



HAL
open science

PROPOSITION DE TYPOLOGIE DES RISQUES ORGANISATIONNELS : L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL

Fabienne Alvarez

► **To cite this version:**

Fabienne Alvarez. PROPOSITION DE TYPOLOGIE DES RISQUES ORGANISATIONNELS : L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL. XVèmes Journées Nationales des IAE, Sep 2000, Biarritz Bayonne, France. hal-02545365

HAL Id: hal-02545365

<https://hal.science/hal-02545365>

Submitted on 17 Apr 2020

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.

Fabienne ALVAREZ

6, 7, 8 septembre 2000
XV^e Journées nationales
des IAE
BAYONNE - BIARRITZ

PROPOSITION DE TYPOLOGIE DES RISQUES ORGANISATIONNELS :

L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL



Proposition de typologie des risques organisationnels :

l'exemple de l'hôpital

Fabienne ALVAREZ

Résumé :

La complexité des situations organisationnelles à l'hôpital et l'incertitude qui les caractérisent justifient la traduction des enjeux du contrôle de gestion en termes de risques organisationnels. L'article analyse les notions et typologies des risques organisationnels, entendus comme phénomènes sociaux, et en montre les limites pour la prise en compte des spécificités de l'hôpital en matière d'organisation. Une typologie élargie des risques organisationnels est proposée, qui distingue les problématiques structurelle (risque-structure), processuelle (risque-produit), informationnelle (risque-procédure) et relationnelle (risque-personne). Cette typologie améliore la lisibilité des enjeux et difficultés du contrôle, appelle la question de la maîtrise des risques organisationnels, fait la lumière sur l'importance de la « relation de contrôle » et amène à s'interroger sur ses fondements.

Proposition de typologie des risques organisationnels : l'exemple de l'hôpital

Introduction

On assiste depuis une vingtaine d'années, aujourd'hui de manière plus intense, au développement de dispositifs et techniques de gestion à l'hôpital. Cette évolution n'est pas isolée : la place prise par des systèmes d'information tels que les ERP montre l'importance croissante et structurante du contrôle de gestion dans les organisations. Parallèlement, les enjeux spécifiques de l'hôpital public (accréditation des établissements de soins) et les contraintes budgétaires actuelles rendent nécessaire une certaine homogénéisation des pratiques et des critères. Ces démarches permettent l'identification et l'évaluation de nombreux risques auxquels l'hôpital doit faire face. Il s'agit par exemple du risque sanitaire (maladies nosocomiales), du risque financier, du risque juridique (lié au respect de la réglementation locale – le cas des marchés publics par exemple- mais aussi européenne – sur la mise sur le marché de médicaments ou sur la sécurité des équipements), etc.. La complexité et l'incertitude inhérentes à l'activité hospitalière justifient la pertinence d'une approche en termes de risques, et la définition du contrôle comme dispositif de maîtrise des risques organisationnels. Cet article vise donc à analyser et comprendre l'intérêt de la notion de risque organisationnel pour le contrôle de gestion à l'hôpital, ainsi qu'à l'élaboration et la discussion d'une typologie des risques organisationnels.

1. Caractéristiques de l'environnement interne de contrôle à l'hôpital

L'analyse du contexte interne de l'organisation hospitalière frappe par sa complexité et l'incertitude qui règnent au niveau de la structure de gestion, du processus de soins, des systèmes d'information, et des relations professionnelles. Ces deux caractéristiques que sont l'incertitude et la complexité des situations organisationnelles, constituent des aspects récurrents et expliquent semble-t-il en grande partie les difficultés majeures de mise en œuvre du contrôle de gestion¹.

a. La structure de gestion

L'hôpital est organisé autour d'une structure médicale fortement dominante. Le centre de responsabilité traditionnellement reconnu est le service, son responsable le chef de service, son activité la production de soins (pour les services cliniques). De ce fait, la structure de gestion et le découpage analytique qui en découlent doivent cohabiter avec une structure liée au schéma de responsabilité médicale. La correspondance entre les différents niveaux de ces deux structures ne peut pas toujours être établie, ce qui rend la modélisation complexe. Par ailleurs, la volonté de développement de pratiques contractuelles initiée par la loi du 24 avril 1996², part de l'idée que « le meilleur moyen de se coordonner, c'est finalement de pousser les acteurs à expliciter, le plus possible, des engagements et le déroulement attendu de leurs activités » (Nakhla et Soler, 1997). Il s'agit donc de passer d'une logique d'obéissance à une logique de responsabilisation (Debrosse, 1994, p. 123). Pourtant, cette question de l'autonomie et de la délégation n'est pas acquise, en raison notamment du statut des chefs de service. Ainsi, « si la nouvelle définition du centre de responsabilité est susceptible, malgré tout, de se révéler comme une ouverture vers la mise en place de structures plus appropriées, sa conception reste bien angélique, car l'on voit mal comment peuvent être contournées les règles d'autorité qui subsistent » (Mourier, 1999). Les conséquences d'une inexécution du contrat sont très limitées en termes de sanctions, et ne peuvent toucher ni à la responsabilité de chef de service, ni à sa rémunération, ni même à une limitation (significative) en termes de ressources du service qui mettrait en péril la qualité des soins. Pourtant, cette contrepartie est fondamentale et conditionne la pertinence de ces structures : « la délégation d'autorité appelle en retour la responsabilité individuelle du délégataire. Celle-ci s'entend comme l'acceptation d'être jugé sur ses résultats » (Bouquin, 1994, p. 20). Cette possibilité reste incertaine, comme nous le verrons, puisque par ailleurs les questions de définition de la production hospitalière, tout comme celle de sa mesure restent ambiguës.

b. Produit, activités et processus

La première source d'incertitude provient de la difficulté à définir l'output hospitalier (Garrot, 1995). On parle alors de malade, de journée d'hospitalisation, d'opérations, de consultations, etc. Caractériser le produit hospitalier par des notions floues telles que le soin et se référer aux missions de l'hôpital conduit à un caractère

¹ L'incertitude et la complexité sont les arguments les plus souvent avancés dans la littérature. Compte-tenu des premiers résultats d'une recherche en cours, nous sommes amenée à nous demander quelle est l'importance relative de ces facteurs par rapport à d'autres.

² « Les centres de responsabilité bénéficient de la délégation de gestion de la part du directeur. Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi

très peu opérationnel des concepts retenus (Masse, 1994, p. 36). Face à cette indétermination de départ sur la nature du produit, les chercheurs ont orienté la réflexion sur les activités et les processus. Mais l'activité de soins se révèle toute aussi complexe et conduit à l'impossibilité d'une formalisation commune (Moisdon et Tonneau, 1999, p. 32). La multiplicité des acteurs en jeu, les compétences multiples et les nombreuses spécialités et sous-spécialités qui en découlent constituent un premier niveau de complexité. Le découpage médical des activités nécessite ensuite un découpage analytique toujours plus fin. Un deuxième niveau peut être identifié dans l'absence de processus standardisés de production de soins prenant en compte toutes les éventualités. « Chaque cas est unique » comme se plaisent à dire nombre de médecins. Le parcours d'un patient peut difficilement être programmé avec certitude, en particulier pour ceux qui arrivent en urgence. Ces spécificités fortes de la production de soins que sont la variabilité et l'incertitude sont « des obstacles évidents à la formalisation » (Moisdon et Tonneau, 1999, p. 22). Comment savoir, dans ce contexte, si les systèmes mis en œuvre (outils de gestion et systèmes d'information) sont pertinents et cohérents³, l'objet d'analyse n'étant pas toujours clairement identifié, les objets de mesure (coût d'un patient, coût d'un séjour, coût d'un GHM⁴, coût d'une journée) différant selon les approches, la démarche globale en termes de pilotage du processus (de soin) étant peu perceptible (Lorino, 1999). La difficile détermination de l'objet de performance (Bessire, 1999) conditionne à son tour la pertinence des outils et systèmes d'information mis en œuvre pour en apprécier la valeur.

c. Procédures, outils de gestion et systèmes d'information

La première source d'incertitude provient du fait que le système d'information et de gestion de l'hôpital public, fortement orienté vers l'extérieur par les pressions réglementaires et administratives, « a incontestablement souffert d'une absence de réflexion sur ses propres finalités et son adaptation aux priorités de l'établissement » (Cauvin et Coyaud, 1990, p. 189). Du reste Vinot (1998) observe que « les limites imposées par les outils existants résident principalement dans le fait qu'elles sont calquées sur une dimension principale, le séjour, considéré comme la fonction créatrice de valeur (...) ». Or, « il ne suffit pas de réaliser un acte pour considérer qu'il ait une valeur intrinsèque. (...) En soi la performance d'une activité n'existe pas. Elle n'existe que parce que l'activité participe à des chaînes productrices de valeur pour le client ». Il se dégage donc un décalage entre, d'une part, les objectifs stratégiques de l'hôpital centrés sur l'amélioration du processus de soins, et, d'autre part, les outils articulés autour de données comme le séjour, le nombre d'admissions, le nombre de lits. Se retrouvent ici les conséquences du manque de consensus sur la nature de la production hospitalière, c'est-à-dire le manque de « représentations formalisées d'un fonctionnement organisationnel » (Moisdon, 1997, p. 10).

Par ailleurs, les autres outils de contrôle rencontrent également les mêmes limites dans leur mise en œuvre. On reproche aux budgets hospitaliers de n'être trop souvent que « des inventaires de prévisions, indépendants de toute idée directrice » (Gauthier et coll., 1975, p. 55). La logique budgétaire, confortée par l'instauration du budget global, conduit les acteurs à considérer que leurs ressources sont automatiquement celles de la période précédente, augmentées d'un taux directeur (désormais inférieur à l'inflation). C'est donc le budget qui draine les dépenses, et non l'activité. Les tableaux de bord, quant à eux, ne servent pas toujours aux responsables (Schmitt, 1994, p. 26). Quant aux performances, les obstacles à leur évaluation ne manquent pas. Ce qui fait dire à Gauthier et *alii.* (1975, p. 26) que « l'hôpital est ainsi la seule entreprise où les responsables des différents secteurs de production échappent presque totalement à l'autorité du directeur général ». De plus, viennent s'ajouter les problèmes du recrutement et celui de l'intéressement individuel et collectif aux résultats (Debrosse, 1994, p. 105), obstacles majeurs à une action dynamique. Enfin, la nouvelle définition du produit hospitalier autour de la notion de Groupe Homogène de Malades, constitue une avancée majeure qui mérite toutefois d'être

des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat » (art. L714-26-1 du Code de la Santé Publique).

³ Pour une discussion sur les concepts de cohérence et pertinence voir l'article de Bessire D., « Définir la performance », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 5, Vol. 2, septembre 1999.

⁴ Groupe Homogène de Malades, notion qui sera discutée dans la problématique suivante.

affinée⁵, mais le système d'information qui l'accompagne, le Programme de Médicalisation du Système d'Information, connaît quelques limites.

Le contrôle de gestion en milieu hospitalier est donc un art difficile, qu'il s'agisse de proposer une définition du produit, de représenter l'activité hospitalière ou de déterminer une instrumentation gestionnaire. Cette dernière reste un « langage obligé [que l'on] construit et parle en ayant conscience de ses lacunes » (Moisdon, 1997, p. 41). Pourtant, instrumenter une situation d'action collective n'est pas la seule façon de la gérer. Et on peut estimer que l'efficacité des entreprises dépend moins de leur instrumentation gestionnaire que des mécanismes relationnels qui se construisent au sein des groupes. Ces mécanismes relationnels constituent une condition première à un environnement favorable de mise en oeuvre des dispositifs de contrôle, qui doivent générer l'adhésion des personnes afin de développer une coopération effective.

d. Relations professionnelles, asymétrie d'information et résistances au changement

De nombreux auteurs soulignent l'existence, au sein de l'hôpital, de « villages gaulois qui vont de rivalités en accords passagers ou en affrontements violents, se regroupant quelque fois face à une administration plus souvent décriée que reconnue » (Debrosse, 1994, p. 95). Ce clivage entre corps médical et administration est souvent présenté comme une caractéristique des relations professionnelles à l'hôpital. Gauthier et *alii*. (1975, p. 25) expliquent qu'« au sein du secteur médical la lutte n'est pas moins vive entre services d'hospitalisation et services médico-techniques (laboratoires et radiologie). Enfin, au sein du secteur administratif, il est peu d'exemples d'harmonieuse entente entre services fonctionnels et services opérationnels ». Ce fonctionnement sur le mode des clans structure la circulation de l'information et favorise sa rétention. Cette asymétrie d'information est un élément de pouvoir pour qui sait l'utiliser à bon escient.

Paradoxalement à ce qui ressort de la théorie de l'agence, la préservation de zones de flou semble être une condition à l'équilibre du système. Ce sont « les imperfections (lacunes, obscurités, imprécisions...) qui, créant du flou là où la netteté entraînerait le conflit et le scandale, permettent aux acteurs et aux normes de cohabiter sans trop de mal » (Moisdon et Tonneau, 1999, p. 95). On trouve là une cause première, à notre sens, de la difficile implantation des systèmes de contrôle à l'hôpital. Les acteurs tentent de se protéger du changement provoqué par le système de contrôle, qui vise à faire la lumière sur les activités de chacun. L'incertitude est quiétude (Gauthier et *alii*, 1975, p. 27), l'opacité une protection (Cauvin, 1999 ; Moisdon et Tonneau, 1999, p. 87). Engel et *alii* (1997, p. 132) vont jusqu'à considérer que « l'appel à des méthodes de gestion sophistiquées concernant de façon fine les activités constitue les armes d'une guerre risquant d'être fatale pour tous ». C'est précisément « la prise de conscience que le mode est complexe et que les situations de décision sont caractérisées par l'incertitude » (Laufer, 1993) qui nous amène à développer une réflexion en termes de risques organisationnels, le contrôle s'analysant alors comme système visant à la maîtrise de ces risques.

2. La notion de risque dans les problématiques de contrôle organisationnel

Le passage d'un modèle bureaucratique où l'hôpital est une institution, à un modèle de l'agence où l'hôpital devient un marché interne (Garrot, 1995) explique l'émergence de nouveaux types de risques. La complexité croissante du système, les évolutions technologiques, les contraintes financières et la réglementation rendent leur prise en compte nécessaire.

2.1. Définitions

⁵ Notamment en ce qui concerne la prise en compte du poids des pathologies dans les GHM.

La notion de risque, dans son acception restreinte, est à distinguer de celle d'incertitude. Piriou (1999) précise que le risque renvoie à l'idée que « la réalisation future d'un événement est prévisible (peut-être associé à une distribution de probabilités) donc assurable ». Cette conception est celle de Knight (1964, p.19) pour qui « l'incertitude doit être prise dans un sens radicalement distinct de la notion familière de risque dont elle n'a jamais été correctement séparée. (...). Il apparaît qu'une incertitude mesurable, ou 'risque' proprement dit d'après notre usage du mot, est si différent d'un risque non mesurable qu'il ne s'agit en fait pas d'incertitude du tout. Nous réserverons le terme incertitude pour ce qui est non quantifiable »⁶. Cette restriction de l'utilisation de la notion de risque ne fait pas l'unanimité chez les chercheurs en sciences sociales. Sa perception n'est nullement, pour Le Breton (1995, p. 31) « une appréciation objective des dangers, mais plutôt la conséquence d'une projection de sens et de valeur sur certains événements, certains objets voués à l'expertise diffuse de la communauté ou des spécialistes ». March et Shapira (1987) expliquent qu'un nombre de facteurs variables tels que l'humeur, les sentiments, et la manière dont les problèmes sont présentés semblent affecter la perception et les attitudes face au risque. Le risque est donc une notion socialement construite qui varie selon les époques et les lieux. C'est une mesure de l'incertitude qui souligne « le déficit ou l'adversité susceptibles d'advenir à l'acteur ou à la population qui négligent une information ou s'engagent dans une action particulière » (Le Breton, 1995, p. 23). Le risque, nous dit Adams (1998, p. 29) « est constamment en mouvement et il se modifie en réponse aux tentatives de mesure ». C'est ainsi qu'un risque perçu est un risque sur lequel on a déjà agi.

En matière d'organisation⁷, la notion de risque provient, pour Bécour (2000) de l'existence d'éléments perturbateurs « liés à l'incomplétude du système pour couvrir l'ensemble des situations (...), aux défaillances des outils utilisés pour contrôler et aux insuffisances humaines à comprendre, mettre en œuvre, ajuster le fonctionnement aux variables d'environnement interne et externe (notion d'apprentissage organisationnel) ». Il convient alors d'identifier et de formaliser les nouveaux risques organisationnels⁸ auxquels le contrôle de gestion hospitalier doit faire face.

2.2. Typologies des risques organisationnels

Das et Teng (1996) distinguent risque relationnel et risque de performance. Le risque relationnel tient à la possibilité et aux conséquences d'un engagement partiel des partenaires d'une alliance à joindre leurs efforts, à une coopération incomplète. Le risque de performance tient à la possibilité et aux conséquences que les objectifs de l'alliance ne sont pas atteints malgré une coopération complète des partenaires. Ce risque englobe tous les risques de hasard exceptés ceux qui touchent à la coopération. Deux séries de travaux ont contribué singulièrement à l'appréhension de la notion de risque organisationnel : la théorie de l'agence et la notion d'asymétrie d'information; les travaux plus récents de Besson (1997, 2000) et Padioleau (1999).

⁶ "But Uncertainty must be taken in a sense radically distinct from the familiar notion or Risk, from which it has never been properly separated.(...) It will appear that a *measurable* uncertainty, or 'risk' proper, as we shall use the term, is so far different from an unmeasurable one that it is not in effect an uncertainty at all. We shall accordingly restrict the term 'uncertainty' to cases of non-quantitative types".

⁷ Bécour et Bouquin (1996, p. 45) définissent l'action d'organiser comme « le fait, pour la hiérarchie, de mettre en place les processus et les systèmes permettant d'atteindre les finalités recherchées ».

⁸ "le caractère nouveau d'un risque résulte de la prise de conscience dont il fait l'objet (risque environnemental) ou de la perception de son importance à la suite de transformations dans le fonctionnement économique [...]" (Percie du Sert, 1999, p. 25).

L'intérêt de la théorie de l'agence est le fait qu'elle ait accepté « de relâcher l'hypothèse d'un avenir certain et d'une information également répartie pour intégrer la notion de risque et celle d'information asymétrique qui, sous l'hypothèse d'une rationalité substantielle, aboutissent à la mise en évidence de comportements opportunistes et de défiance, sources de problèmes pour la coordination des décisions individuelles » (Béjean, 1999). Par ailleurs, pour le domaine qui nous intéresse, « les apports théoriques des approches du système de santé en termes de relations d'agence résident principalement dans une prise en considération explicite des conflits d'intérêts, des asymétries d'information et du risque lié aux activités économiques ». Cette asymétrie d'information conduit à deux formes d'opportunisme, selon que la tricherie intervient avant l'exécution du contrat (sélection adverse), ou dans la phase d'exécution du contrat (risque moral). De ce fait, nous dit Arrow (1984, p. 138), l'information est la mesure négative de l'incertitude. Les institutions économiques peuvent dès lors compenser le hasard moral par des informations non issues du marché telles que les codes d'éthique et l'internalisation de valeurs. C'est le cas notamment de la profession médicale. La prégnance de la théorie de l'agence dans les analyses d'organisations économiques explique sans doute l'importance, parfois démesurée, accordée au risque d'opportunisme.

Les travaux ultérieurs complètent cette vision parcellaire du risque organisationnel. Padioleau (1999) définit le risque comme phénomène social ; « toute action, individuelle ou collective est en effet risque ». Ce phénomène social conjugue deux types de risques génériques : 1) ceux qui proviennent « d'objets » d'activités ; 2) ceux qui sont liés aux actions éventuelles (appelées praxis). Cet ensemble forme le phénomène du double risque. Il est intéressant de noter que pour l'auteur, le risque est aussi bien positif que négatif, pour l'objet (bien-être social, efficacité s'opposant à la notion de danger), comme pour la praxis (efficacité des mesures, conformité à des principes, s'opposant aux notions de coûts budgétaires, aux tracs de mise en œuvre). On retrouve cette dichotomie entre système d'activité (flux de travail) et système d'action (rôles, règles, relations informelles et schémas culturels) chez Besson (1997, 2000). L'auteur présente le contrôle de gestion comme « une technologie disciplinaire visant à maîtriser les risques organisationnels de divergence entre l'intention stratégique de la direction générale et les logiques de l'action managériale ». Il développe une typologie issue de la dualité objectifs de l'individu/objectifs de l'organisation et analyse les enjeux qui y sont liés. Quatre types de risques sont ainsi identifiés (Besson, 2000) :

- le risque de coordination, qui est « un risque de conception qui prend sa source dans la complexité de la modélisation » ;
- le risque d'opportunisme, « risque de transgression qui prend sa source dans la défiance de la direction générale à l'égard des acteurs » ;
- le risque cognitif, « risque de régression qui prend sa source dans la clôture cognitive de la direction générale » ;
- le risque de légitimation, « risque de justification qui prend sa source dans la nécessité d'expliquer (...) ».

Risque de coordination et risque d'opportunisme relèvent du modèle de la routine ; risque cognitif et risque de légitimation relèvent du modèle de la transformation. Ces risques sont inhérents à l'action managériale, que le contrôle va donc tenter de maîtriser grâce à des dispositifs d'influence.

Ces deux typologies éclairent largement le concept de risque organisationnel et ses composantes. Pourtant, le risque de coordination qui regroupe des préoccupations diverses, et qui relève du modèle de la routine, n'est pas maîtrisé par l'hôpital. Besson (2000, p. 137) reconnaît que « (...) toutes les organisations ne sont pas au même stade de développement de cette stratégie de la mobilité [passage de la routine à la transformation]. Voire pour certaines organisations cette stratégie de la mobilité n'est pas (encore ?) pertinente ». Il convient donc d'adapter ce schéma aux réalités du contrôle hospitalier, en particulier, et aux organisations pour lesquelles la problématique de l'instrumentation de gestion et de la coordination ne sont pas résolues, en général.

3. Pour une typologie du risque organisationnel en milieu hospitalier

Le risque organisationnel est issu des comportements collectifs des individus, face à d'autres individus ou face à des systèmes de contrôle, et qui a pour conséquence la non convergence des buts vers ceux de l'organisation. Il ne s'agit donc pas uniquement de risques issus de l'opportunisme mais également de tout ce qui touche à une situation de non contrôle. Le risque organisationnel est donc issu de la non maîtrise des activités de l'organisation.

3.1. Elaboration de la typologie

Une première approche a été développée (Alvarez, 2000) qui distingue trois types de risques : risque-produit, risque-procédure, risque-personne. Une version enrichie est ici présentée, prenant en compte une catégorie de risque supplémentaire, le risque-structure. Il convient d'en analyser la portée. Le tableau ci-dessous (Tableau 1) en retrace les grandes lignes.

Le *risque-structure*⁹ prend sa source dans la possible inadéquation des structures (de gestion) aux schémas de performance identifiés. Clarke et Short (1993) précisent à cet égard que les structures et les procédures opérationnelles standard peuvent contrarier les efforts de réponse à un accident¹⁰ de manière importante. Ces procédures organisationnelles de réponse à des problèmes sont souvent fondées sur les expériences passées et les organisations institutionnalisent des plans pour répondre à l'incertitude. Pourtant, précisent les auteurs, il est possible qu'un nombre insuffisant d'échecs empêche l'organisation de percevoir les risques de tels événements.

⁹ Cette dimension de notre typologie des risques n'était pas identifiée séparément dans nos travaux précédents (Alvarez, 2000). En effet, on pouvait retrouver cette dimension structurelle, dont les risques qui lui sont associés n'apparaissent pas de manière explicite dans la littérature, au travers de la dimension procédure/instrumentation, par exemple, pour tout ce qui touche à la contractualisation interne. Cependant, l'analyse des premiers résultats de l'étude mentionnée en introduction montre que cette dimension structurelle est source de risques pour l'organisation. Il convient donc de l'appréhender pleinement afin d'en cerner les enjeux spécifiques.

¹⁰ La notion d'accident peut être entendue comme la survenance de l'issue négative d'un risque particulier.

Type de risque	Structure de gestion/ coordination	Produit/ Activités et processus	Procédure/ Outils et SI	Personne/ Relations
<i>Problématique associée</i>	<i>Structurelle</i>	<i>Processuelle</i>	<i>Informationnelle</i>	<i>Relationnelle</i>
Conditions	Choix des structures adaptées aux critères de performance	Définition du produit hospitalier et des processus permettant d'en assurer la qualité	Pertinence de la représentation (instrumentation) de l'activité hospitalière	Adhésion aux objectifs de l'organisation; cohérence des messages véhiculés par les dispositifs de contrôle
Enjeux	Qualité de la coordination (structure de responsabilités)	Qualité du produit (processus de prise en charge)	Qualité de l'information (outils de gestion et système d'information)	Qualité des relations (interindividuelle; interactions avec le système)

Tableau 1
Types de risques et enjeux de contrôle associés

Les routines mise en place lui permettent de filtrer l'information et d'organiser l'action en conséquence, ce qui conduit de fait à une inflexibilité de l'organisation qui s'érige elle-même en barrière à une réponse efficace. La structure de gestion doit donc décliner l'autorité et la responsabilité dans l'organisation, tout en veillant à préserver les flux d'information nécessaires à la détection de risques mais également à leur maîtrise.

Le *risque-produit* est issu de la nécessité de définir un produit hospitalier et un processus de production. L'incertitude sur la nature de l'output, de même que la complexité des activités de soins rendent cette tâche particulièrement ardue. Pourtant, cette problématique *processuelle*, qui relève de ce que Besson (2000) nomme 'système d'activité', est fondamentale puisqu'elle doit être à l'origine de l'orientation du système d'action permettant d'influencer le comportement des individus. Elle permet d'envisager la question de la valeur. Lorino (1999) insiste sur le fait que « pour piloter la chaîne de valeur, il s'avère utile, voire indispensable, de faire usage de méthodes de pilotage fondées sur la modélisation de l'entreprise en processus transversaux aux organisations et aux métiers ». Les formes centralisées de coordination nous dit-il, s'avèrent peu efficaces « pour faire face à la complexité croissante liée à la personnalisation du service et à son évolutivité ». Il s'agit alors de se pencher « sur les contenus et les conditions de l'action collective » pour se tourner vers le nouveau binôme «compétence-pilotage de l'action» qui devrait tendre à remplacer l'ancien mode de coordination fondé sur le binôme «pouvoir hiérarchique-dotation en ressources».

Le *risque-procédure* tient pour l'essentiel à la difficile instrumentation de gestion en milieu hospitalier. Il est issu de la complexité et de la multiplicité des structures, de l'incertitude sur les performances individuelles et collectives notamment. Il met en avant la question de la pertinence des outils de gestion élaborés en vue de l'influence des actions des individus vers les objectifs de l'organisation. Bécour et Bouquin (1996, p. 95) signalent que l'insuffisance de la comptabilité de gestion, de même que la mauvaise organisation du processus budgétaire ou « l'inadéquation du jugement porté ou du caractère incomplet des procédures d'évaluation » (p. 107) sont sources de risque. Il convient alors de définir les outils de contrôle de gestion (budgets, tableaux de bord, contrats internes de service, etc.) et les systèmes d'information pertinents pour que la dimension instrumentale de la représentation de l'organisation qu'ils offrent, soit conforme à la vision qu'en a la direction générale. De ce fait, la nature et la forme des informations qu'ils récoltent, analysent et interprètent, de même que la manière dont cette information est véhiculée sont des vecteurs de cette représentation. Cette problématique *informationnelle* doit être au cœur des préoccupations du contrôle de gestion. Pour Peaucelle (1989), le système d'information s'inscrit dans un système social où il existe des règles et des régularités. Un système d'information se définit donc pour l'auteur « par l'information qu'il véhicule et par la manière dont il l'exprime sur ses différents supports. C'est un langage de communication d'une organisation, adapté à la nature plus ou moins répétitive de l'information que l'on veut y échanger ». Cette information a deux rôles fondamentaux (Besson et Bouquin, 1991) : (a) elle permet de construire des modèles de représentations de la complexité ; (b) elle permet de définir des modes d'action sur la complexité ; l'action des individus procède toujours à partir de modèles d'action dont l'individu n'est pas toujours conscient.

Le *risque-personne* pose le problème de l'adhésion des individus aux objectifs de l'organisation. Ce risque émane de la complexité des relations entre individus, de l'asymétrie d'information, des phénomènes de résistance au changement. Deux types de relations interviennent ici : les interrelations entre individus, qui conditionnent ce que nombre d'auteurs nomment le climat de confiance ; il s'agit ici de faire développer des relations de coopérations interindividuelles. Un second type de relation conditionne la réussite de la mise en œuvre de dispositifs de gestion : ce que nous appelons « relation de contrôle » et qui décrit l'interaction que l'individu aura avec le dispositif de contrôle (les outils de gestion, les structures de gestion, les processus, les systèmes d'information) : acceptation des règles du jeu, neutralité, rejet et résistance. Cette problématique *relationnelle* souligne l'importance de la 'relation de contrôle' pour la cohérence du processus dans son ensemble.

Les problématiques du système d'activité (processuelle, informationnelle, structurelle) se retrouvent dans le risque de coordination décrit par Besson (2000) et dont Vinot (1998) considère qu'elle devient « le facteur de risque, celui de tous les efforts et de toutes les tensions. C'est donc dans les agencements et dans les interstices entre activités que se situent les potentiels de création et d'amélioration de la valeur du soins, c'est-à-dire que cette dernière intègre une dimension organisationnelle ».

La question de la relation de contrôle touche à la fois aux risques d'opportunisme, cognitif, de légitimation. Notons que pour Laufer (1993, p. 190) la crise du système de légitimité est à l'origine du risque majeur. Il conviendra alors de définir des dispositifs de maîtrise spécifiques à chaque type de risque. C'est notamment l'un

des apports de la typologie des risques développée ici, à la réflexion sur le contrôle comme technologie d'influence (Besson, 2000).

Conclusion

La typologie élaborée pointe les risques potentiels auxquels le contrôle de gestion doit faire face. Dans le cas de l'hôpital public aucune des dynamiques processuelle, informationnelle et structurelle ne constitue une routine et n'est totalement fonctionnelle; le contrôle de gestion y joue donc à chaque fois un rôle actif. Il convient toutefois de souligner le caractère fondamental, voire transversal, des risques relationnels qui semblent être un frein important de la mise en œuvre du contrôle de gestion à l'hôpital. La typologie permet alors d'orienter la réflexion sur le contrôle à plusieurs niveaux.

- 1) Elle améliore la visibilité des difficultés de mise en œuvre du contrôle et invite à une analyse des degrés d'interdépendance entre les catégories de risque. Cette démarche favorise l'anticipation des conséquences d'un changement du système de contrôle, et souligne la nécessaire adaptabilité des structures de gestion d'une organisation aux évolutions informationnelles, relationnelles, processuelles.
- 2) La notion de risque organisationnel appelle la question de la maîtrise de ces risques et permet de « repositionner le contrôle de gestion comme une discipline des sciences de l'organisation dont l'objet est la maîtrise des risques organisationnels » (Besson, 2000). Ce paradigme du risque organisationnel permet d'associer à chaque type de risque une réponse adéquate en terme de contrôle. Il est donc possible de positionner les différents modes de contrôle en fonction des problématiques auxquelles ils font référence. Contrôle par la hiérarchie, par les procédures, par le marché, par la culture, le clan ou l'éthique (Burlaud et Simon, 1997) trouvent ici une légitimité en terme de maîtrise de risques spécifiques.
- 3) Elle permet une intelligibilité du rôle la relation de contrôle et des risques relationnels associés (d'opportunisme, cognitif, de légitimation). Clarke et Short (1993) estiment que l'on apprend plus sur la manière dont les risques sont produits en théorisant des facteurs organisationnels tels que les pressions sur la production, les attentes managériales et l'efficacité de la régulation qu'en ciblant sur l'erreur humaine. Et ce n'est pas un hasard si « une des causes majeures d'échec de nombreux projets de systèmes de contrôle résulte de la grande naïveté dont font preuve les maîtres d'ouvrage de ces projets concernant les attitudes des acteurs » (Besson, 1997, p. 138).
- 4) Enfin, la problématique de la relation de contrôle comme risque organisationnel majeur amène à s'interroger sur ses fondements. De nombreux auteurs¹¹ reconnaissent à cet effet que le risque et la confiance sont proches puisque la décision d'accepter le risque implique la confiance. Arrow (1974) montre, en s'appuyant sur les théories économiques dont le postulat de base est l'opportunisme des individus, que seules des relations de confiance et des incitations non issues du marché peuvent

¹¹ Voir, par exemple, Alvarez (1995) pour une revue de la littérature sur le sujet.

permettre de pallier au problème d'asymétrie d'information dans les relations d'agence. Et donc par là-même de réduire le risque issu du comportement « non optimal » des individus. Ces mécanismes, nous dit-il, sont essentiels pour l'efficacité. « L'une des caractéristiques d'un système économique performant est que les relations de confiance et d'assurance entre les individus soient suffisamment fortes pour que l'agent ne triche pas bien que cela puisse constituer un comportement économique rationnel »¹². Les voies de recherche offertes par ce paradigme du risque organisationnel sont nombreuses pour qui désirerait, par exemple, caractériser le système de contrôle (pris au sens large) par la nature des relations de contrôle qu'il met en œuvre. Il conviendrait alors de dépasser la notion « d'ajustement mutuel » pour en cerner les modalités et les variétés. La thèse de la complémentarité entre contrôle formel et contrôle informel (Guibert et Dupuy, 1997) trouve là des voies d'application fécondes.

REFERENCES

- Adams J., *Risk*, UCL Press, 1995, 4^{ème} édition 1998.
- Alvarez F., « Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels », *XXIème Congrès de l'Association Française de Comptabilité*, Angers, Mai 2000.
- Alvarez F., *Schéma d'introduction du concept de confiance dans le management*, Mémoire de DEA, CREFIGE, Université Paris-Dauphine, 1995.
- Arrow K. J., *The Economics of Information, Collected papers of Kenneth J. Arrow*, Oxford: Basil Blackwell, 1984.
- Bécour J.-C., « Audit opérationnel » in *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de Gestion et Audit*, sous la direction de B. Colasse, Ed. Economica, 2000, pp. 63-75.
- Bécour J. C., Bouquin H., *Audit opérationnel. Efficacité, efficacité ou sécurité*, 2^{ème} édition, Economica, 1996.
- Béjean S., « De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarités », *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 17, n° 1, mars 1999.
- Bessire D., « Définir la performance », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 5, Vol. 2, septembre 1999.
- Besson P., « L'institution de la valeur. Comment ré-articuler le sens de la responsabilité sur les logiques de marché ? » in P. Besson (éd.) *Dedans, dehors. Les nouvelles frontières de l'organisation*, Vuibert, Paris. 1997, pp. 121-149.
- Besson P., « Risques organisationnels et dynamique du contrôle » in *Encyclopédie de Comptabilité, Contrôle de gestion et Audit*, sous la direction de B. Colasse, Economica, Paris, 2000.
- Besson P., Bouquin H., « Identité et légitimité de la fonction contrôle de gestion », *Revue Française de Gestion*, n° 82, janvier-février 1991.
- Bonnici B., *L'hôpital. Enjeux politiques et réalités économiques*, Nouvelle Edition, « Les Etudes » de la documentation Française, 1998.
- Bouquin H., *Les fondements du contrôle de gestion*, coll. Que Sais-Je ?, PUF, 1994.
- Burlaud A., Simon C. J., *Le contrôle de gestion*, Coll. Repères, Editions La Découverte, 1997.

¹² "One of the characteristics of a successful economic system is that the relations of trust and confidence between principal and agent are sufficiently strong that the agent will not cheat even though it may be 'rational economic behavior' to do so" (p. 104).

- Cauvin C., « Les habits neufs du contrôle de gestion », in *Questions de contrôle*, sous la direction de Lionel Collins, PUF, 1999.
- Cauvin C., Coyaud C., *Gestion hospitalière : Finance et contrôle de gestion*, Economica, 1990.
- Clarke L., Short J.-F., « Social organization and risk : some current controversies », *Annual Review of Sociology*, n° 19, 1993, pp. 375-399.
- Das T. K., Bing Sheng Teng, « Risk types and inter-firm alliance structure », *Journal of Management Studies*, 33:6, November 1996, pp. 827-843.
- Debrosse D., « Engagement et responsabilité du directeur dans la démarche de projet » in Honoré B., Samson G. (sous la dir.), *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat, 1994.
- Engel F., Kletz F., Moisdon J.-C., « L'instrument multiprise ou 'les métamorphoses des ICR' », in *Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, sous la direction de J.-C. Moisdon, Ed. Seli Arslan, 1997.
- Garrot T., *Le management des activités en milieu hospitalier*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, IAE, Université de Nice Sophia-Antipolis, 1995.
- Gauthier P. H., Grenon A., Omnès L., Perchet J. Y., *L'analyse de gestion à l'hôpital*, Heral Editions, 1975.
- Grosjean M., Lacoste M., *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Presses Universitaires de France, 1999.
- Guibert N., Dupuy Y., « La complémentarité entre contrôle formel et contrôle informel : le cas de la relation client-fournisseur », *Comptabilité-Contrôle-Audit*, Tome 3, Vol. 1, Mars 1997.
- Knight F. H., *Risk, uncertainty and profit*, New York, 1964, (1ère édition 1921).
- Laufer R., *L'entreprise face aux risques majeurs. A propose de l'incertitude des normes sociales*, L'Harmattan, 1993.
- Le Breton D. *La sociologie du risque*, Coll. Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, 1995.
- Leteurre H., Patrelle I., Quaranta J.-F., Ronzière N. *La qualité hospitalière*, 2^{ème} édition, coll. Audit hôpital, Berger-Levrault, 1999.
- Lorino P., « A la recherche de la valeur perdue : construire les processus créateurs de valeur dans le secteur public », *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 17, n° 2, juin 1999.
- March J. G. et Z. Shapira, « Managerial Perspectives on risk and risk taking », *Management Science*, Vol. 33, N° 11, November 1987.
- Masse M. C., « Le contrôle de gestion dans un hôpital public : un modèle de transactions diagonales », *Comptabilité-Contrôle Audit*, Tome 2, Volume 1, mars 1996, pp. 21-43.
- Masse M.-C., *Le contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle: contribution à la modélisation du cas de l'hôpital public*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université des Sciences et Technologies de Lille, I.A.E., 1994.
- Moisdon J.-C., *Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Ed. Seli Arslan, 1997.
- Moisdon J. C., Tonneau D., *La démarche gestionnaire à l'hôpital.1- Recherches sur la gestion interne*, Editions Seli Arslan, 1999.

Moriceau J.-L., *Le sens de la relation structure / systèmes de contrôle. Interrogations sur le rôle du contrôle dans l'évolution de l'organisation à partir du cas de la construction informatique*, Thèse de Doctorat en sciences de gestion, Université Paris-Dauphine, Octobre 1997.

Mourier A., « Du budget de service à la contractualisation interne. Candide et la lanterne magique », *Gestions Hospitalières*, Octobre 1999.

Nakhla M., Soler L.-G., « Des contrats internes au concret. Contrats internes, coordinations et pilotage économique de projet », in *Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, sous la direction de J.-C. Moisdon, Ed. Seli Arslan, 1997.

Padioleau J.-G., « L'action publique post-moderne : le gouvernement politique des risques », *Revue Politiques et Management Public*, Vol. 17, n° 4, décembre 1999.

Peaucelle J.-L., « Systèmes d'information » in P. Joffre et Y. Simon *Encyclopédie de gestion*, Tome 3, Economica, 1989, pp. 2824-2836.

Percie du Sert A.-M., *Risque et contrôle du risque*, Economica, 1999.

Piriou J.-P., *Lexique de sciences économiques et sociales*, 3^{ème} édition, Coll. Repères, Ed. La découverte, 1999.

Schmitt B. « La responsabilité des médecins dans la construction de l'hôpital de demain », in Honoré B., Samson G. (sous la dir.), *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Privat, 1994.

Vinot D., « De la valeur médicale à la valeur organisationnelle : l'hôpital français face à une nouvelle régulation », *Actes des XIVèmes Journées nationales des I.A.E.*, Tome 3, 1998, pp. 651-666.