids au management. Lors de notre travail, nous n'avons pas trouvé

une résistance organisée ou collective. En effet, il semble que la résistance à la pression à l'activité s'exprime de manière individuelle en n'accomplissant pas les tâches.

« On m'a dit que je n'aurais pas de moyens pour augmenter mon activité. Et moi j'ai dit d'abord les moyens et après on sera rentable. On ne va pas nous épuiser. L'administration a refusé, alors j'ai refusé de coter. Je n'ai pas coté pendant deux semaines. » (PH de Médecine Interne.)

« Pour la cotation, se sont les secrétaires qui le font. Pour les techniques d'actes plus précis, ce sont les secrétaires, moi personnellement je ne cote pas. » (Hématologiste).

« Pour être honnête c'est mon praticien hospitalier qui cote à ma place, il regarde les lettres de sorties et effectue la cotation. » (Chirurgien, PU-PH).

Une autre forme de résistance peut se manifester dans l'absence de suivi des directives.

« Je n'augmente pas mon activité médicale ou mes décisions médicales. On essaie de me faire faire ça mais je ne le fais pas. Je ne refuse pas un patient, la prise en charge d'un patient parce que cela va coûter cher à la structure. » (Ophtalmologiste).

Enfin, nous avons trouvé que certains médecins ne consultaient pas les messages adressés par l'administration concernant le suivi de leur activité.

« Les messages de l'administration, on en reçoit tellement, ils passent directement à la corbeille. Je ne les ouvre pas. Cela ne m'intéresse pas. Je ne reçois jamais de message concernant mon activité. Non, je n'en ai pas reçu. Ils doivent être dans la corbeille. » (Pédiatre).

Par conséquent, on peut se demander si le développement de ces formes de résistances est lié au refus d'accomplissement de la tâche à effectuer, au fait de ne pas vouloir se confronter aux exigences de rentabilité du secteur public, ou si cela ne leur permet pas d'atténuer les conflits de rôle personnels.

3.2.4. Synthèse des résultats.

De très nombreuses études se sont penchées sur le RAPM pour essayer de déterminer la manière et l'étendue (Hopwood, 1973) dont les mesures comptables de la performance étaient utilisées par la direction sur le manager d'unités.

Cependant, notre étude a tenté de montrer que le RAPM serait également situé au niveau des salariés qui ne peuvent, de part leur fonction, participer au processus budgétaire ou qui ne disposent pas de responsabilités managériales. Le RAPM pourrait ainsi être présent à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation ce qui pourrait, peut être, s'expliquer par un effet de contagion descendante. En effet, il serait possible de retrouver un effet d'imitation (Tardes, 1890) comme l'expression des interactions existantes entre les comportements individuels. Ces interactions pour Demeulenaere, (1997) seraient des influences que les individus exercent les uns sur les autres, de manière directe ou non. Par conséquent, la pression mise par la direction de l'établissement sur les responsables de pôle se transmettrait aux praticiens hospitaliers.

Selon Hartmann (2000), « le construit n'a pas trouvé de fondement conceptuel dans les typologies de contrôle (Merchant, 1982) », ce qui ne permet pas de préciser comment le RAPM et les contrôles formels s'articulent (Chapman, 1997). Dans notre étude nous avons

constaté que le RAPM s'accompagnait de contrôles formels instaurés par l'administration. Ces contrôles se traduisent sous la forme de bilan d'activité visant à rappeler au médecin sa position individuelle par rapport à la codage. Ces contrôles alors sont ressentis comme une pression ce qui pourrait se justifier par les caractéristiques de l'organisation hospitalière, une organisation professionnelle (Mintzberg, 1982). Initialement cette structure est caractérisée par la standardisation des compétences. Les professionnels détiennent de nombreuses compétences et disposent d'une autonomie. Le contrôle s'effectue de manière informelle, par des pairs (Abernethy et Stoelwinder, 1995). Or le New public Management oriente le management des organisations publiques vers une gestion par les résultats. L'introduction de la tarification à l'activité dans le secteur hospitalier public pourrait être perçue, alors, comme un moyen de contrôle par les résultats où les récompenses et rétributions sont inspirées du modèle culturel anglo-saxon (Gervais, 2000).

Il serait possible de se demander, par conséquent, si le RAPM comme outil de contrôle, par les administratifs, d'une organisation professionnelle, ne pourrait trouver un fondement conceptuel dans les travaux de Foucault (1975). Selon lui, la « surveillance et avec elle, la normalisation devient un des grands instruments de pouvoir » (p.216). Dans les organisations hospitalières, les administratifs « ont une capacité limitée à contrôler l'efficience dans l'utilisation des ressources ou à interférer dans les processus opérationnels complexes des médecins » (Naro, à paraître). Or, la mise en place du RAPM, comme « norme » budgétaire à atteindre, pourrait être un moyen pour les administratifs de surveiller une activité où ils ont peu de compétences. Il serait possible d'envisager, par la suite, un renversement des logiques de pouvoir organisationnelles existantes dans ce secteur entre les professionnels et les administratifs. Ce qui pourrait être confirmé par les conclusions de Takagi (2006) identifiant le passage d'une ère à dominance professionnelle à une ère à dominance managériale. Nobre (2001) précise que certains outils de contrôle peuvent être considérés « comme un instrument du pouvoir du gestionnaire et ne fait que confirmer l'hypothèse du contrôle externe ».

Nous avons également tenté de montrer, dans notre recherche, quels étaient les attitudes et comportements que l'on pouvait retrouver dans ce secteur.

Certains travaux précédemment menés (Hopwood, 1972 ; Otley, 1978 ; Emsley, 2001) se sont centrées sur le lien entre RAPM et tensions au travail. Les résultats contradictoires obtenus pourraient nous faire penser que les relations entre ces deux concepts semblent plus complexes. Notre secteur d'étude, l'organisation professionnelle, pourrait suggérer que l'intervention de diverses variables explique la création d'un conflit de rôle chez le médecin. Il semble que la combinaison de la pression à l'activité, l'implication dans le métier (Thévenet, 2006) ou encore dans le secteur public puisse expliquer les conflits de rôles personnel et inter-rôle chez le praticien hospitalier. La confrontation de deux logiques différentes : les logiques de soins d'une part et les logiques économiques d'autre part seraient à l'origine de cette attitude.

Un moyen de réduire les conflits de rôle ressentis pourrait être la résistance. Sur ce point nos résultats contredisent ceux d'Argyris (1952) pour qui, une résistance collective s'organise entre les subordonnés pour faire face à la pression du supérieur. Nous n'avons pas trouvé d'organisation collective des médecins ; leur résistance se manifeste individuellement.

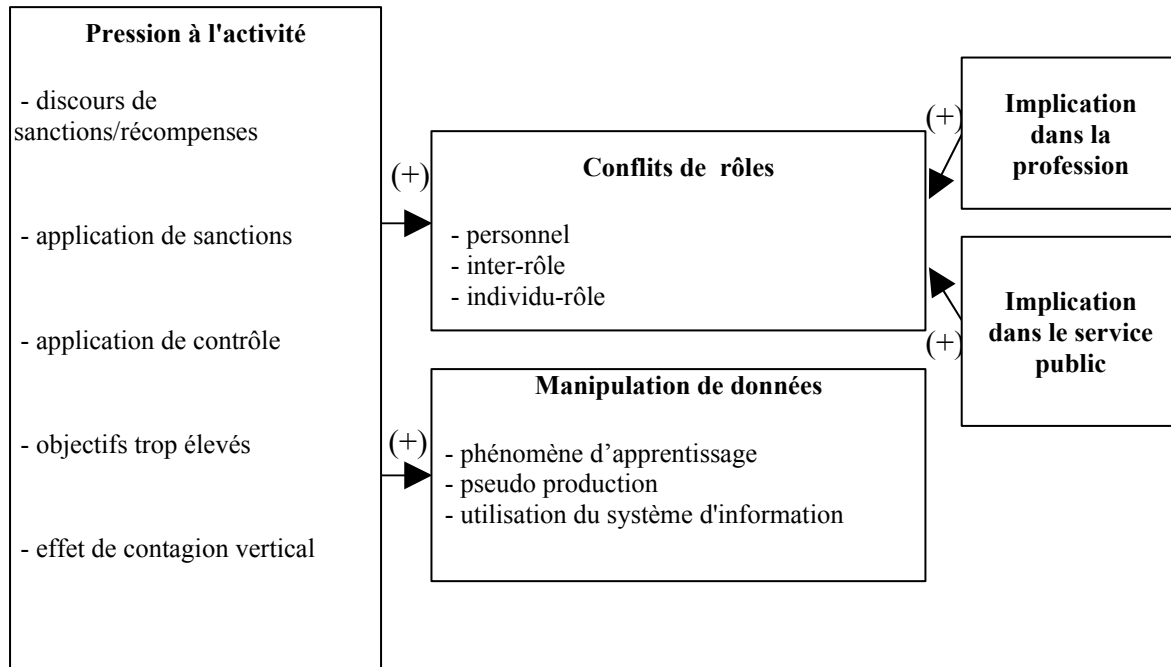
Enfin la manipulation de données (Merchant, 1990; Hopwood, 1972) est observée dans notre recherche. Nous avons montré, tout d'abord, que cette manipulation peut être réalisée par des

praticiens pour faire face à la pression ressentie. Nous avons retrouvé dans notre étude les techniques précédemment identifiées par la littérature.

Nous pouvons compléter ces manipulations de données par l'utilisation du système d'information, une manipulation. En effet, dans notre recherche, le médecin, soumis à une pression à faire du chiffre, a tendance à utiliser le système d'information pour atteindre les objectifs. Il utilise des combinaisons, ajoute des codes ou les substitue afin de ne pas perdre de ressources.

De plus, nous pouvons remarquer que cette manipulation de données n'est pas initialement maîtrisée par les acteurs. Un phénomène d'apprentissage social, individuel, sur une base vicariante (Bandura, 1986) pourrait expliquer le fait que les médecins aient appris à se servir du système d'information. Ils observeraient le comportement d'un autre acteur, soumis aux mêmes conditions environnementales, ici la pression à l'activité. Ils prendraient en compte le résultat obtenu par cet acteur, la manipulation de données permet l'augmentation du résultat de l'activité. Par la suite, l'individu pourrait alors reproduire l'observation et obtenir les mêmes résultats :

Figure 1 : Schématisation de nos résultats



4. CONCLUSION.

Bien que le contrôle de gestion soit propre à chaque organisation (Berland, 2002) et demeure lié aux pratiques managériales présentes dans les organisations (Barel, 2001), le renouveau que connaissent les recherches en RAPM depuis 2000 a pour objet d'essayer de mieux cerner ce concept mais aussi d'uniformiser les travaux existants en proposant de nouveaux fondements théoriques.

Nous avons donc tenté, lors de cette étude de mieux comprendre comment se manifestait le RAPM dans le contexte du secteur public, dont le mode de management se rapproche du secteur privé. Nous avons constaté qu'il pouvait devenir un outil de contrôle organisationnel tant par le discours que par les moyens mis en œuvre pour l'exercer.

De plus, nous avons constaté que les relations entre RAPM et conflits de rôle pouvaient être plus complexes, ce qui pourrait expliquer les résultats contradictoires trouvés dans les précédents travaux.

Nous avons également identifié que la manipulation des données pouvait s'opérer notamment par l'utilisation d'un système d'information. Nous avons pu constater qu'un phénomène d'apprentissage social concernant la manipulation de données pouvait se manifester.

Toutefois, cette étude présente des limites. Tout d'abord, elle a été menée dans un secteur d'activité où il y a une forte implication dans la profession, ce qui pourrait justifier la présence

du conflit de rôle. Par conséquent les conclusions concernant les liens RAPM et conflit de rôles pourraient être contingent à notre champ d'étude.

Une seconde limite est propre au nombre d'organisations présentes dans notre échantillon. Nous n'avons sélectionné que deux organisations, ce qui rend la validité externe de notre recherche discutable. Une troisième limite est associée à la manière dont nous avons obtenu notre échantillon. En utilisant la méthodologie boule de neige, on ne peut exclure que notre étude ne présente pas le même degré de fiabilité que dans le cadre de sélection par randomisation.

En troisième lieu notre échantillon n'est constitué que de praticiens hospitaliers titulaires. D'autres acteurs tels que les infirmiers, chefs de cliniques, internes pourraient apporter davantage d'informations sur les pressions ressenties à différents niveaux organisationnels.

Enfin une quatrième limite consiste au fait que notre étude s'est effectuée au cours de l'été 2008, soit l'année de passage à 100% à la tarification à l'activité. Par conséquent, il serait intéressant de s'interroger sur le fait suivant : les résistances trouvées concernent-elles uniquement le mode de suivi de l'activité ou se cumulent-elles avec le changement lié au mode de financement de l'activité ?

En conséquence il existe de nombreuses perspectives pour des recherches futures. En premier lieu il pourrait être intéressant d'examiner comment se manifeste le RAPM au sein de l'organisation à différents niveaux hiérarchiques. Peut-on valider un effet de contagion ? En second lieu on pourrait également tester les liens entre RAPM et implications afin de mieux comprendre son impact par rapport au conflit de rôle.

Bibliographie.

- Abernethy, M.A., Stoelwinder, J.U. (1995). The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations. *Accounting Organizations and Society* 20. (1): 1-17.
- Argyris, C. (1952). *The impact of budgets on people*. Ithaca, New York: The Controllershship Foundation.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, Englewood cliffs N.J: Prentice-hall.
- Barel, Y. (2001). Complémentarité et contradictions des formes de contrôle. Le cas de la grande distribution. *Finance contrôle stratégie* 4 (2): 5-31.
- Barrett, T.F., McDonagh, P., Granleese, J. (1992). The contagion effect in performance evaluation: evidence from the evaluations of marketing managers: a research note. *British Accounting Review* 24: 331-341.
- Besson, M., Löning, H., Mendoza, C. (2004). Les directeurs commerciaux face au processus budgétaire. *Comptabilité-Contrôle-Audit* 10(2): 125-154.
- Blau, G.J. (1985). The measurement and prediction of career commitment. *Journal of occupational Psychology* 58: 227-288.
- Briers, M., Hirst, M. (1990). The role of budgetary information in performance evaluation.

- Accounting, Organizations and Society* : 373-398.
- Brignall, S., Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the New Public Sector. *Management Accounting Research* 11 (3): 281-306.
- Brownell, P. (1982). Participation in the budgeting process: when it works and when it doesn't. *Journal of Accounting Literature* 1: 124-153.
- Brownell, P. (1982). The role of accounting data in performance evaluation, budgetary participation and organizational effectiveness. *Journal of Accounting Research* 20: 12-27.
- Brownell, P. (1985). Budgetary systems and the control of functionally differentiated organizational activities. *Journal of Accounting Research* : 502-512.
- Brownell, P., Dunk, A. (1991). Task uncertainty and its interaction with budgetary participation and budget emphasis: some methodological issues and empirical investigation. *Accounting, Organizations and Society* : 693-703.
- Brownell, P., Hirst, M.K. (1986). Reliance on accounting information, budgetary participation, and task uncertainty: tests of a three-way interaction. *Journal of Accounting Research* 24: 241-249.
- Chapman, C.S. (1997). Reflections on a contingent view of accounting. *Accounting, Organizations and Society* 22: 189-205.
- DeCoster, D.T., Fertakis, J.P. (1968). Budget-induced pressure and its relationship to supervisory behavior. *Journal of Accounting Research* 6: 237-246.
- Demeulenaer P. (1997), *Histoire de la Théorie Sociologique*. Paris: Hachette Supérieur.
- Dunk, A.S. (1993). The effect of budget emphasis and information asymmetry on the relation between budgetary participation and slack. *The Accounting Review* 68: 400-410.
- Emsley, D. (2001). Budget-emphasis in performance evaluation and managers job related tension: the moderating effect of information from variance analysis. *British Accounting Review* 33 (3): 399-419.
- Evrat, Y., Pras, B., Roux, E. (2009). *Market, fondements et méthodes de recherches en marketing*. 4^{ème} édition. Paris: Dunod.
- Fisher, J. (1995). Contingency-based research on management control systems: categorization by levels of complexity. *Journal of Accounting Literature* 14: 24-53.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir, naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Gervais, M. (2000). *Contrôle de gestion*. 7^{ème} édition, Paris: Economica.
- Glaser, B. Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative research*. London: Wiedenfeld and Nicholson.
- Govindarajan, V. (1984). Appropriateness of accounting data in performance evaluation: an empirical investigation of environmental uncertainty as an intervening variable. *Accounting, Organizations and Society* 9: 125-135.
- Harrison, G. L. (1993). Reliance on accounting performance measures and superior evaluative style: the influence of national culture and personality. *Accounting, Organizations and Society* : 319-339.
- Hartmann, F.G.H. (2000). The appropriateness of RAPM : toward the further development of theory. *Accounting Organizations and Society* 25 (4): 451-482.
- Hirst, M.K. (1983). Reliance on accounting performance measures, task uncertainty and dysfunctional behavior: some extensions. *Journal of Accounting Research* 21: 596-605.
- Hirst, M.K. (1987). Some further evidence on the effects of budget use and budget participation on managerial performance. *Australian Journal of Management* 12: 49-56.
- Hofstede, G.H. (1977). *Contrôle budgétaire: les règles du jeu*. Editions Hommes et techniques.

- Hopwood, A. G. (1972). An empirical study of the role of accounting data in performance evaluation. *Journal of Accounting Research*, Supplement: 156-182.
- Hopwood, A. G. (1973). *An accounting system and managerial behaviour*. London: Saxon House.
- Hopwood, A.G. (1974). Leadership climate and the use of accounting data in performance evaluation. *The Accounting Review* 49: 485-495.
- Inglebert, X. (2005). *Manager avec la LOLF*. Collection réforme de l'Etat, Paris: Groupe Revue Fiduciaire.
- Joannides, V., Berland, N. (2008). Grounded Theory : quels usages dans les recherches en contrôle de gestion. *Comptabilité Contrôle Audit*, Numéro thématique: 141-162.
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New York: John Wiley and Sons.
- Kenis, I. (1979). Effects of budgetary goals characteristics on managerial attitudes and performance. *The Accounting Review* 54: 707-721.
- Kren, L., Liao, W.M. (1988). The role of accounting information in the control of organizations: a review of the evidence. *Journal of Accounting Literature* 7: 280-309.
- Langevin, P., Naro G. (2003). Contrôle et comportements : une revue de la littérature anglo-saxonne. 24^{ème} Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Louvain la Neuve.
- Lau, C.M., Low, L.C., Eggleton, I.R.C. (1995). The impact of reliance on accounting performance measures on job-related tension and managerial performance: additional evidence. *Accounting, Organizations and Society* 20: 359-381.
- Merchant, K.A. (1982). The control functions of management. *Sloan Management Review* 23: 43-55.
- Merchant, K.A. (1985). Budgeting and the propensity to create budget slack. *Accounting, Organizations and Society* 10: 201-210.
- Merchant, K.A. (1990). The effects of financial controls on data manipulation and management myopia. *Accounting, Organizations and Society* 15: 297-313.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Les éditions d'organisation.
- Mitchell, R.G. (1993). *Secrecy and Fieldwork*. Newbury Park: Sage.
- Naro, G. (1998). La dimension humaine du contrôle de gestion : la recherche anglo-saxonne sur les aspects comportementaux de la gestion budgétaire. *Comptabilité-Contrôle-Audit* 4 (2): 45-69.
- Naro, G. Perspectives critiques en comptabilité ; le Nouveau Management Public en question. Dans *Les services publics à l'épreuve du managérialisme* (à paraître) p.160-188.
- Nobre, T. (2001). Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif. *Comptabilité-Contrôle-Audit* 7 (2): 125-146.
- Noverman, J., Koene, B., Williams, R. (2005). Construct measurement of evaluative style: review and proposal. *Qualitative research in Accounting and Management* 2 (1): 77-107.
- Otley, D., Pollanen, R.M (2000). Budgetary criteria in performance evaluation: a critical appraisal using new evidence. *Accounting Organizations and Society* 25 (4): 483-496.
- Otley, D., Fakiolas, A. (2000). Reliance on accounting performance measures: dead end or new beginning? *Accounting Organizations and Society* 25 (1): 497-510.
- Otley, D. (1978). Budget use and managerial performance. *Journal of Accounting Research*: 122-149.
- Pires, A., (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans *La recherche qualitative ; Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (eds, Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L-H.) Montréal: Gaëtan Morin, 113-169.
- Quattrone, P. (2000). Constructivism and accounting research: Towards a trans-disciplinary

- perspective. *Accounting, Auditing & Accountability* 13 (2): 130 – 155.
- Ross, A. (1995). Job related tension, budget emphasis and uncertainty: a research note. *Management Accounting Research* 6: 1-11.
- Strauss, A., Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Newbury Park: Sage publishing.
- Strauss, A., Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage.
- Takagi, J. (2006). L'évolution du management des médecins américains. *Revue française de gestion*, 168: 55-81.
- Tarde, G. (1890). *Les lois de l'imitation : étude sociologiques*. Paris : Alcan.
- Thévenet, M. (2006). Tous professionnels ! *Revue Française de Gestion* 32 (168): 15-34.
- Williams, J. J., Macintosh, N. B., Moore, J. C. (1990). Budget related behaviour in public sector organizations: some empirical evidence. *Accounting, Organizations and Society* 15 (3): 221–246.

SPECIALITE	NOMBRE D'INTERVIEWES
ANESTHÉSIE	3
OPHTALMOLOGIE	3
GASTROENTÉROLOGIE	4
MALADIES INFECTIEUSES	1
ANESTHÉSIE-SOINS PALLIATIFS	1
DERMATOLOGIE	2
NEUROLOGIE	4
HÉMATOLOGIE	2
CHIRURGIE	3
GÉRONTOLOGIE	1
PNEUMOLOGIE	1
MÉDECINE INTERNE	1
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	1
PÉDIATRIE	1
MÉDECINE VASCULAIRE	1
CARDIOLOGIE	1
ONCOLOGIE	1

Tableau 1 : Echantillon de l'étude qualitative.