

La gestion des établissements hospitaliers : Fondements théoriques

Hospital Management: Theoretical Foundations

AHSINA Khalifa

Enseignant chercheur

Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales Ait Melloul

Université Ibn Zohr

Laboratoire interdisciplinaire de recherche en droit et gestion

Maroc

k.ahsina@uiz.ac.ma

LAASSILIA Fatima Zahra

Doctorante

Faculté des sciences juridiques, économiques et sociales Ait Melloul

Université Ibn Zohr

Laboratoire interdisciplinaire de recherche en droit et gestion

Maroc

fatemzahra.laassilia1@gmail.com

Date de soumission : 13/04/2023

Date d'acceptation : 08/05/2023

Pour citer cet article :

AHSINA. K & LAASSILIA. F Z (2023) « la gestion des établissements hospitaliers : Fondements théoriques »,

Revue Internationale des Sciences de Gestion « Volume 6 : Numéro 2 » pp : 782 - 804

Digital Object Identifier : <https://doi.org/10.5281/zenodo.7912889>

Résumé

Le domaine de la gestion hospitalière repose sur des fondements théoriques clés comme les principes de l'administration publique tels que la planification, l'organisation, la direction et le contrôle. La gestion des établissements hospitaliers est une question complexe qui nécessite une approche rigoureuse pour garantir une utilisation optimale des ressources. Dans cet article, nous offrons un aperçu des principaux cadres théoriques, des approches et des fondements liés à la gestion des hôpitaux. Nous présentons des modèles tels que la bureaucratie professionnelle, le modèle Principal-Agent et le post New public management. Bien que cette étude ne prétende pas être exhaustive, elle répond à l'objectif de dresser un bilan des approches, des cadres théoriques et des modèles liés à la gestion des établissements hospitaliers. Cette étude est importante car la gestion des hôpitaux est une notion complexe et contextuelle qui exige une analyse rigoureuse pour une utilisation optimale des ressources. Il est crucial d'identifier les différents modèles et les fondements théoriques pour clarifier les approches liées à la gestion des établissements hospitaliers afin de garantir une gestion efficace.

Mots clés : la gestion des hôpitaux ; approches ; la bureaucratie professionnelle ; le modèle Principal-Agent ; le post New public management.

Abstract

The field of hospital management is based on key theoretical foundations such as the principles of public administration such as planning, organization, direction, and control. Hospital management is a complex issue that requires a rigorous approach to ensure optimal use of resources. In this article, we provide an overview of the main theoretical frameworks, approaches, and foundations related to hospital management. We present models such as professional bureaucracy, Principal-Agent model, and post-New public management. Although this study does not claim to be exhaustive, it aims to provide a summary of the approaches, theoretical frameworks, and models related to hospital management. This study is important because hospital management is a complex and contextual concept that requires rigorous analysis for optimal resource utilization. It is crucial to identify different models and theoretical foundations to clarify the approaches related to hospital management in order to ensure effective management.

Keywords: hospital management; approaches; professional bureaucracy; the Principal-Agent model; post New Public Management.

Introduction

La gestion des établissements hospitaliers est un domaine complexe qui nécessite une approche stratégique pour garantir leur bon fonctionnement (Porter, 1997). Au fil des années, plusieurs théories et modèles ont été développés pour aider à comprendre et à améliorer la performance des établissements hospitaliers. Trois de ces théories majeures sont la bureaucratie professionnelle, le modèle principal-agent et le post New Public Management, qui offrent des perspectives différentes sur la manière de gérer les organisations de santé.

Parmi les anciens approches stratégiques de gestion des hôpitaux ; la bureaucratie professionnelle initié par H Mintzberg (1982) et repris par T.Nobre (1999), c'est une théorie qui met l'accent sur la compétence et l'expertise des professionnels de la santé dans la prise de décision et la gestion des établissements hospitaliers (Sanogo, 2012). Selon cette théorie, les professionnels de la santé, tels que les médecins et les infirmiers, sont les mieux placés pour prendre des décisions cliniques et administratives en raison de leur expertise technique et de leur connaissance approfondie des besoins des patients. Les administrateurs hospitaliers jouent un rôle de soutien en fournissant les ressources nécessaires et en facilitant le travail des professionnels de la santé.

Le modèle principal-agent, quant à lui, se concentre sur la relation entre les administrateurs hospitaliers et les professionnels de la santé en tant qu'agents agissant au nom des patients (McGuire, et al., 1988 ; McLean 1989 ; Ryan 1992 ; Clark et Olsen 1994). Selon cette théorie, les administrateurs sont responsables de la gestion des ressources hospitalières et doivent s'assurer que les professionnels de la santé agissent dans l'intérêt des patients (Sanogo,2012). Cela peut impliquer la mise en place de mesures d'incitation, de contrôles de performance et de mécanismes de responsabilisation pour s'assurer que les professionnels de la santé sont motivés à fournir des soins de haute qualité (Preker, 2007).

Par ailleurs, le post New Public Management est une théorie plus récente qui prône une approche axée sur la performance et les résultats dans la gestion des établissements hospitaliers (Hood, 1991 ; Andresani et Ferlie, 2006). Inspirée par les principes du New Public Management, cette théorie met l'accent sur l'efficacité, l'efficience et la responsabilité dans la gestion des ressources hospitalières. Elle encourage l'utilisation de méthodes de gestion issues du secteur privé, telles que la budgétisation axée sur les résultats, la gestion par objectifs et la décentralisation de l'autorité (Greenwood, et al., 2002).

Nous pouvons donc formuler les questions suivantes : Comment les organisations de santé peuvent-elles tirer parti de différentes théories et modèles de gestion pour optimiser leur efficacité et leur performance, tout en garantissant des soins de qualité et l'utilisation optimale des ressources ? Comment les hôpitaux peuvent-ils décider quelle approche stratégique convient le mieux à leur contexte et aux défis auxquels ils sont confrontés tout en tenant compte des modèles et des théories existants ?

Ces questions de recherche visent à explorer comment les différentes théories et modèles de gestion peuvent être appliqués aux organisations de santé pour améliorer leur efficacité et garantir une meilleure gestion des ressources. Les questions visent également à comprendre comment les hôpitaux peuvent être en mesure de choisir les approches stratégiques optimales en fonction de leurs contextes spécifiques et des défis auxquels ils sont confrontés. Les résultats de cette recherche pourraient aider les établissements hospitaliers à améliorer leur performance tout en garantissant un accès équitable à des soins de qualité.

Pour ce faire, nous avons adopté une revue de littérature systématique qui consiste à sélectionner rigoureusement des études pertinentes pour notre sujet, à extraire les données clés de ces études, puis à les synthétiser de manière critique pour évaluer l'état actuel des connaissances sur le sujet.

En résumé, dans cet article, nous allons aborder dans un premier temps les points communs et divergences dans l'organisation des hôpitaux. Par la suite, présenter les spécificités de la théorie de la bureaucratie professionnelle, du modèle principal-agent et du post New Public Management, qui offrent des perspectives différentes sur la manière de gérer ces organisations de santé, chacune avec ses propres avantages et limites. Il est important de comprendre ces théories pour choisir les approches les plus appropriées en fonction des besoins et des objectifs spécifiques de chaque établissement hospitalier.

1. Points communs et divergences dans l'organisation des hôpitaux

La seconde moitié du 19e siècle a vu la croissance de la médecine en tant que profession, l'essor des spécialités professionnelles et l'établissement d'un rôle dominant pour les hôpitaux (Heydebrand, 1973). Certains groupes professionnels et hôpitaux « se sont concentrés sur les parties du corps, d'autres sur les maladies, d'autres sur les événements de la vie, d'autres encore sur les groupes d'âge » (Porter, 1997). « En 1900... rien ne pouvait empêcher les nombreuses

spécialités de s'enraciner sur la carte médicale balkanisée, avec des départements hospitaliers, des centres de recherche et des hiérarchies de carrière distinctes » (Porter, 1997).

La tendance à la spécialisation des connaissances médicales selon un modèle de division "botanique" s'est concrétisée par l'adoption de structures organisationnelles rapidement subdivisées en une multitude d'unités cliniques (Iamele, 1994). « Le processus de spécialisation des soins médicaux s'est déroulé rapidement et, parallèlement au transfert des soins médicaux de la communauté vers l'hôpital, a entraîné une augmentation considérable du nombre de spécialistes » (Healy et McKee, 2002). Ainsi, la majorité des hôpitaux généraux des pays développés ont adopté au fil des années une structure organisationnelle de type fonctionnel, construite autour d'une spécialisation fondée sur la discipline (Shortell et Kalunzny, 2000). Comme l'a souligné Mintzberg (Mintzberg, 1983), elles ont pris la forme de bureaucratie professionnelle, caractérisées par la recherche de la standardisation des procédures et des produits par le biais du processus dit de « pigeonisation » ; l'organisation cherche à faire correspondre une contingence prédéterminée à un programme standardisé, et s'organise donc autour des compétences et des connaissances de ses professionnels qui sont chargés de catégoriser ou de "diagnostiquer" le besoin du client (patient) et d'appliquer, ou d'exécuter, le programme ou la procédure de correspondance.

L'organisation autour des compétences est ce qui caractérise une conception fonctionnelle, bien adaptée pour soutenir les besoins organisationnels de développement des économies de spécialisation et de savoir-faire (Duncan, 1979). La principale raison de l'adoption généralisée de la conception fonctionnelle par discipline dans les hôpitaux réside dans le fait qu'elle était bien adaptée pour soutenir et favoriser le développement des connaissances requises par les sciences médicales (Lega, 2004).

Jusqu'aux années 1980, les progrès extraordinaires des sciences médicales ont été rendus possibles grâce à l'accent mis par les hôpitaux sur le développement des spécialisations et les économies relatives de savoir-faire (Healy & McKee, 2002). Parallèlement à cette explication, au fil des années, d'autres besoins ont renforcé l'adoption d'une conception fonctionnelle basée sur les spécialités, ce qui la rend encore dominante de nos jours :

- La nécessité de séparer (et de positionner) clairement les "territoires" régis par les différents médecins dans les mêmes hôpitaux ou dans des hôpitaux différents, un

parcours commun dans les contextes professionnels, cohérent avec l'approche de « pigeonholing », (Mintzberg, 1983).

- L'intérêt personnel, tandis que la répartition du travail médical et l'organisation des médecins ont été davantage influencées par les intérêts professionnels, les incitations financières, les rivalités et les aspirations de carrière que par l'analyse des besoins des patients. En général, l'influence du pouvoir et de la politique sur les choix de conception organisationnelle est bien connue dans la littérature, (Perrow, 1986).
- La nécessité de conserver un périmètre de contrôle "réalisable", car il était évident que la gestion, l'organisation et la supervision des grandes unités ; en termes de lits et de personnel, était une tâche difficile, (Pfeffer, 1992).

2. La bureaucratie professionnelle revisitée

H. Mintzberg a élaboré une analyse en se basant sur les recherches menées par différents acteurs de l'hôpital tels que ; Freidson, 1984 ; Harris, 1977 ; Huard, 1977 ; Young et Saltman, 1985 ; Pauly et Resch, 1973 ; Pauly, 1980 ; Evans, 1984. Cette analyse a examiné cinq éléments fondamentaux de l'organisation hospitalière, à savoir le sommet stratégique, la hiérarchie, le centre opérationnel, la structure technique et les fonctions de support logistique. Selon T. Nobre (1999), la structure organisationnelle de l'hôpital est similaire à celle décrite par H. Mintzberg (1982). Surtout, il souligne la prédominance du centre opérationnel hospitalier où le corps médical est omniprésent dans l'ensemble de la structure (T. Nobre, 1999).

Selon T. Nobre (1999), prendre en compte les paramètres et les facteurs de conception permet de définir cinq configurations structurelles qui représentent des types idéaux : la structure simple, la bureaucratie mécanique, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnaire et l'adhocratie. Dans cette méthode, l'hôpital est considéré comme une bureaucratie professionnelle (B.P.), tout comme une université ou un cabinet comptable, et ses caractéristiques sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau N°1 : Les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital

Mécanisme de coordination principal	Standardisation des qualifications
Partie clé de l'organisation	Centre opérationnel
Principaux paramètres de conception	Formation, spécialisation horizontale du travail, décentralisation horizontale et verticale
Facteur de contingence	Environnement complexe et stable, système technique non sophistiqué

Source : T. Nobre (1999)

Dans la B.P., il y a généralement deux niveaux, le premier est pour les professionnels, dont la fonction est ascendante et démocratique et la deuxième est une fonction de soutien logistique descendante, qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste. Les administrateurs professionnels, en particulier les gestionnaires, ont des rôles clé se situant à la frontière organisationnelle entre les professionnels au sein de l'organisation et les parties prenantes externes (organismes de régulation, services administratifs), (Nobre, 1999). L'organisation bureaucratique n'est plus la solution aux problèmes des administrations, elle est devenue un problème (Bezes, 2009). S. Zeghni (2014) a souligné que le new public management (NPM) dans le milieu hospitalier a pour objectif principal de lutter contre les méfaits de la bureaucratie professionnelle (Kirmi et Chahouati, 2019).

En réponse à la critique de la bureaucratie professionnelle, H. Mintzberg (1982) a lui-même mis l'accent sur les enjeux de coordination, de contrôle et d'innovation dans cette configuration structurelle (Kirmi et Chahouati, 2019). Il a attiré également l'attention sur : l'instabilité environnementale pouvant détruire cette configuration, la standardisation insuffisante des qualifications comme moyen de coordination, l'inefficacité du processus de classement et les problèmes de contrôle (Kirmi et Chahouati, 2019). Il a souligné que les bureaucraties professionnelles ne peuvent pas contrôler les professionnels peu sérieux ou incompetents (Mintzberg, 1982). Selon Mintzberg (1982), permettre aux professionnels d'avoir de l'autonomie peut les amener à mettre de côté les besoins des clients et de l'organisation. Pire encore, cette autonomie peut causer de la résistance envers la coopération et l'innovation.

Selon D. Vinot (1999), les lecteurs ont appliqué le modèle de la bureaucratie professionnelle plus souvent à l'hôpital que proposé par H. Mintzberg (1982), qui a ensuite proposé une nouvelle structure conceptuelle basée sur les « quatre mondes » ou « les quatre C » (care, cure, control and community) pour pallier les limites de sa configuration structurelle bureaucratique initiale. En 1987, M. Cremadez a développé le modèle de la bureaucratie professionnelle en introduisant les concepts de différenciation et d'intégration. Selon lui, l'utilisation de ces concepts est primordiale pour comprendre la dynamique des organisations hospitalières, notamment l'environnement hospitalier qui est divisé en plusieurs sous-environnements distincts (Cremadez, 1987). Cependant, I. Guerrero (1997) a remis en question l'utilité du modèle de la bureaucratie professionnelle proposé par M. Cremadez (1987) pour comprendre le fonctionnement hospitalier. Elle propose plutôt un autre modèle, qui considère les hôpitaux publics comme une seule entité juridique composée de trois organismes distincts : l'administratif, le médical et le paramédical (Kirmi et Chahouati, 2019).

2.1 L'évolution du modèle de la bureaucratie professionnelle

Selon T. Nobre (1999), le modèle initial de la bureaucratie professionnelle n'est pas adapté pour comprendre le fonctionnement des hôpitaux (Kirmi et Chahouati, 2019). Pour y remédier, il a proposé trois changements majeurs à ce modèle :

- Diviser le centre opérationnel en deux catégories (professionnels médicaux et personnel infirmier).
- La prise en conscience des changements de l'environnement et les systèmes techniques.
- Augmenter l'importance stratégique du personnel médical en leur permettant de participer activement dans la définition et la mise en place des objectifs stratégiques de l'organisation 1, afin de renforcer leur rôle stratégique

Outre, deux facteurs soutiennent l'approfondissement du modèle de Mintzberg, l'une concerne les spécificités inhérentes au modèle et l'autre l'évolution de l'environnement hospitalier.

2.1.1 Le rôle du personnel soignant

Dans diverses bureaucraties professionnelles telles que les universités ou les sociétés de conseil, les professionnels exercent leur activité principale avec peu d'intermédiaires. Cependant, contrairement à ces structures, les hôpitaux présentent une particularité : le personnel soignant

joue un rôle primordial et constitue un prolongement essentiel du corps médical, comme le souligne T. Nobre (1999).

Le modèle de structure organisationnelle de Mintzberg fait référence à la notion de démocratie (Mintzberg 1982). Cependant, une réduction similaire apparaît dans l'analyse de la démocratie grecque antique, qui ne concernait que les citoyens. Selon Finley et Garlan (1984), la démocratie était applicable à environ 20 000 Athéniens sur une population de 430 000. Ainsi, le modèle de Mintzberg peut négliger la complexité des structures démocratiques réelles dans les organisations.

Le modèle de mécanisme d'ajustement mutuel de l'hôpital ne tient compte que du corps médical, alors que de nombreuses tâches coûteuses en ressources sont effectuées par d'autres types d'acteurs. En outre, l'évolution récente de la pratique médicale à l'hôpital nécessite de repenser l'organisation des soins en termes d'emplacement du personnel médical dans le centre opérationnel, selon T. Nobre (1999).

2.1.2 Évolution de l'activité hospitalière

Selon T. Nobre (1999), l'évolution des activités hospitalières doit être considérée à travers des facteurs de contingence établis dans le modèle théorique de H. Mintzberg, en particulier, l'environnement et le système technique. Bien que ce dernier continue d'être complexe, la stabilité n'est plus un élément constant. Les changements de la carte sanitaire, les modifications structurelles potentielles (suppression de lits, services, réorganisation avec d'autres établissements) forment des menaces, au sens stratégique du terme, développant une conscience d'une certaine relativité de positions acquises (T. Nobre, 1999).

Selon Vinot (1999), les progrès technologiques ont été significatifs dans plusieurs domaines, notamment dans les techniques d'imagerie et d'investigation, les capacités de laboratoire et les techniques chirurgicales avancées. Ces avancées nécessitent une communication améliorée et constante entre toutes les professions et acteurs impliqués. De plus, comme mentionné par T. Nobre (1999), il est important de noter que les durées de séjour se sont raccourcies, ce qui nécessite désormais une intensification des opérations en un temps record.

D'après Guerrero (1997), l'augmentation de la complexité des modes de fonctionnement et des besoins de coordination ont été prouvés par des faits. Cela entraîne une remise en question des organisations hiérarchiques traditionnelles qui ne correspondent plus pleinement à ces

contraintes. De plus, il n'est plus possible pour le personnel soignant et les cadres infirmiers de ne pas être reconnus et transparents (Guerrero, 1997).

2.1.3 Évolution du rôle du corps médical

Chandernagor et Dumond (1996) ont souligné que l'évolution du milieu hospitalier, la culture sociale des participants, la technologie et le traitement des activités de soins ont engendré des changements significatifs dans les deux composantes du rôle stratégique de la profession médicale. Ces composantes sont la participation à la définition des objectifs stratégiques de l'organisation et la mise en œuvre de la stratégie.

- **Sélection des objectifs stratégiques** : selon Contandriopoulos et Souteyrand (1997), les contraintes financières et budgétaires ont un impact significatif sur la prise de décisions stratégiques en milieu médical. Celles-ci sont contrôlées de près par les autorités de tutelle, ce qui limite considérablement la marge de manœuvre du corps médical pour les choix d'équipements, d'investissements et de spécialités pour chaque établissement. Par conséquent, le corps médical est encouragé à coopérer davantage avec les autorités de tutelle par le biais de la direction hospitalière.
- **La mise en œuvre stratégique** : le nouveau modèle de fonctionnement des activités de soins doit permettre une coopération renforcée avec le personnel soignant, notamment les cadres infirmiers, afin de développer des modes d'organisation adaptés à l'environnement actuel (Chandernagor et Dumond, 1996).

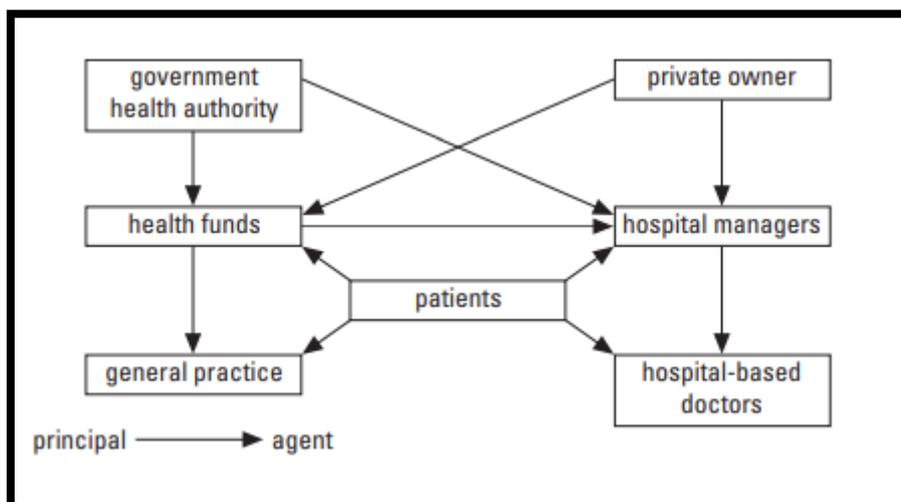
T. Nobre, explique qu'en adoptant le modèle de Mintzberg, l'hôpital doit passer d'une bureaucratie professionnelle aux tendances autoritaires frustrées à une bureaucratie professionnelle coopérative et éclairée (Kirmi et Chahouati, 2019). Il ne s'agit pas de remettre en question l'importance des médecins, mais plutôt de favoriser une collaboration accrue avec les cadres infirmiers, la direction et d'autres partenaires naturels. En prenant en compte les connaissances professionnelles de tous les intervenants, il est possible de développer des solutions organisationnelles adaptées (Nobre, 2011). Cela implique à la fois une prise de décision concernant les objectifs par le biais des directeurs des établissements et des agences de supervision, et une mise en œuvre efficace en coopération avec le personnel soignant (T. Nobre, 2011).

3. Le modèle théorique Principal-Agent dans le contexte hospitalier

La théorie d'agence ou le modèle Principal-Agent, est une perspective théorique développée par l'école néoclassique. Elle représente l'analyse microéconomique la plus dominante des entreprises (Gindis, 2020), qui se définit comme un contrat de délégation décisionnelle dans lequel une personne engage une autre personne pour accomplir une tâche spécifique en son nom (Gindis, 2020). Autrement, l'émergence d'une théorie néolibérale réaliste a été favorisée en opposition aux approches néo-classiques d'origine qui masquent les asymétries d'information et les problèmes structurels (Béjean, 1999 ; Domin, 2015).

La théorie d'agence, développée au début des années 1970, est appliquée au secteur des soins de santé depuis le milieu des années 1980 (Scott et Shiell 1997 ; Levaggi 1996 ; Propper 1995 ; Pontes 1995 ; Zweifel 1994 ; Clark and Olsen 1994 ; Mooney et Ryan 1993 ; Ryan 1992 ; McLean 1989 ; Wolff 1989 ; McGuire, et al., 1988 ; Dranove et White 1985). La théorie est principalement utilisée pour concevoir des contrats compatibles avec les incitations entre les prestataires de soins de santé et les tiers payeurs des régimes d'assurance maladie, à savoir les systèmes de payeurs pour payer les prestataires de soins de santé (Bergen, et al., 1992). Bien que des efforts aient été faits, la solution idéale basée sur cette théorie n'est pas en vue (Propper, 1995).

La figure en dessous montre la relation principal-agent dans le secteur de la santé. Cette relation existe entre le gouvernement et les fonds de santé; les propriétaires privés et les caisses de santé (la compagnie d'assurance privée); les propriétaires privés et les hôpitaux privés; les hôpitaux publics; les fonds de santé et les hôpitaux; les caisses de santé et les médecins généralistes; les hôpitaux et les médecins hospitaliers; les patients et les fonds de santé; les patients et les hôpitaux; les patients et les médecins généralistes; et les patients et les médecins hospitaliers. Plusieurs de ces paires liées au système de paiement sont discutées (Preker, 2007).

Figure 1 : La relation principal-agent dans le secteur de santé

Source : PREKER, (2007)

3.1 Les types des relations d'agence

La relation typique entre le principal et l'agent est entre un médecin privé et un patient qui paie de sa poche, explique A. Preker (2007). Cette relation est courante dans les pays en développement où les régimes d'assurance maladie sont sous-développés. Lorsque le patient perçoit le besoin de soins de santé, il peut consulter un médecin. Le patient demande au médecin de prendre des décisions médicales en son nom parce que le patient manque d'informations professionnelles pour le faire, le coût de la recherche des informations nécessaires est prohibitif, ou le patient ne peut pas prendre de décisions en raison d'une déficience mentale (McGuire, et al., 1988). À son tour, le patient paie le médecin pour ses décisions. Pour motiver le médecin à se comporter dans l'intérêt du patient, le contrat de rémunération doit être compatible avec les incitations. Étant donné que la plupart des recherches portent sur le système de paiement entre les tiers payeurs et les fournisseurs de soins de santé, peu d'études traitent le contrat de rémunération idéal entre les patients privés et les médecins privés.

La deuxième relation principal-agent est entre les caisses de santé (régimes d'assurance maladie) et les médecins généralistes. Les fonds de santé doivent concevoir le système de remboursement avec soin pour inciter les médecins généralistes à se comporter dans l'intérêt des fonds de santé. La littérature sur l'application de la théorie de l'agence aux soins de santé se concentre principalement sur la conception d'un système de rémunération par lequel les médecins généralistes sont remboursés par des tiers payeurs (Pontes, 1995).

La troisième est la relation principal-agent entre les fonds de santé et les hôpitaux, dans laquelle les hôpitaux fournissent des services médicaux aux patients couverts par les fonds de santé, et les fonds de santé paient les hôpitaux pour les services rendus. Bien que le paiement de l'hôpital soit aussi important que le paiement des médecins, les auteurs ont trouvé peu d'articles sur l'application de ladite théorie au paiement de l'hôpital. L'une des raisons peut être que les modèles objectifs de fonction et de comportement des hôpitaux sont moins clairs que ceux des médecins (Mooney et Ryan, 1993).

La quatrième relation principal-agent est entre les directeurs d'hôpitaux et les médecins hospitaliers. Cette relation employé-employeur est identifiée comme une relation typique principal-agent (Stiglitz, 1989). Le directeur de l'hôpital embauche et paie des médecins pour travailler d'une manière conforme aux objectifs de l'hôpital. Les montants et les façons dont les médecins sont payés entraîneront des répercussions sur le rendement de l'hôpital et le bien-être des patients. Bien que la rémunération liée au rendement en tant que mécanisme permettant aux gestionnaires d'hôpitaux de rémunérer le personnel hospitalier attire de plus en plus l'attention (Boyce et Morris, 1992 ; Kline, 1993), la théorie de l'agence n'a pas encore reçu beaucoup d'attention (Preker, 2007).

La cinquième relation principal-agent est entre le propriétaire de l'hôpital (gouvernement ou propriétaire privé) et les gestionnaires d'hôpitaux (Levaggi, 1996). Le propriétaire de l'hôpital délègue le pouvoir de gestion aux gestionnaires de l'hôpital et peut inciter les gestionnaires ou les cadres à travailler dans l'intérêt du propriétaire (Levaggi, 1996). À l'ère de la séparation de la gestion de la propriété et de la sous-traitance pour la gestion, la théorie de l'agence peut fournir une base théorique pour les études et les pratiques. Les auteurs ont trouvé peu de littérature sur son application dans ce domaine.

La sixième relation principal-agent, la plus intéressante, est entre les patients et les médecins hospitaliers. Dans leur relation, les patients délèguent les décisions médicales aux médecins, mais les hôpitaux paient les médecins avec de l'argent reçu soit directement des patients (si les patients ne sont pas assurés), soit des fonds de santé (si les patients sont assurés) (Domin, 2014). Cette relation principal-agent suit un modèle unique dans lequel la rémunération idéale devrait satisfaire toutes les parties (patients, médecins, hôpitaux et tiers payeurs) dans le réseau de relations (Domin, 2015).

La septième relation principal-agent est entre le propriétaire d'un fond de santé (gouvernement ou propriétaire privé) et des fonds de santé (Levaggi, 1996). Le gouvernement alloue des fonds et délègue aux fonds de santé le pouvoir discrétionnaire dans leur utilisation. Le propriétaire privé fournit des investissements pour mettre en place les fonds de santé privés et délègue le pouvoir de gestion aux gestionnaires de fonds. Bien que la relation entre les propriétaires de fonds de santé et les fonds de santé semble moins pertinente pour le système de paiement des soins de santé, le volume des fonds recueillis et leur mode d'allocation influenceront d'autres paires de relations (Preker, 2007).

La huitième relation principal-agent est entre les patients et les fonds de santé. Les patients paient des primes aux caisses de santé et leur délèguent les tâches de mise en commun des risques et de couverture des risques et de passation de marchés avec les prestataires de soins de santé (Morris, 1992).

La neuvième relation mandant-agent est entre les patients et les hôpitaux dans laquelle les patients paient l'hôpital pour les décisions médicales en leur nom et les services rendus (Boyce, 1992).

En résumé, comme le montre la figure en haut, les différentes parties du secteur de la santé constituent plusieurs relations d'agence qui peuvent être construites en tant que réseau de relations. Le changement dans une paire de relations affectera les autres. Il peut s'agir d'une caractéristique unique des soins de santé qui rend difficile l'élaboration d'un système de rémunération compatible avec les incitatifs.

3.2 Les modèles théoriques d'agence dans le secteur de santé

Divers articles récents abordent l'utilisation de la théorie de l'agence dans le domaine de la santé.

Nous citons les apports théoriques suivants :

➤ **Pontes (1995)** soutient qu'un contrat salarial pour les services médicaux est

Supérieur à la rémunération à l'acte et à la capitation, parce qu'il entraîne moins de coûts d'agence pour la surveillance. Il évite également l'incitation financière de restreindre les soins nécessaires en capitation et de fournir des soins inutiles en rémunération à l'acte. Il est suggéré que « les grands tiers payeurs pourraient être mieux s'ils embauchent directement des médecins et leur versent un salaire ». Il suggère également que l'absence d'incitation directe à réduire les coûts peut être surmontée par la participation aux bénéfices et la propriété du tiers par le

médecin et que la qualité du service peut être assurée en intégrant la satisfaction du patient dans le paiement du salaire du médecin et en impliquant le médecin dans l'administration.

➤ **Zweifel (1994)** effectue une analyse économique de la relation d'agence en Psychothérapie pour explorer la portée et les limites de la relation d'agence dans ce traitement. Il souligne que, bien que l'on ne puisse pas compter sur la relation d'agence pour fournir une panacée à la rémunération des soins médicaux organiques, qui se caractérisent par une incertitude des résultats et une externalité négative de la maladie, la relation d'agence rencontre des défis encore plus grands dans les soins de santé mentale et psychique dans lesquels le patient est susceptible d'exprimer des préférences incohérentes. Zweifel (1994) déclare que « l'analyse économique de la relation d'agence en psychothérapie et en psychiatrie suggère une politique différente pour l'avenir, indiquant une augmentation du prix portée par le patient individuel. De cette façon, l'incitation de l'agent à agir dans le meilleur intérêt de son patient pourrait être renforcée. Cette suggestion, bien sûr, va à l'encontre des tentatives visant à réduire le surdosage en médecine organique en remplaçant la rémunération à l'acte par le paiement par prestation.

➤ **Clark et Olsen (1994)** discutent de la façon dont un médecin en tant qu'agent Parfait se comportera avec une contrainte budgétaire endogène. Ils montrent que pour être un agent parfait lorsque le budget est endogène, le médecin doit prendre en compte non seulement les préférences des patients, mais aussi les préférences les plus larges de la société. Ainsi, le médecin ne fournira généralement pas au patient la combinaison préférée des soins de santé efficaces et des services qui ne sont pas axés sur la santé.

Cet argument peut entraîner des répercussions sur la conception des systèmes de rémunération dans les soins de santé. Les systèmes de paiement idéaux peuvent varier aux yeux des différents concepteurs de système (patients, tiers payeurs et gouvernements) parce que la préférence des différentes parties et le concept d'agent parfait peuvent être différents.

➤ **Levaggi (1996)** applique la théorie de l'agence à l'évaluation théorique de la réforme des soins de santé de la séparation fournisseur-acheteur. Elle souligne certaines difficultés causées par la création du marché intérieur des soins de santé. Elle affirme que l'incertitude et l'asymétrie de l'information créent des défaillances importantes et ne permettent pas la meilleure allocation des ressources, qu'à la lumière de l'asymétrie de l'information, un contrat en bloc peut être attrayant pour l'acheteur, mais il n'est avantageux pour l'acheteur que si le fournisseur veut partager le risque; et qu'à long terme, l'utilisation de ce contrat pourrait avoir

des effets pervers, en raison de l'incertitude des résultats; et que la concurrence entre les fournisseurs pourrait réduire leurs possibilités de tricherie.

➤ **Propper (1995)** identifie la relation d'agence et analyse les incitations dans la réforme du marché intérieur des soins de santé britanniques. Il fait valoir que la présence du marché intérieur crée deux ensembles de relations mandant-agent ; les gestionnaires d'hôpitaux; que le gouvernement devrait forcer à se faire concurrence en introduisant un système d'appel d'offres qui permet à l'acheteur retenu de prendre de l'expansion et oblige les acheteurs infructueux à réduire ou à quitter le marché; que les fiducies de gestion hospitalière devraient être rendues plus compétitives et responsables de leur performance en définissant clairement les droits de propriété des hôpitaux; et que les performances de l'acheteur et du fournisseur devraient faire l'objet d'un suivi et que les informations générées devraient être liées aux récompenses et aux pénalités.

➤ **Mooney et Ryan (1993)** concluent que « *bien que la recherche au cours des vingt dernières années ait abouti à une littérature de plus en plus sophistiquée sur la théorie de l'agence, l'application de cette littérature à la relation médecin-patient, reste quelque peu limitée,* » et qu' « *il faut réfléchir davantage aux méthodes de rémunération des médecins. La théorie de l'agence suggère que des barèmes de frais compliqués prédomineront sur les marchés caractérisés par l'asymétrie de l'information. Les économistes de la santé peuvent être critiqués ici pour leur manque de prise en compte détaillée des systèmes de rémunération optimaux. En effet, il est encore possible de trouver des économistes de la santé qui s'opposent à la rémunération à l'acte de la médecine en tant que système plutôt que de considérer les détails du barème des honoraires* ».

En gros, il convient de noter que la théorie de l'agence est au centre de la conception néoclassique actuelle des firmes, et que son utilisation dans le contexte hospitalier peut apporter des avantages significatifs, en particulier en prenant en compte les déséquilibres d'information et les comportements opportunistes qui sont présents dans les hôpitaux (Béjean, 1999). Cependant, ce type de relation conduit souvent à des difficultés, notamment liées à la mise en place de dispositifs d'incitation et de contrôle nécessaires pour s'assurer que l'agent respecte le contrat et agit dans l'intérêt du principal (Zerbo, 2016). Il génère également des coûts considérables pour réduire les déséquilibres d'information, tels que les coûts de surveillance, les coûts d'obligation et les coûts d'incitation visant à orienter les comportements (Jensen &

Meckling, 1976 ; Claveranne et al, 2009). Les caractéristiques distinctives des soins de santé remettent en question l'application de ladite théorie dans le secteur de santé.

4. L'émergence du « New Public Management (NPM) » dans le contexte hospitalier

Les changements actuels vont au-delà des problèmes de prestation de services techniques, car les hôpitaux et les systèmes de santé sont opposés à un ensemble radicalement différent d'attentes de la part des patients et de leurs citoyens. En réponse aux demandes d'une plus grande efficacité opérationnelle et d'une meilleure réactivité aux patients, une série de réformes ont été incluses sous le terme générique de « New public management » (NPM), ou la « nouvelle administration publique ». Greenwood, et al., (2002) ont cherché à stimuler la gestion entrepreneuriale des hôpitaux en s'appuyant sur des forces quasi marchandes plutôt que sur la planification, et en introduisant de solides mécanismes de mesure et de surveillance du rendement (Hood, 1991 ; Andresani et Ferlie, 2006).

En réponse à ces nouvelles pressions, les structures de gouvernance des hôpitaux publics dans certains pays ont été reconfigurées, en créant des conseils de surveillance quasi indépendants qui pourraient prendre une série de décisions opérationnelles et financières sans obtenir d'approbation politique directe (Osborne et Gaebler, 1992). Les directeurs d'hôpitaux publics ont été embauchés, avec des compétences professionnelles en tant que gestionnaires qui manquaient souvent aux politiciens, aux fonctionnaires et aux administrateurs publics (Kettl, 1993). Le nouveau management public entend ainsi favoriser le passage d'une régulation bureaucratique à une régulation managériale (Valette et Denis, 2003).

La théorie de la gouvernance est également apparue comme une alternative à la théorie du NPM. Rhodes (1997) a affirmé que la NPM n'est qu'une des sept formes de gouvernance. Certains décrivent désormais un monde post-NPM, dans lequel la NPM seule ne suffit plus dans l'environnement changeant d'aujourd'hui (Christensen et Laegreid, 2007).

Selon T. Christensen et Y. Fan (2018), la tendance "Post-NPM" est une réponse systématique aux problèmes majeurs du NPM, notamment la baisse de la qualité et de l'efficacité des organisations publiques, l'accroissement des inégalités sociales, en particulier dans le domaine de la santé (Fountain, 2001), la diminution du contrôle hiérarchique politique (Pollitt et Bouckaert, 2011) et l'instabilité de l'environnement, qui nécessite un fort contrôle centralisé, ce qui va à l'encontre de la philosophie du NPM (Christensen et Fan, 2018). Selon Pollitt (2003), Hansen et al. (2013) et Christensen et Fan (2018), le courant "post-NPM" peut constituer une

réponse aux problèmes de gestion du NPM grâce à une démarche de changement qui vise à renforcer la capacité de coordination de l'État et réduire la fragmentation du secteur public prônée par le NPM.

Dans le domaine de la santé, les principes fondamentaux de ce nouveau courant pourraient permettre de corriger les erreurs du précédent (NPM) en adoptant une série de mesures correctives appropriées. Par exemple, il pourrait être bénéfique de coordonner de manière plus étroite les acteurs horizontaux, d'intégrer les valeurs et les normes culturelles collectives pour garantir une adhésion complète de tous les intervenants hospitaliers, et de recourir à des pratiques pragmatiques et intelligentes pour mieux adapter les réformes établies à la réalité empirique du réseau hospitalier public (Christensen et Fan, 2018).

Enfin, les hôpitaux devront poursuivre leurs objectifs médicaux et sociaux, de l'amélioration des performances aux objectifs de revenu et de durabilité, en passant par le développement des connaissances, le prestige et la cohésion sociale, en adaptant leur mode de gouvernance aux nouvelles circonstances post-NPM, (Christensen et Laegreid, 2007). D'après V. Bankauskaite, et al., (2007), quelles que soient les autres implications de cette transition, une conclusion très claire s'impose : le modèle traditionnel, monolithique, de commandement et de contrôle de la direction des hôpitaux ne sera plus une approche viable pour la gouvernance future des hôpitaux.

Conclusion

En guise de conclusion, la gestion des établissements hospitaliers est un enjeu complexe qui nécessite une approche réfléchie et adaptée pour garantir un service de soins de santé de qualité. Les théories de la bureaucratie professionnelle, du modèle principal-agent et du post New Public Management, offrent des perspectives différentes sur la manière de gérer ces organisations de santé.

La bureaucratie professionnelle met l'accent sur l'expertise des professionnels de la santé et leur capacité à prendre des décisions éclairées. Le modèle principal-agent se concentre sur la relation entre les administrateurs hospitaliers et les professionnels de la santé en tant qu'agents agissant au nom des patients, en mettant en place des incitations et des contrôles pour garantir leur responsabilité. Le post New Public Management, quant à lui, met l'accent sur l'efficacité et les résultats, en empruntant des méthodes de gestion du secteur privé.

Il est important de noter que chaque théorie a ses avantages et ses limites, et qu'aucune approche unique ne convient à tous les établissements hospitaliers. Les gestionnaires d'établissements de santé doivent tenir compte des spécificités de leur organisation, des besoins de leurs patients, ainsi que des ressources et des contraintes auxquelles ils sont confrontés. En utilisant ces théories comme outils conceptuels, les gestionnaires peuvent adapter leur approche de gestion pour répondre aux défis uniques du secteur de la santé et améliorer leurs services de soins de santé de manière efficace et efficiente.

Cette étude n'est pas dépourvue de limites. Une identification des limites inhérentes à un travail de recherche rendra possible et facile l'identification de nouvelles perspectives et voies de recherches. Nous pouvons préciser que les modèles de gestion traditionnels ont souvent été critiqués pour leur manque de flexibilité et leur difficulté à s'adapter aux spécificités du secteur de la santé, notamment en ce qui concerne la prise en compte des aspects humains et éthiques.

Indépendamment de cette limite, les gestionnaires hospitaliers peuvent être confrontés à des conflits entre les objectifs de qualité des soins et ceux de gestion des ressources, ce qui peut rendre difficile la prise de décision éthique et responsable.

Par ailleurs, une des perspectives de la gestion des établissements hospitaliers est d'intégrer les nouvelles technologies pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins, par exemple en utilisant des systèmes de gestion des dossiers médicaux électroniques, des systèmes de suivi des patients à distance, ou encore des outils d'analyse de données pour améliorer la prise de décision, une autre perspective importante est de mieux prendre en compte les aspects humains dans la gestion hospitalière, en mettant l'accent sur la communication et la collaboration interprofessionnelles, la formation continue des personnels, ou encore la prévention des risques psychosociaux.

En somme, la gestion des établissements hospitaliers nécessite une compréhension approfondie des théories et des modèles de gestion, ainsi qu'une approche pragmatique pour les adapter à la réalité complexe et en constante évolution du secteur de la santé. Les gestionnaires hospitaliers doivent être capables de naviguer entre ces différentes approches pour optimiser la qualité des soins tout en garantissant la gestion efficace des ressources et la réalisation des objectifs organisationnels.

BIBLIOGRAPHIE

Bankauskaite, V., Dubois, H. F. W., & Saltman, R. B. (2007), « Modèles de décentralisation dans les systèmes de santé européens », *Decentralization in Health Care : Strategies and Outcomes*. Buckingham, Open University Press/McGraw Hill.

Béjean, S. (1999), « De nouvelles théories en économie de la santé : fondements, oppositions et complémentarités », *Politiques et Management Public*, 145–175.

Bergen, M., Dutta, S., & Walker Jr, O. C. (1992), « Les relations d'agence en marketing : un examen des implications et des applications de l'agence et des théories connexes », *Journal of Marketing*, 1–24.

Bezes, P., & Musselin, C. (2015), « Le new public management », Presses de Sciences Po.

Bezes, P., Demazière, D., Bianic, T. Le, Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., Pierru, F., & Evetts, J. (2011), « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? » *Sociologie Du Travail*, 293–348.

Boyce, J., & Morris, T. (1992), « Rémunération liée à la performance des médecins hospitaliers », *BMJ: British Medical Journal*, 131.

Kirmi, B., & Chahouati, W. (2019). « Les établissements hospitaliers publics : Vers une nouvelle de gouvernance hospitalière inspirée du management de la qualité ». *Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit*, 3(3)

Chandernagor, P & Dumond, J. P. (1996), « L'hôpital des années 1990 et ses médecins », *L'Hôpital Stratège*, Paris, John Libbey Eurotext.

Christensen, T., & Fan, Y. (2018), « Post-New Public Management : un nouveau paradigme administratif pour la Chine ? », *International Review of Administrative Sciences*, 389–404.

Christensen, T., & Laegreid, P. (2008), « Le NMP et au-delà : structure, culture et démographie », *Revue Internationale Des Sciences Administratives*, 7–26.

Clark, D., & Olsen, J. A. (1994), « Agence en soins de santé avec une contrainte budgétaire endogène », *Journal of Health Economics*, 231–251.

Claveranne, J.-P., Pascal, C., & Piovesan, D. (2009), « La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins ».

Crémadez, M. (1987), « Les clés de l'évolution du monde hospitalier », *Gestion Hospitalière*, 726–731.

Domin, J.-P. (2015), « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de La Régulation. Capitalisme, Institutions, Pouvoirs*.

- Duncan, R. (1979), « Quelle est la bonne structure organisationnelle ? L'analyse de l'arbre de décision fournit la réponse », *Organizational Dynamics*, 59–80.
- Ferlie, E., & Andresani, G. (2006), « Table ronde : comprendre les évolutions actuelles du management public – nouveau management public, gouvernance ou autres perspectives théoriques ? », *Public Management Review*, 389–394.
- Gindis, D. (2020), « On the origins, meaning and influence of Jensen and Meckling's definition of the firm ». *Oxford Economic Papers*, 966–984.
- Greenwood, J., Pyper, R., & Wilson, D. (2005), « New public administration in Britain ». Routledge.
- Guerrero, I. (1997), « Une lecture de l'hôpital public fondée sur une triple approche de la structure », *Journal d'économie Médicale*, 267–281.
- Hansen, M. B., Steen, T., & Jong, M. de. (2013), « New Public Management, Public Service Bargains et les enjeux de la coordination interministérielle : une analyse comparée des hauts fonctionnaires de l'État », *International Review of Administrative Sciences*, 29–48.
- Heydebrand, W. (1973), « Hospital bureaucracy ». Dunellen New York.
- Hood, C. (1995), « La nouvelle gestion publique dans les années 1980 : variations sur un thème ». *Accounting, Organizations and Society*, 93–109.
- Hood, C. (1995), « Contemporary public management: a new global paradigm? », *Public Policy and Administration*, 104–117.
- Iamele G. (1994), « Le service dans la réalité hospitalière : nouvelle frontière », Actes du colloque à l'hôpital Fatebenefratelli de Milan.
- Kaluzny, A. D., & Shortell, S. (2000), « Créer et gérer l'avenir », *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, 432–454.
- Lartigau, J., & Nobre, T. (2011), « Une nouvelle grille d'analyse pour le contrôle de gestion hospitalier : le contrôle intégré de Simons », *Comptabilités, Économie et Société*, cd-rom.
- Lega, F., & De Pietro, C. (2005), « Des modèles convergents dans l'organisation hospitalière : au-delà de la bureaucratie professionnelle », *Health Policy*, 261–281.
- Levaggi, R. (1996), « Contrats NHS: une approche d'agence », *Health Economics*, 341–352
- McKee, M., & Healy, J. (2002), «The significance of hospitals: an introduction ».
- McGuire, A., Henderson, J., & Mooney, G. (1988), « L'économie de la santé : un texte d'introduction », Routledge & Kegan Paul.

Minvielle, É., & Contandriopoulos, A.-P. (2004), « La conduite du changement : Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? », *Revue Française de Gestion*.

Mintzberg, H. (1983), « Le cas de la responsabilité sociale des entreprises ». *Journal of Business Strategy*.

Mooney, G., & Ryan, M. (1993), « Agence en soins de santé : aller au-delà des principes premiers », *Journal of Health Economics*, 125–135.

Nobre, T. (1999), « L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements », 20ème Congrès de l'AFC, CD-Rom.

Nobre, T. (1999), « Performance et pouvoirs dans l'hôpital », *Politiques et Management Public*, 71–91.

Osborne, D., & Gaebler, T. (1992), « Réinventer le gouvernement : Créer un gouvernement qui fonctionne mieux et coûte moins cher », Reading, MA : Addison-Wesley.

Perrow, C. (1986), « Théories économiques de l'organisation ». *Theory and Society*, 11–45.

Porter, R., & Crosby, A. W. (1998), « The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present », *Nature*, 241.

Pontes, M. C. (1995), « Théorie de l'agence : cadre d'analyse des services médicaux ». *Health Care Management Review*, 57–67.

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2011), « Continuité et changement dans les politiques publiques et la gestion », Éditions Edward Elgar.

Pollitt, C. (2003), « Réforme de la gestion publique : connaissances fiables et expérience internationale », *OECD Journal on Budgeting*, 121–134.

Preker, A. S. (2007), « Fins publiques, moyens privés : achats stratégiques de services de santé », World Bank Publications.

Pfeffer, J. (1992), « Manager avec pouvoir : Politique et influence dans les organisations », Harvard Business Press.

Propper, C. (2000), « La demande de soins de santé privés au Royaume-Uni ». *Journal of Health Economics*, 855–876.

Rhodes, R. A. W. (1997), « Comprendre la gouvernance : Réseaux politiques, gouvernance, réflexivité et redevabilité », Open University.

Scott, A., & Shiell, A. (1997), « Analyser l'effet de la concurrence sur le comportement des médecins généralistes à l'aide d'un cadre de modélisation multiniveaux », *Health Economics*, 577–588.

Stiglitz, J. E. (1989), « Principal and agent ». Springer.

Valette, A., & Denis, J.-L. (2003), « Analyse de l'action des Agences régionales de l'hospitalisation : vers une transformation de la gouverne publique ? » *Sciences Sociales et Santé*, 5–29.

Vinot, D. (1999), « Le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation », Université Jean Moulin-Lyon III.

Zeghni, S. (2014), « Espoirs et déceptions du pilotage managérial à l'hôpital ».

Zerbo, A. (2016), « Essai d'une théorie générale de la firme », Document de Travail.

Zweifel, P. (1994), « Les relations d'agence en psychothérapie : une analyse économique », *Social Science & Medicine*, 621–628.