



**HAL**  
open science

# Communication de l'information et pressions financière interne: une étude exploratoire dans une organisation professionnelle

Irène Georgescu

► **To cite this version:**

Irène Georgescu. Communication de l'information et pressions financière interne: une étude exploratoire dans une organisation professionnelle. Comptabilités et innovation, May 2012, Grenoble, France. pp.cd-rom. hal-00690953

**HAL Id: hal-00690953**

**<https://hal.science/hal-00690953>**

Submitted on 24 Apr 2012

**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.

# *Communication de l'information et pressions financière interne: une étude exploratoire dans une organisation professionnelle*

Irène GEORGESCU (Maître de Conférences- GRM EA 4711)

## **Résumé**

Le remboursement basé sur l'activité déclarée a introduit, dans les hôpitaux français, le contrôle par les résultats générant une pression financière interne. Ainsi, la communication sur les résultats financiers de l'organisation prend une place croissante. Nous avons donc mené une étude exploratoire sur les modes de communication de des résultats à l'hôpital et leur impact sur la pression financière interne. En se fondant sur des données issues d'une étude qualitative auprès de 31 praticiens hospitaliers et d'une étude quantitative menée auprès de 578 praticiens hospitaliers dans 14 CHU, les résultats suggèrent d'une part que la pression financière est un concept à plusieurs facettes et, d'autre part qu'en fonction du mode de communication des résultats liés à l'activité, les acteurs peuvent ressentir la pression financière interne.

**Mots clés:** mesure comptable de la performance, mode de contrôle, pression, médecins, hôpital

## **Abstract**

The reimbursement based on activity in French public hospitals introduced the controls by results in French Public Hospitals. Although, internal communications about Hospitals financial results increases. We explore mode of communications ( formal and informal) and develop the hypothesis that the mode of communication has an impact on financial pressure. Qualitative data from 31 interviews with physicians and subsequent questionnaire evidence from 578 physicians in 14 French hospitals suggest that the internal financial pressure has various facets. We further find that in function of the form of the control, the financial pressure more or less perceived. our analysis adds to understand how, the kind of feedback and the design of control system information can create pressure feeling.

**Key words:** accounting performance measure, control system, pressure, physicians, hospital

## **INTRODUCTION**

Les réformes hospitalières menées ces dernières années (Plan Hôpital 2007, Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005) semblent atteindre les objectifs fixés : résorber les déficits des CHU, moderniser le pilotage de l'organisation. Nombreux sont les exemples récents qui en témoignent : les Hospices Civils de Lyon ramènent à -21,5 M€ leur déficit consolidés contre 42,2M€ prévus pour 2010, le CHRU de Lille affiche un équilibre financier dans l'Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses de 2010, la solidité financière du CHU de Nîmes est remarquable selon le rapport d'observations définitives n°16/579 du 16 août 2010 de la

Adresse de correspondance: Institut d'Administration des Entreprises-Université de Nice-Sophia Antipolis, 24 avenue des Diables Bleus, 06357 NICE Cedex 4.

Email adresse: irenegeorgescu@neuf.fr

Chambre Régionale des Comptes. Ainsi, la France a réussi à moderniser la gestion de l'hôpital public (Zeggar, et al. 2010). En se calquant sur le modèle des Diagnosis Related Group (DRG) anglo-saxons, dès 2005, l'hôpital public français est orienté vers des logiques stratégiques et de co-pilotage médecin- administratif. La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) transforme profondément le mode d'allocation des ressources de l'hôpital public : il n'est plus financé sur la base d'une enveloppe globale mais en fonction de l'activité déclarée par l'établissement. L'émergence de la logique de résultat et la transposition, dans le secteur public, d'outils de gestion provenant du privé, inscrivent le management de l'hôpital dans le courant du New Public Management (Hood, 1995). Cela a pour conséquence d'introduire un changement organisationnel et de revisiter la notion de performance dans le secteur hospitalier (Minvielle et al., 2008). De nombreuses recherches explorent les effets de la nouvelle gouvernance sur le plan stratégique (Naranjo-Gil et Hartmann, 2007), sur le marché des soins (Farlet et Hogen, 1990), sur la culture organisationnelle (Mick, 1990). D'autres travaux se consacrent à l'étude des acteurs professionnels de santé tels que les médecins (Hoff, 1999, 2000). Par exemple, Schneller et al. (1997) montrent que la performance de l'hôpital nécessite l'intégration des professionnels de santé dans le management de l'organisation. Sur ce point, Kurunmäki, (1999, 2004) met en lumière un phénomène d'hybridation chez les médecins qui participent à la gestion de la structure. De même, Dunham et al.(1994) indiquent que le médecin qui intègre une fonction de manager dispose d'une double compétence à la fois médicale mais également de gestionnaire, ce qui assure un meilleur pilotage de l'organisation. Il dispose ainsi d'une légitimité pour se situer à l'interface des deux mondes existants à l'hôpital : le monde médical et le monde administratif. Ainsi, les médecins acceptent davantage la logique financière lorsqu'ils participent au processus budgétaire (Abernethy et Stoelwinder, 1995). Ces résultats concernent le médecin qui endosse une position de manager. Or, le médecin manager n'est plus le seul à être confronté à la logique budgétaire : le médecin opérationnel est désormais visé. L'évaluation de l'activité du médecin opérationnel est économique et financière via les Groupes Homogènes de Malades (GHM). Corréler les ressources allouées à l'hôpital à l'activité effectuée et déclarée par le médecin correspond d'une part à introduire un lien de dépendance à la mesure comptable de la performance financière et d'autre part suppose le développement de nouveaux modes de contrôles. Ainsi, le contrôle par les résultats vient se juxtaposer au contrôle professionnel déjà existant dans la bureaucratie professionnelle. Par ailleurs, la littérature (Mintzberg, 1989, Orlikowski, 1991) souligne que dans ces organisations complexes, les diverses voies de communications coexistent: la bureaucratie fonctionne essentiellement par des voies formelles, alors que les organisations professionnelles communiquent traditionnellement par des voies informelles. Egalement, Merchant (1981) révèle l'importance de la communication formelle et des contrôles budgétaires administratifs dans le cadre de grandes entreprises. Or, dans une organisation professionnelle complexe comme l'hôpital, l'importance accordée à l'atteinte des objectifs budgétaires est récente. Aussi, nous avons voulu comprendre quels étaient les impacts des communications relatives aux résultats financiers sur les médecins opérationnels. En d'autres termes, nous avons voulu explorer les voies d'informations utilisées pour communiquer sur la mesure comptable de la performance et analyser ses effets sur les médecins. Pour cela nous avons utilisé la triangulation des méthodes. Après une analyse de la littérature, nous avons mené une étude exploratoire auprès de 31 praticiens hospitaliers afin d'identifier les modes de contrôles existants, puis nous avons procédé à une analyse confirmatoire auprès de 578 médecins dans

14 CHU. Les résultats révèlent d'une part que le contrôle par les résultats a donné lieu à l'apparition d'un contrôle des résultats transmis par écrit et effectué par la hiérarchie et d'autre part que ces modes de contrôles communications pouvaient être des déterminants à la pression financière perçue par les médecins. Nous présenterons en premier lieu une revue de la littérature que nous compléterons par les résultats d'une étude qualitative afin de proposer les hypothèses de recherche. Dans un second temps nous présenterons la méthodologie utilisée pour tester nos hypothèses. Nous poursuivrons par la présentation des résultats et terminerons par la discussion.

## **1. UNE REVUE DE LITTÉRATURE**

Nous envisagerons de présenter en premier lieu une brève revue de littérature que nous compléterons par une étude qualitative.

### **1.1. Voies de communications et pression financière interne dans l'organisation hospitalière**

Les précédentes recherches menées à l'hôpital ont identifiées au sein des bureaucraties professionnelles, l'existence d'un contrôle professionnel (Minzberg,1979). Les acteurs au centre de l'activité étant des médecins, ils sont soumis à un contrôle clanique (Ouchi, 1979). Ce contrôle est exercé dans des corps professionnels, autonomes et indépendants. L'individu est qualifié de professionnel lorsqu'il devient un expert dans les processus clés de production et dispose de compétences dans la réalisation de tâches complexes (Abernethy et Stoelwinder, 1995). Par conséquent, le travail accompli ne peut être contrôlé que par les pairs. Par un processus de socialisation, ces professionnels deviennent membres d'un groupe et partagent des valeurs identiques. Les médecins dispose également un langage qui leur est propre (Hall, 1973). Leur communication est traditionnellement informelle et ils sont soumis à des contrôles sociaux imposés par les membres de la profession (Orlikowski, 1991). Ce mode de contrôle émerge lorsque deux difficultés apparaissent : la difficulté à connaître le processus de production et la complexité de mesure du résultat. L'introduction de la T2A et les modifications organisationnelles de l'hôpital public français orientent l'institution vers un pilotage performant et efficient de ses ressources l'inscrivant dans le courant des réformes du New Public Management. La nouvelle gouvernance des organisations publiques est basée notamment sur : la gestion d'unités décentralisée organisées, une orientation vers le contrôle par les résultats, l'introduction d'une logique de marché, un recours aux outils managériaux issus du secteur privé et la mise en œuvre de standards et d'indicateurs de mesures de la performance (Hood, 1955). En s'inspirant des DRG, l'hôpital français est financé en fonction de l'activité qu'il déclare. Cette activité est évaluée à partir des tarifs nationaux élaborés sur une base de calcul de coûts par groupes homogènes de malades (GHM). Les GHM renvoient à un Groupe Homogène de Séjours (GHS) qui détermine le tarif facturable par l'hôpital à l'Assurance Maladie. Ainsi, l'activité constitue un indicateur de mesure de la performance comptable. Egalement, la réorganisation en pôles d'activités co-pilotée par médecin et

gestionnaire a, en théorie, une autonomie de gestion. Chaque pôle dispose d'un Etat Prévisionnel des Dépenses et des Recettes (EPRD) qui fixe les objectifs d'activité à atteindre pour une période. Enfin un système de sanction-récompense est mis en place, puisqu'un pôle est financé en fonction de l'activité qu'il déclare : s'il atteint et dépasse les objectifs, il a la possibilité d'obtenir des financements pour développer des projets, en cas contraire, son enveloppe budgétaire est diminuée. Tous les traits du contrôle par les résultats financiers à l'hôpital sont donc réunis. Les effets du contrôle par les résultats et la mesure comptable de la performance ont fait l'objet de très nombreux travaux (Argyris, 1953, Hofstede, 1968, Hopwood, 1972, Otley, 1978..). Les recherches révèlent que l'utilisation des budgets comme outil d'évaluation de la performance managériale s'accompagne de pressions, de tensions, de harcèlements et peuvent avoir un impact sur les tensions de rôles. Sur ce dernier point, les résultats sont contrastés (pour une revue de littérature voir Hartmann, 2000). Si la majorité des chercheurs se sont concentrés sur les effets attitudeux et comportementaux, peu d'entre eux se sont centrés sur les manifestations des pressions perçues et ses déterminants. L'essentiel des recherches s'est centré sur l'impact de la mesure comptable de la performance sans en cerner réellement les contours. La littérature indique également que le système d'information et la manière dont est transmise l'information sont des éléments fondamentaux de tout système de management de la performance (Otley, 1999). L'introduction de la mesure comptable de la performance est associée à un système de contrôle permettant d'effectuer un feedback de l'information afin de prendre des actions correctives et d'un "*feed-forward*" information qui donne l'occasion d'effectuer un apprentissage organisationnel. Ces systèmes de retour sur informations sont omniprésents dans les organisations (Otley, 1999). Ferreira (2002) indique que l'utilisation des informations liées au contrôle peut être plus importante que le modèle de contrôle. Or l'utilisation du système de contrôle a été, selon Ferreira et Otley (2009) mal développé. Dans ce sens, certains travaux français (Moralès et Pezet 2009, Bollecker 2002) mettent en lumière le rôle du contrôleur de gestion dans l'entreprise. Cependant, peu de recherches (Argyris 1952, Merchant 1981) se consacrent à la manière dont les informations concernant les objectifs budgétaires sont communiquées par le manager à ses subordonnés. La typologie de pratiques budgétaires proposée par Merchant (1981) souligne l'existence de deux stratégies de contrôle budgétaire: un contrôle administratif avec une communication formelle, observé dans les grandes entreprises, et un contrôle interpersonnel où la communication budgétaire est moins formelle, dans le cas d'entreprises plus petites et centralisées.

Une étude exploratoire, menée dans le secteur hospitalier depuis l'introduction de T2A, indique que les médecins ressentent une pression financière interne (Georgescu 2010). Les résultats suggèrent que cette pression provient à la fois des administratifs, le long de la chaîne hiérarchique mais également des acteurs du monde médical. L'étude montre également que la pression porte à la fois sur l'atteinte des objectifs chiffrés mais également sur les décisions de soins. Les intérêts financiers de l'hôpital sont mis en lumière car ces derniers sont directement financés en fonction de l'activité qu'ils déclarent. Ces résultats vont dans le sens d'Hartmann (2007) qui préconise d'envisager un aspect multidimensionnel de l'outil de la mesure comptable de la performance. Il semble donc que l'utilisation de la mesure comptable de la performance génère chez les médecins un sentiment de pression financière interne que nous définirons ici comme " l'insistance des acteurs organisationnels sur les objectifs financiers " (Georgescu, 2010).

Ainsi, l'objectif de ce travail est d'explorer les voies de communications empruntées pour transmettre aux opérationnels les informations concernant la mesure comptable de la performance. Pour cela nous avons choisi de mener une étude au sein d'une organisation professionnelle récemment soumise à la mesure comptable de la performance. Ce choix est motivé par deux raisons : le monde professionnel dispose de ses propres voies de communications informelles et la mesure comptable de la performance appelle la mise en place d'une communication ou feedback (mesures correctives) plus formalisé. Nous voulions donc comprendre quelles voies de communications, véhiculant l'information sur la mesure comptable de la performance, pouvaient être pertinentes pour les professionnels.

## **1.2. Une étude qualitative en complément de la littérature**

A notre connaissance, il n'y a pas de recherches traitent des modalités du contrôle -depuis l'introduction du contrôle par les résultats- comme déterminants de la pression financière perçues par les médecins à l'hôpital public. L'objectif de l'étude qualitative est donc d'enrichir la compréhension de ces relations. Nous avons mené trente-un entretiens semi-directifs auprès de praticiens hospitaliers titulaires exerçant au sein de différents pôles dans deux CHU entre les mois de juin et août 2008 ainsi que deux observations participantes (participation aux réunions de pôles). Afin de mieux comprendre les modes de communications traitant de l'activité auxquels étaient soumis les médecins, de sexe différents, de différentes spécialités (anesthésie, ophtalmologie, pédiatrie, neurologie...), d'âge et d'ancienneté diverses et de fonctions différentes (3 chefs de service, 1 chef de pôle et 23 Praticiens Hospitaliers (PH) (cf. tableau n° 1). Il a été précisé à chaque début d'entretien que l'administration n'avait pas connaissance de cette recherche et que l'anonymat était garanti. Chaque entretien a été enregistré avec l'accord de l'interviewé et retranscrit dans son intégralité. Par la suite, les données collectées ont fait l'objet d'une analyse de contenu à partir de la méthode de la Grounded Theory développée par Glaser et Strauss (1967).

L'étude exploratoire révèle que les médecins se sentent concernés par la déclaration de l'activité. Ils l'évoquent, à l'occasion de discussions informelles et parfois l'abordent comme une compétition virtuelle. « *Moi, j'ai proposé aux collègues de monter une plateforme et de faire un jeu en réseau avec le codage des actes : l'objectif c'est celui qui arrive à 10 000€ en trois jours.* » (Docteur de Médecine interne). Cette compétition, abordée sous forme de jeux à l'occasion de discussions entre médecins pourrait avoir un impact sur la pression puisqu'elle donnerait lieu à un contrôle de l'activité déclaré par les médecins par les autres médecins. Aussi, les médecins, lors de discussions avec les administratifs indiquent que les résultats du pôle sont évoqués. Le contenu des échanges portent sur l'intérêt d'avoir une activité rentable afin de pouvoir financer des projets.

Nous pourrions alors proposer l'hypothèse suivante avec prudence :

H1a : la communication informelle portant sur la rentabilité de l'activité a un impact sur la pression financière interne perçue par les médecins

Les résultats révèlent également que l'introduction de la mesure comptable de la performance s'est accompagnée de l'apparition de contrôles formels de l'activité. Ces contrôles sont effectués par l'envoi de courriers électroniques, à chaque médecin et s'accompagnent de rapports spécifiant le niveau de l'activité de chaque docteur mais également le niveau d'activité des autres médecins permettant ainsi d'effectuer des comparaisons. « *On nous envoie nos bilans d'activités maintenant. C'est une façon indirecte de nous demander d'être plus rentable. Il y a des comparatifs dans les rapports d'activités avec le nom des collègues.* » (Cardiologue). « *On reçoit les rapports d'activités tous les deux ou trois mois, ce qu'on ne recevait pas avant* » (Gastro-entérologue). « *Ce qui revient dans tous les discours des administratifs lors des réunions c'est la rentabilité, et c'est quelque chose de nouveau. On a l'impression que notre travail n'existe plus.* » (Pneumologue)

L'administration adresse ainsi des rapports d'activités et des comparatifs aux médecins par voie écrite, c'est-à-dire par voie écrite. Elle rappelle ainsi l'importance de l'activité et des résultats financiers pour l'organisation. Ces contrôles portent sur la rentabilité de l'activité des médecins. Ce rappel est également exercé lors de réunions de pôles où sont exposés, sous formes de tableau très détaillé et complexe, les niveaux d'activités. Commenté par le directeur administratif du pôle, avec quelques interventions du praticien responsable de pôle, ces présentations mettent l'accent sur l'importance de l'évolution du niveau d'activité mensuel. Le responsable administratif rappelle que le contrat de pôle est un contrat d'objectifs et de moyens. La présentation des chiffres clés est effectuée en nombre d'interventions réalisées et non en termes de ressources financières. Cette ambiguïté de présentation entre augmentation de l'activité et rentabilité de l'activité associée à une annonce de blocage de ressources donne lieu à des réactions de médecins qui ne comprennent pas ce qui est attendu et précisent qu'ils ne peuvent pas travailler davantage que ce qu'ils font. Egalement, le praticien responsable de pôle, annonce à l'occasion de réunions de pôles « *Il ne faut pas laisser l'argent dehors, En dehors de un ou deux médecins que je verrai personnellement, on est pas trop mal* ».

Egalement la communication porte sur les modalités de codage de l'activité. Les administratifs rappellent, par voie orale dans le cadre de réunions de pôles où il y a une présentation de l'activité, l'obligation de coder les actes dans les délais et invite les médecins à mieux coder leur activité afin qu'elle donne lieu à une facturation plus importante « *Le directeur du pôle nous dit qu'on est en retard, qu'il faut coder, les hospitalisations durent trop longtemps. On sent qu'on a une responsabilité dans le financement futur*» (Médecine Interne). « *Le PRP (Praticien Responsable de Pôle) a interpellé un médecin devant tout le monde et a dit qu'il ne codait pas assez et qu'il ne faisait rien. Là on a dépassé les limites* » (Chirurgien). Par conséquent, les injonctions répétées par la hiérarchie sur la nécessité du codage des actes peut avoir un impact sur la pression financière.

Que ce soit par voie écrite ou sous formes d'injonctions orales, des feed-back proviennent de la hiérarchie et concernent l'activité et son codage.

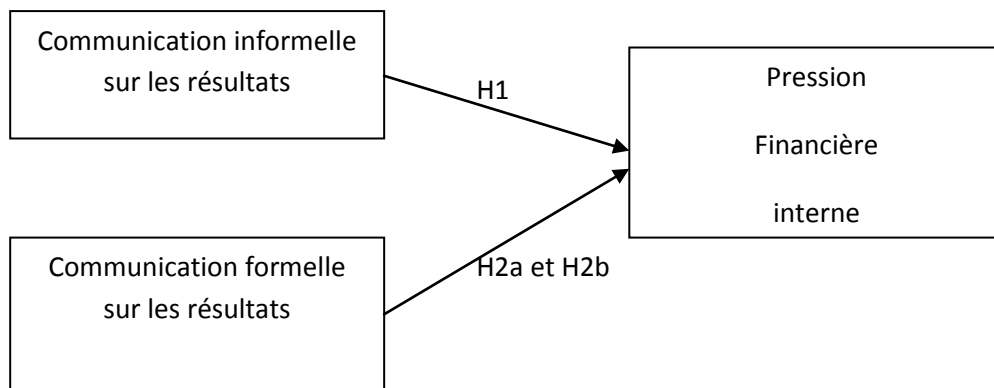
Aussi, nous pourrions proposer avec prudence les hypothèses suivantes :

H2a : la communication formelle portant sur l'activité par la hiérarchie médico-administrative a un impact positif sur la pression financière interne perçue par les médecins

H2b : la communication formelle portant sur l'activité par les pairs a un impact positif sur la pression financière interne perçue par les médecins.

Par conséquent le modèle de la recherche serait le suivant (figure 1):

**Figure1: Modèle de recherche**



## 2. La méthode de la recherche

Nous présenterons en premier lieu la collecte de données puis poursuivrons par l'exposé des variables mesurées et terminerons par l'exposé des résultats.

### 2.1.La collecte de données

Le questionnaire de cette recherche a été administré, par voie électronique, auprès de praticiens hospitaliers non contractuels de 14 CHU, répartis dans quatre zones Est, Ouest, Nord, Sud et Ile de France. Cette sélection s'est effectuée en fonction des données disponibles permettant d'identifier des praticiens hospitaliers non contractuels des CHU. Les praticiens hospitaliers chef de pôle ont été exclus de l'échantillon car ils sont à la tête des pôles et de ce fait, ils peuvent être acteurs des contrôles exercés sur les opérationnels. Après avoir recherché les noms et prénoms des praticiens hospitaliers sur les sites internet des différents CHU, le questionnaire a été envoyé à 2653 médecins accompagné d'un courriel les invitant à répondre au cours de la période des mois d'octobre à novembre 2009. 692 nous sont revenus non délivrés (566 ne correspondant pas à la bonne adresse et 126 en raison de filtres spam) et 578

[Tapez un texte]



ont répondu soit un taux de retour de 29,47% (tous les questionnaires retournés ont été exploitables, une fonction de contrôle ayant été introduite dans le questionnaire). L'échantillon est majoritairement composé d'hommes (68,9%). L'âge moyen des répondants est de 47 ans. Leur ancienneté moyenne dans le service public est de 19,45 ans. Il regroupe essentiellement des anesthésistes (24%), des chirurgiens (7,8%), des pédiatres (6,2%), des neurologues (5,5%), des médecins internes (5,5%), des gynécologues-obstétriciens (4,7%), des cardiologues (4,5%).

## 2.2. Les variables mesurées

**Les voies de communication** a été mesuré grâce à une échelle qui identifie les différents modes de communication. À partir d'interviews, nous avons identifié:

- des contrôles par voies formelles provenant du praticien responsable de pôles, des directeurs administratifs et des autres médecins
- des contrôles par voies informelles provenant du praticien responsable de pôles, des directeurs administratifs et des autres PH.

La variable communication écrite et communication orale a été mesurée par une échelle de Likert à 5 points de 1 (moins d'une fois/trimestre) à 5 (plus de 6 fois/ trimestre).

**La pression financière** a été mesurée avec une échelle qui identifie divers acteurs de l'hôpital et l'objet de la pression. En se basant sur une précédente recherche (Georgescu, 2010) nous avons distingué: l'agence régionale de santé, le directeur de l'hôpital, le directeur administratif de pôle, les administratifs, le praticien responsable de pôle, les pairs et les infirmiers. Pour chaque acteur nous avons décliné l'objet de la pression: une pression sur la décision des soins, sur la rentabilité de l'activité et sur le codage des actes. un exemple d'item est "Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par les autres médecins". La pression a été mesurée par une échelle de Likert à 5 points allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).

Le questionnaire a été pré-testé auprès de 5 médecins afin de nous assurer de la compréhension et de la succession des items.

## 2.3. Résultats

Au préalable, la multi-normalité des distributions a été vérifiée par le calcul du Kurtosis multi-varié normalisé de Mardia (1974).

Les variables mode de communication et pression, créées à la suite d'interviews, ont été testées en utilisant des rotations de type varimax (table 1 et 2). Par la suite, nous avons utilisé le modèle d'équation structurelle avec AMOS 7 pour effectuer une analyse confirmatoire des échelles et tester notre modèle (cf. Mac Callum and Austin, 2000; Shumacker and Lomax, 2004). Nous avons sélectionné un ensemble d'indices d'ajustement pour tester la qualité de notre modèle (Hair et al., 1998). Les critères retenus sont des indices de parcimonie, ( $\chi^2 / \text{ddl.}$ , CAIC), des indices absolus (GFI, AGFI and RMSEA) et des indices incrémentaux (NFI).

Les résultats d'une analyse en composantes principales avec rotation d'axes (varimax) indiquent que la structure pression est présente trois facteurs. Le premier facteur regroupe les

pressions ressenties par les médecins sur leurs décisions de soin, pressions exercées par le monde administratif, le long de la ligne hiérarchique pour être plus rentable. Nous choisissons de nommer cette première dimension: les pressions provenant de la hiérarchie administrative sur les soins. Le second facteur concerne la pression afférente à la rentabilité de l'activité exercée par le responsable administratif du pôle. Le troisième facteur est constitué par les pressions provenant du monde médical (médecins et infirmiers) sur les décisions de soins. Afin de tester la structure factorielle identifiée à partir des résultats de l'analyse en composantes principales, une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée. Pour améliorer la qualité du modèle, l'échelle mesurant la pression budgétaire a été réduite de 34 items. Elle regroupe trois dimensions : la première mesure la pression exercée par la hiérarchie administrative sur les soins (4 items), la seconde évalue la pression à la rentabilité de l'activité exercée par le responsable administratif du pôle (2 items) et la troisième, la pression provenant du milieu médical sur les décisions de soin (2 items). Le modèle obtenu regroupant trois dimensions remplit toutes les conditions d'acceptabilité :  $\chi^2/df = 3,97$  ; GFI = 0,972, AGFI = 0,941 ; NFI = 0,980 et CFI = 0,985 ; RMSEA = 0,072 et le CAIC du modèle testé est de 270,233 c'est à dire plus faible que celui du modèle saturé qui présente une valeur de 264,945 (cf. tableau n° 3). La fiabilité de chacune des dimensions est satisfaisante : la pression financière de la hiérarchie administrative sur les soins a un alpha de Cronbach de 0,93, la pression à la rentabilité de l'activité exercée par le responsable de pôle de 0,91 et la pression provenant du milieu médical de 0,86 (Nunnally, 1978).

Nous avons réalisé une démarche identique pour l'instrument voies de communications. A l'issu de l'analyse exploratoire par rotation varimax, nous obtenons 4 dimensions pour cette variable . Le premier facteur concerne la communication formelle par le praticien responsable de pôle sur le codage des actes, le second facteur concerne la communication formelle par envoi des comparatifs d'activité par les administratifs et le praticien responsable de pôle, le troisième représenterait une communication informelle par la hiérarchie (directeur administratif et PRP) sur la rentabilité et une quatrième dimension correspondrait à la communication formelle effectuée par les autres médecins sur l'activité. Nous avons menée par la suite une analyse confirmatoire. La quatrième dimension a du être supprimée afin d'accroître la qualité du modèle. Le tableau 3 représente les indices d'ajustement du construit latent et remplit les conditions d'acceptabilité (  $\chi^2/df = 3,97$  ; GFI = 0,972, AGFI = 0,941 ; NFI = 0,980 et CFI = 0,985 ; RMSEA=0,072 et le CAIC= 270,233 (264,945)). Tous les facteurs présentent une validité interne satisfaisante de: le contrôle formel par la hiérarchie sur le codage de l'activité a un alpha de Cronbach de 0.82, le contrôle formel par la hiérarchie sur la rentabilité est de 0.71, le contrôle informel par la hiérarchie sur la rentabilité est de 0.64.

Notre modèle global liant pression et voies de communication présente de bons indices d'ajustements [ $\chi^2 / ddl = 2,5$ ; RMSEA= 0,051; GFI=0,940, AGFI= 0,919, NFI= 0,931, CAIC= 718,047(1389,319)]. Nous avons reporté les coefficients de corrélations dans le tableau 4.

Les résultats suggèrent que le contrôle effectué par la hiérarchie médico-administrative, de manière informelle, a un impact positif sur les diverses facettes de la pression financière interne, ce qui confirme l'hypothèse 1. Le contrôle par la hiérarchie médico-administrative exercé de manière formelle sur la rentabilité de l'activité a un impact positif sur la pression à la rentabilité provenant des administratifs. En revanche, le contrôle par voie formelle de la hiérarchie médico-administrative et les pressions par les pairs sur les décisions de soins ou les

pressions des administratifs sur les décisions de soins n'ont pas de liens significatifs, l'hypothèse 2a est ainsi partiellement validée. De même, l'hypothèse 2b est partiellement validée car le contrôle du codage des actes par le praticien responsable de pôle n'a un impact que sur la pression à la rentabilité par les administratifs et non sur les autres facettes de la pression financière interne.

## **4. Discussion**

Les recherches précédemment menées dans le domaine, se sont peu penchées sur les voies de communications utilisées pour comprendre les impacts de la mesure comptable de la performance sur les attitudes (Ferreira et Otley, 2009). Notre étude tente donc d'explorer les voies de communications et leurs impacts dans une bureaucratie professionnelle. Pour cela, Une étude exploratoire menée à l'hôpital nous a permis d'explorer les modes de communications utilisés pour effectuer les feed-back concernant la mesure comptable de la performance. Les résultats semblent indiquer l'existence de deux voies de communications pour le contrôle de la mesure comptable de la performance : un contrôle transmis par voie formelle et un contrôle transmis par voie informelle. Ces voies de contrôles seraient utilisées soit par le couple médecin gestionnaire de pôle- direction administrative de pôle soit uniquement par le praticien responsable de pôle. Ces retours d'informations concerneraient la rentabilité de l'activité mais également l'optimisation de son codage.

De même cette étude révélerait que la pression financière porte sur divers objets et provient de diverses sources. Trois facettes de la pression financière aurait émergé: une pression administrative sur la rentabilité de l'activité, une pression provenant des pairs sur les décisions de soins et une pression provenant des administratifs sur les décisions de soins.

En outre, les résultats suggèrent qu'en fonction de la voie de transmission de l'information, les professionnels peuvent ressentir une pression financière. Les données empiriques indiqueraient que les contrôles transmis de manière formelle par le couple praticien responsable de pôle et directeur administratif relatifs à l'activité, pourraient créer un sentiment de pression à être rentable. Egalement, lorsque les contrôles sont transmis par voie formelle et proviennent du Praticien Responsable de Pôle sur l'optimisation du codage, les médecins ressentiraient une pression financière portant sur la rentabilité. Ces contrôles formels, en revanche, semblent ne pas avoir d'impact sur les pressions concernant les décisions de soins. Egalement, les médecins perçoivent les contrôles formels provenant de leur praticien responsable de pôle, non plus un contrôle provenant d'un pair, mais comme un contrôle effectué par un acteur administratif, ce qui pourrait s'expliquer qu'ils associent administration et mode de communication formelle. Cet argument peut trouver appui dans le fait que cette voie de communication n'est pas traditionnellement utilisée par les acteurs d'une organisation professionnelle (Orlikowski, 1991). Dans la même lignée, lorsque les contrôles s'effectuent de façon informelle par le praticien responsable de pôle et par les directeurs administratifs de pôle, le médecin ressentirait une pression financière à divers niveaux : la pression provenant des administratifs sur les décisions de soins, la pression des pairs sur les décisions de soins et la pression par les administratifs à être rentable. La pression concernerait ainsi le fait de

déclarer des actes rentables mais également d'ajuster ses décisions des soins pour être plus rentable. Cette pression pourrait ainsi s'accompagner de dysfonctionnements comportementaux observés dans la littérature. En effet, sur ce point les études (Steinbush et al 2007, Georgescu et Hartmann 2011) indiquent qu'un phénomène de manipulation de données, peut apparaître dans le cas de remboursements effectués sur l'activité déclarée. Ce phénomène de surcodage est généralement associé à de la myopie managériale (Merchant 1990).

Nos résultats peuvent laisser supposer que lorsque les contrôles et feed back de l'activité se font de façon formelle, dans le cadre de réunion, les professionnels ne se centrent que sur le contenu premier du message, être rentable. Toutefois, lorsque le message est transmis de façon informelle, les médecins auraient l'impression que la rentabilité les oriente vers des prises de décisions médicales conformes aux nouvelles contraintes économiques. Cela pourrait s'expliquer par les modes de fonctionnement des groupes professionnels disposant d'une identité. Le médecin, de part son appartenance professionnelle, a coutume d'utiliser de la voie informelle comme support de communication. Ce corps d'experts a ainsi l'habitude de communiquer par d'autres voies que celles traditionnellement utilisées par l'administration. Ceci pourrait suggérer que les médecins et les administratifs n'utilisent pas les mêmes canaux de transmission de l'information, ce qui aurait un impact sur la pression financière perçue. Cette analyse va dans le sens de certains verbatims d'interviews « *Dès que je reçois un mail de l'administration, je le jette à la poubelle* » (Anesthésiste). Par conséquent, le mode de communication et la voie de communication utilisée pour le transfert de l'information comptable aurait un impact sur les diverses facettes de la pression ressentie. De même, il semble que ce soit la voie de communication qui soit privilégiée au détriment de l'auteur du message. Ceci pourrait alors suggérer qu'au delà de l'hybridation du médecin, les voies de communications utilisées pour la transmission de l'information budgétaire s'hybrident également puisqu'une voie de contrôle administrative serait utilisée par un acteur professionnel et inversement, les administratifs utiliseraient une voie de communication propre aux professionnels.

Egalement, les résultats pourraient également nous conduire à revoir la typologie des pratiques budgétaires proposées par Merchant (1981), puisqu'il semblerait que les stratégies de contrôles budgétaires ne se dissocieraient pas en fonction de la taille de l'organisation. Elles pourraient coexister, voire se cumuler, sous forme de couches, au sein d'une même organisation professionnelle. Ainsi, la typologie proposée par Merchant (1981) pourrait être enrichie d'un facteur supplémentaire: la nature de l'organisation: en fonction de la nature de l'organisation, le mode de communication budgétaire pourrait être plus efficient.

## **Conclusion**

L'introduction de la mesure comptable de la performance dans les hôpitaux français a été associée à l'introduction de voies de communication permettant d'effectuer un feedback sur l'information comptable en termes d'activité. La juxtaposition du contrôle des résultats au contrôle professionnel s'est accompagnée de pressions financières. Les résultats de l'étude suggèrent qu'en fonction des voies de communications utilisées par la hiérarchie un sentiment de pression est perçu ce qui peut, à terme avoir un impact sur la performance de acteurs.

[Tapez un texte]

Egalement l'étude indique l'intérêt d'utiliser une vision multi-facette de la pression liée à la mesure comptable de la performance (Hartmann, 2007). De même, les résultats obtenus nous interpellent au regard de la typologie des pratiques budgétaires proposée par Merchant (1981). Si son étude révèle l'existence de deux types distincts de contrôle budgétaire (formel et interpersonnel), en fonction de la taille de l'organisation, la nature de l'organisation pourrait être prise en compte afin d'enrichir cette typologie. Enfin, si le concept d'hybridation est dorénavant évoqué pour les médecins (Kurunmaki 1999), cette recherche suggère que ce concept pourrait également s'étendre aux voies de communications utilisées dans le cadre de la transmission d'information concernant les objectifs budgétaires.

Cette étude présente des limites et des perspectives de recherches. Une première limite réside dans les modes de contrôles utilisés pour le feedback de l'activité. En nous basant sur l'étude de deux centres, nous n'avons pas exploré les autres modes voies de transmission de l'information comptables, ce point mériterait donc d'être développé. Une seconde limite est liée à la méthodologie utilisée: afin de parvenir à un modèle acceptable, nous avons opté pour la suppression d'une dimension, ce qui peut être réducteur. Enfin, les échelles, élaborées selon le paradigme de Churchill (1979) mériteraient d'être testées dans d'autres secteurs.

## **Bibliographie**

- Abernethy, M. A., Stoelwinder, J. U. (1995). The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations. *Accounting, Organizations and Society* 20 : 1-17.
- Argyris, C. (1953). Human Problems with budget. *Harvard Business Review* 31 (1) : 97-110.
- Bollecker, M. (2002). Le rôle des contrôleurs de gestion dans l'apprentissage organisationnel. *Comptabilité Contrôle Audit* 8 (2): 109-126.
- Dunham, N. C., Kindig, D. A., Schultz, R. (1994). The value of the Physician Executive Role to Organizational Effectiveness and Performance. *Journal of Applied Psychology* 81 (4) : 358- 368.
- Farley, D., Hogan, C. (1990). Specialization in the Market for Hospital Services. *Health Services Research* 25 (5) : 757-781.
- Ferreira, A. (2002). Management accounting and control systems design and use: an exploratory study in Portugal. PhD Thesis, Lancaster: Lancaster University.
- Ferreira, A. , Otley, D. (2009). The Design and Use of Performance Management Systems: An Extended Framework for Analysis. *Management Accounting Research* 20 : 263–282.
- Glaser, B., Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative research*. London: Wiedenfeld and Nicholson.
- Georgescu, I. (2010). Pression et budgets: une étude qualitative dans le secteur hospitalier. 31 ème congrès annuel de l'Association Francophone de Comptabilité, Nice.
- Georgescu, I, Hartmann F.G.H.(2011). Explaining data manipulation by physicians: Tell me who presses you I will predict your manipulation. 34th congress of European Accounting Association, Rome.

- Guibert, N, Dupuy, Y (1997). La complémentarité entre contrôle « formel » et contrôle « informel » : le cas de la relation client-fournisseur. *Comptabilité – Contrôle - Audit* 1: 39-52.
- Hall, D. T. (1972). A model of coping with role conflict: The role behavior of college educated women. *Administrative Science Quarterly* 17 : 471–486.
- Harrison, G. L. (1993). Reliance on accounting performance measures and superior evaluative style: the influence of national culture and personality. *Accounting, Organizations and Society* 18 (3) : 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.
- Hartmann, F. G. H. (2007). Do accounting performance measures indeed reduce managerial ambiguity under uncertainty? *Advances in Management Accounting Research* 16: 159–180
- Hofstede, G. (1978). The Poverty of Management Control Philosophy. *Academy of Management Review* July : 450-461.
- Hopwood, A. G. (1972). An empirical study of the role of accounting data in performance evaluation. *Journal of Accounting Research Supplement* : 156-182.
- Hood, C. (1995). The New Public Management in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society* 20 (2-3): 93-109.
- Kurunmäki, L. (1999). Professional versus financial capital in the field of health care - struggles for the redistribution of power and control. *Accounting, Organizations and Society* 24: 95-124.
- Linzer, M., Konrad, TR., Douglas, J., Mc Murray, JE, Pathman, DE., Williams, ES., Schwartz, MD., Gerrity, M., Scheckler, W., Bigdy, JA., Rhodes, E. (2000). Managed care, time pressure, and physician job satisfaction. *J Gen Intern Med.* 15 : 441-450.
- MacCallum, R. C., Austin, J. T. (2000). Applications of Structural Equation Modeling in Psychological Research. *Annual Review of Psychology* 51: 201-226.
- Mardia, K. V. (1974) in *Statistical Distributions in Scientific Work*, vol. 3, (ed. by Patil, G. P. , Kotz, S. , and Ord, J. K. D. Reidel Publishing Company: Dordrecht, 365-385.
- Merchant, K.A. (1981). The design of the corporate budgeting system : Influences on managerial behavior and performance. *The Accounting Review* 4 : 813-829.
- Merchant, K.A. (1990). The effects of financial controls on data manipulation and management myopia. *Accounting, Organizations and Society.* 15, 297-313.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall. Trad. franç. *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Les Editions d'Organisation.
- Minvielle, E., Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Jeantet, M., Préaubert, N. Bourdil, A., Richard, C. (2008). Hospital Performance : Competing or shared values. *Health Policy* 87: 8-19.

- Naranjo-Gil, D., Hartmann, F. G. H. (2007). How CEOs use management information systems for strategy implementation in hospitals. *Health Policy* 81 (1): 29-41.
- 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) : 45-62.
- Orlikowski, W. J. (1991). Integrated Information Environment or Matrix of Control? The Contradictory Implications of Information Technology. *Accounting, Management and Information Technologies* 11: 9-42.
- Otley, D. (1978). Budget use and managerial performance. *Journal of Accounting Research* 16 (1): 122-149.
- Otley, D. (1999). Performance management: a framework for management control system design. *Management Accounting Research* 10: 363-382.
- Ouchi, W. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control Mechanisms. *Management Science* 25 (9): 833-848.
- Schneller, E. S., Greenwald, H. P., Richardson, M. L., Ott J. (1997). The Physician Executive: Role in the Adaptation of American Medicine. *Health Care Management Review* 22 (2): 90-96.
- Schumacker, R. E., Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Steinbusch, P., Oostenbrink, J., Zuurbier, J., Schaepkens, F. (2007), The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study. *Health Policy*. 81:289-299.
- Zeggar, H. Vallet, G., Tercerie, O. (2010). Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Rapport IGAS, Paris : La documentation Française.

## Annexes

**Tableau 1 : Caractéristiques des personnes interrogées**

Numéro de l'entretien	Sexe	Age	Ancienneté dans le SP	Spécialité	Titre
1	Homme	36	10	Ophtalmologie	PU-PH
2	Homme	35	6	Gastro-entérologie	PH
3	Homme	47	20	Ophtalmologie	PH
4	Femme	50	26	Infectiologie	PH
5	Homme	50	25	Anesthésie	PH
6	Femme	55	11	Soins palliatifs	Chef de service
7	Femme	37	6	Dermatologie	PH
8	Homme	49	21	Gastro-entérologie	PU-PH
9	Homme	40	15	Anesthésiste	Chef de service
10	Homme	45	20	Dermatologie	PU-PH
11	Homme	38	8	Anesthésie	PH
12	Homme	37	13	Neurologie	PH
13	Femme	55	29	Anesthésie	PH
14	Homme	37	13	Neurologie	PH
15	Homme	50	25	Neurologie	PH
16	Femme	34	11	Ophtalmologie	PH
17	Homme	52	30	Hématologie	Chef de pôle
18	Homme	62	33	Chirurgie digestive	PH
19	Homme	38	10	Gastro-entérologie	PH
20	Homme	56	31	Rhumatologie	PH
21	Homme	35	10	Oncologue	PH
22	Homme	44	17	Pneumologie	PU-PH
23	Homme	37	9	Médecine Interne	PH
24	Femme	47	22	Chirurgie digestive	PH
25	Homme	47	17	Neurologie	PH
26	Homme	43	14	Gastro-entérologie	PH
27	Homme	35	12	Orthopédiste	PH
28	Homme	38	13	Pédiatre	PH
29	Homme	49	25	Hématologie	PH
30	Femme	45	15	Mal. Vasculaire	Chef de service
31	Homme	40	16	Cardiologie	PH



**Tableau 2: Coefficient de Régression du modèle testé**

	<b>Std. est.</b>	<b>Std. Error</b>	<b>Crit. Ratio</b>
Contrôle formel par le PRP du codage -->la pression des administratifs sur les décisions de soins	0.086	0.063	1.362
Contrôle formel par le PRP du codage -->la pression par les administratifs à la rentabilité	<b>0.224</b>	0.082	<b>2.742**</b>
Contrôle formel par le PRP du codage -->la pression des pairs sur les décisions de soins	0.84	0.054	1.551
Contrôle hiérarchique formel --> la pression des administratifs sur les décisions de soins	0.16	0.115	1.392
Contrôle hiérarchique formel <b>sur</b> la pression par les administratifs à la rentabilité	<b>0.405</b>	0.139	<b>2.908***</b>
Contrôle hiérarchique formel -->la pression des pairs sur les décisions de soins	0.075	0.093	0.804
Contrôle hiérarchique informel <b>sur</b> la pression des administratifs sur les décisions de soins	<b>0.476</b>	0.096	<b>4.954***</b>
Contrôle hiérarchique informel <b>sur</b> la pression par les administratifs à la rentabilité	<b>0.545</b>	<b>0.121</b>	<b>4.517***</b>
Contrôle hiérarchique informel <b>sur</b> la pression des pairs sur les décisions de soins	<b>0.25</b>	0.098	<b>2.545***</b>

**Tableau 3: Statistiques descriptives des échelles testées**

	<i>Theor. range</i>	<i>Actual Range</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. dev.</i>	<i>Cronb. Alpha</i>
<b>FHCP</b>	1-5	1.00-5.00	1.2284	0.59875	0.71
<b>CPCOP</b>	1-5	1.00-5.00	1.4412	0.91540	0.82
<b>ICHP</b>	1-5	1.00-5.00	1.3979	0.75966	0.64

<b>APHCD</b>	1-5	1.00-5.00	2.0104	1.1657	0,91
<b>PPHCD</b>	1-5	1.00-5.00	1.870	1.006628	0,86
<b>APP</b>	1-5	1.00-5.00	2.6064	1.40296	0.93

**Table 4: Synthèse des indices d'ajustement du modèle testé**

Variable	$\chi^2 / \text{ddl}$	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	AIC (sat. model)
Pression	<b>3.97</b>	<b>0.07</b>	<b>0.97</b>	<b>0.94</b>	<b>0.98</b>	<b>207.233(264.945)</b>
Contrôles	<b>4.97</b>	<b>0.08</b>	<b>0.98</b>	<b>0.94</b>	<b>0.97</b>	<b>140.213(154.551)</b>

**Figure 2: Synthèse des résultats**

