



HAL
open science

La Pression Financière Interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements: le cas de l'hôpital public français.

Irène Georgescu

► **To cite this version:**

Irène Georgescu. La Pression Financière Interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements: le cas de l'hôpital public français.. Gestion et management. Université Montpellier I, 2010. Français. NNT: . tel-00560745

HAL Id: tel-00560745

<https://theses.hal.science/tel-00560745>

Submitted on 29 Jan 2011

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.

UNIVERSITE MONTPELLIER I

INSTITUT DES SCIENCES DE L'ENTREPRISE ET DU MANAGEMENT

Ecole Doctorale « Economie et Gestion »- ED 231

Equipe de Recherches sur la Firme et l'Industrie- EA 714

**LA PRESSION FINANCIERE INTERNE,
SES DETERMINANTS ET
SES EFFETS SUR LES ATTITUDES ET
COMPORTEMENTS :
LE CAS DE L'HOPITAL PUBLIC FRANCAIS.**

Thèse présentée pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE MONTPELLIER I

Spécialité : Sciences de Gestion

Section CNU : 06

Présentée et Soutenue publiquement le 6 décembre 2010

Par

Irène GEORGESCU

JURY :

Christophe BARET

Professeur à l'Université de Lyon- IAE

Aude DEVILLE

Professeur à l'Université de Nice-IAE

Gérald NARO

Professeur à l'Université de Montpellier I

Nathalie COMMEIRAS

Maître de Conférences HDR à l'Université Montpellier II-IUT

Yves DUPUY

Professeur à l'Université de Montpellier II-IAE

Jean-Michel BRUEL

Professeur à l'Université de Montpellier I

Praticien Responsable de Pôle au CHU Saint Eloi

Frank HARTMANN

Professeur à Rotterdam School of Management, Erasmus University

Rapporteur

Rapporteur

Directeur de Thèse

Co-Directeur de Thèse

Examineur

Examineur

Examineur

« La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur ».

Remerciements.

L'aboutissement de ce travail résulte de la confiance de trois personnes qui ont su m'orienter et me soutenir.

Je remercie, tout d'abord, très sincèrement mes directeurs de thèse Monsieur le Professeur Gérard Naro et Madame Nathalie Commeiras. Leurs conseils, leur patience et leurs encouragements, tout au long de ce parcours et particulièrement lors des derniers mois, m'ont permis de mener à bien cette recherche.

Je souhaite également remercier Monsieur le Professeur Frank Hartmann qui, tout au long de ma dernière année de thèse, a montré une très grande disponibilité et écoute. Son aide et sa bienveillance ont également fortement contribué à la réalisation de ce travail doctoral.

Je remercie Madame la Professeure Aude Deville et Messieurs les Professeurs Christophe Baret et Jean-Michel Bruel pour avoir bien voulu examiner ce travail et pour me faire l'honneur de participer à ma soutenance.

De même que Monsieur le Professeur Yves Dupuy soit assuré de ma gratitude pour les encouragements qu'il m'a apportée dès mon entrée en thèse. Je le remercie de bien avoir voulu examiner mon travail.

Je remercie, et ils se reconnaîtront, les médecins qui m'ont accordé leur confiance lors de ma recherche exploratoire ainsi que Guylaine Loubet, Geneviève Roblès, Daniel Belet, Dominique Dallay et David Costa pour m'avoir ouvert les portes des CHU.

J'adresse aussi ma reconnaissance aux membres des équipes de recherches COST-FCCS, et CEROM, pour leurs conseils et remarques.

Enfin je remercie mes amis qui, de près ou de loin, de manière continue ou ponctuelle, m'ont soutenue durant cette période : Christelle, Anne-Marie, Danielle, Katherine, Laurence, David, Pierre et Mickaël.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	1
PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE CONCEPTUEL	12
CHAPITRE 1:LE CONTEXTE DE L'ETUDE : L'HOPITAL PUBLIC, VERS DE NOUVEAUX ENJEUX.	14
SECTION 1. L'HOPITAL, UN ACTEUR EN MUTATION DANS SES ROLES ET FONCTIONNEMENTS	18
SECTION 2. L'HOPITAL : VERS DE NOUVELLES LOGIQUES DE FINANCEMENT.....	38
CHAPITRE 2: VERS UN CADRE CONCEPTUEL POUR COMPRENDRE LA PRESSION FINANCIERE	62
SECTION 1. LES MODES DE CONTROLES ORGANISATIONNELS A L'HOPITAL.....	65
SECTION 2. LES EFFETS DU CONTROLE DES RESULTATS : LE RAPM.....	78
PARTIE 2 : LES ETUDES EMPIRIQUES SUR LA PRESSION FINANCIERE INTERNE A L' HOPITAL PUBLIC.....	113
CHAPITRE 3: L'ETUDE EXPLORATOIRE SUR LE CONCEPT DE PRESSION FINANCIERE INTERNE.....	116
SECTION 1 : LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE	118
SECTION 2. LES RESULTATS DE L'ETUDE : UNE COMPREHENSION PLUS APPROFONDIE DU RAPM ET DE SES EFFETS	131
CHAPITRE 4: L' ETUDE CONFIRMATOIRE SUR LE CONCEPT DE PRESSION FINANCIERE INTERNE	173
SECTION 1. LE MODELE DE LA RECHERCHE.....	175
SECTION 2. LES METHODES DES TRAITEMENTS STATISTIQUES DE DONNEES ET RECUEIL DES DONNEES.	195
SECTION 3. LES TESTS DES ECHELLES UTILISEES	222
SECTION 4 : TEST DES HYPOTHESES ET DISCUSSIONS	276
CONCLUSION GENERALE	307
BIBLIOGRAPHIE.....	318

INTRODUCTION GENERALE

A l'expression utilisée par Mars Di Bartolomeo au sujet du domaine de la santé au Grand-Duché¹ « la santé n'a pas de prix, la santé a un coût », aujourd'hui, nous pourrions rajouter que «la santé est désormais un prix ».

En effet, le renouveau des dispositions légales relatives au secteur de la santé mérite que nous nous penchions sur ce sujet ainsi que sur ses implications.

Les mutations récentes au sein de l'hôpital public français risquent-elles de transformer profondément cette organisation dans les missions qui lui sont dévolues et dans son positionnement sur le marché des soins ?

Ce sujet donne lieu à de nombreux questionnements chez les personnels de santé travaillant à l'hôpital public et se traduisant, le plus souvent, par des manifestations et des revendications au cours de l'année 2009.

Toutefois, malgré les inquiétudes exprimées par ces acteurs, de nouvelles réformes entreprennent la restructuration organisationnelle et financière de l'hôpital public français.

En se calquant sur les transformations réalisées dans les pays anglo-saxons et dans certains pays de l'Union Européenne (comme la Finlande, les Pays-Bas ou encore l'Angleterre), la France oriente le pilotage de l'institution hospitalière publique vers plus de performance, d'efficience et de résultat.

Ces réformes poursuivent une logique qui vise, depuis déjà quelques décennies, à réduire les déficits publics et plus précisément ceux de la Sécurité Sociale.

La recherche des gains de productivité et le souhait de faire des économies budgétaires engendrent une volonté de rationalisation des dépenses dans le secteur public en général et, de ce fait, dans le secteur hospitalier public en particulier.

En effet, des études menées (Rodwin et al. 1992) montrent que l'expansion du marché des soins ainsi que l'organisation du marché de la santé est un motif de changement des modes financements et de réorganisations des structures de soins.

Ces logiques d'économies et de restructurations apparaissent, dès les années 1980, avec la mise en œuvre aux Etats-Unis des Diagnosis Related Groups (DRG). Ce système de

¹ Interview donnée au journal « Le Quotidien » du 8 mai 2005.

financement a pour objectif de procéder aux remboursements des soins dispensés en fonction de l'activité générée par l'organisation hospitalière.

Cette rationalisation des dépenses de santé va s'accompagner, au cours de la décennie 90, de suppressions de lits dans les hôpitaux.

Selon un rapport de l'OCDE (2005), cette politique est motivée par la volonté de maîtriser les coûts associés à l'hospitalisation, qui demeurent le poste principal de dépenses de santé.

On peut alors observer de nouvelles stratégies menées par les établissements de santé, dans les pays Anglo-Saxons, comme la fermeture d'hôpitaux en Grande Bretagne (245 établissements entre 1990 et 1995), ou aux Etats-Unis (949 établissements entre 1980 et 1993), ce qui engendre une baisse de 11% du nombre d'admission (Annandale, 1996).

Le marché de la santé tend alors à proposer une offre plus restreinte par rapport aux besoins croissants de la population. Sur ce point, certains travaux (Taylor et Field, 1997) suggèrent que l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population, l'évolution des techniques scientifiques et les transformations de la structure familiale traduisent des changements de consommation, de population, de maladies et de techniques.

Aussi, face à ce fort accroissement de la demande de soins, l'offre de protection sociale tend à diminuer (Tanti-Hardouin, 1994).

Cependant, en France, la généralisation de la protection sociale s'associe à une consommation plus importante de soins et des services médicaux (Sansaulieu, 2007). Pour faire face à cette inflation de soins (Bonnici, 2007), la France s'oriente vers une réduction des gaspillages.

En mettant en œuvre en 1983, un budget global, elle s'engage vers une amélioration du fonctionnement de l'hôpital.

Cette première pierre étant posée, elle suit l'exemple des pays Anglo-Saxons dans la rationalisation des dépenses de santé puisqu'entre 1992 et 2003, 83 000 lits d'hospitalisation complète sont fermés.

Les réformes se poursuivent, notamment sous les contraintes budgétaires imposées par l'Union Européenne.

A partir de 2003, la France introduit plusieurs lois qui orientent l'hôpital public français vers de nouvelles logiques économiques et stratégiques.

Par exemple, la mise en œuvre de la tarification à l'activité modifie profondément le mode de financement de l'hôpital public français. Il est désormais engagé dans une logique d'activité afin d'obtenir des ressources pour son financement.

Ainsi, une logique de résultat se substitue à une logique de moyens (Inglebert, 2005).

Etudiées dans le cadre des travaux du New Public Management, les transformations concernant la gestion des institutions publiques s'inspirent du secteur privé et, plus précisément, des outils de pilotage utilisés dans ce secteur afin de les transposer aux secteurs publics (Hood, 1995).

Par ailleurs, certains auteurs avancent que l'introduction d'objectifs quantifiés dans les organisations publiques s'inscrit dans une volonté de contrôle de l'activité des médecins (Preston, 1992 ; Rose, 1991) transformant le professionnel en un acteur calculable et gouvernable (Miller et O'Leary, 1994, 1987).

Sur ce point, les travaux de Hood (1995,1991) précisent que la nouvelle gouvernance des institutions publiques est orientée vers une gestion par les résultats.

Aussi, s'intéresser aux effets de cette gestion par les résultats sur des acteurs qui, à l'origine, connaissent une logique de moyens, nous semble pertinent.

En conséquence, la problématique de cette recherche est l'analyse des conséquences du contrôle par les résultats dans le secteur hospitalier public.

Il s'agit plus précisément **de comprendre quels sont les déterminants et les conséquences des pressions financières perçues, liées au contrôle des résultats.**

S'appuyant sur des travaux effectués dans le secteur de la santé où prédominent les DRG (Abernethy et Stoelwinder, 1995), cette question de recherche peut se décliner en diverses interrogations :

→ « *La pression financière interne crée-t-elle des tensions de rôles chez le médecin ?* »

→ « *Quels sont les liens entre la pression financière interne et les diverses facettes de l'implication des médecins ?* »

→ « *La pression financière interne augmente-t-elle la manipulation de données ?* »

Notre travail se concentre ainsi sur la compréhension du sentiment de pression financière et sur ses effets par rapport aux attitudes et aux comportements des médecins de l'hôpital public.

Nous nous centrerons plus particulièrement sur les tensions de rôles, les implications professionnelle et organisationnelle et enfin sur la manipulation de données.

Par conséquent, en associant deux disciplines, le contrôle de gestion et la gestion des ressources humaines, nous situons nos travaux dans un champ de recherche, fortement développé dans les pays anglo-saxons : le « Behavioral Accounting Research » ou la comptabilité comportementale.

Le cadre conceptuel de la recherche

Afin de tenter de répondre à ces interrogations nous mobilisons des cadres conceptuels issus du contrôle de gestion.

La présentation des réformes hospitalières et leurs enjeux nous conduisent à étudier l'hôpital en tant qu'organisation connaissant des transformations dans les modalités de financement.

L'organisation hospitalière fait l'objet de nombreux travaux (Currie et Procter, 2005 ; Abernethy et Stoelwinder, 1995 ; Mintzberg, 1989) qui mettent en lumière certaines de ses caractéristiques organisationnelles. Cette institution est marquée par la prédominance d'acteurs possédant une expertise dans leur domaine : il s'agit des médecins. Ainsi, cette organisation est professionnelle mais présente également des traits de bureaucratie. Les administratifs, présents dans la structure, ont pour rôle initial de soutenir l'activité exercée par les médecins.

L'hôpital peut donc être qualifié de bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1989).

A ce propos, les travaux menés par Orlikowski, (2001) et Ouchi (1979) indiquent que les acteurs, membres d'une organisation professionnelle, sont soumis à des modes de contrôles claniques ayant pour trait, par exemple, la communication informelle.

Cependant avec l'introduction de la tarification à l'activité, il semble que nous entrions dans une ère de contrôle par les résultats (Naro, 2010).

En conséquence, deux modes de contrôles coexistent désormais au sein de l'organisation hospitalière : un contrôle clanique et un contrôle par les résultats.

Si l'objet de notre recherche n'est pas de comparer ces deux modes de contrôles, on ne peut occulter que le contrôle par les résultats est susceptible d'avoir un impact sur les médecins.

Aussi, en nous intéressant aux conséquences du contrôle par les résultats, nous pouvons mobiliser le cadre conceptuel du « Reliance Accounting Performance Measures » (RAPM). Majoritairement étudié dans les recherches anglo-saxonnes concernant les budgets, le RAPM ou encore « Budget Emphasis » est traduit en français sous le terme de « pression budgétaire » (Naro, 1998). « *Ce courant de recherche constitue la seule masse critique organisée de travaux empiriques en comptabilité de gestion jusqu'à présent* » (Brownell et Dunk, 1991 p.703). Défini par Harrison (1993, p. 319) comme « *l'accent mis par les supérieurs sur les critères de performance quantitatifs comptables et financiers et qui sont prédéfinis en tant qu'objectifs budgétaires* », ce concept a fait l'objet de revues de littérature (Langevin et Naro, 2003 ; Otley et Fakiolas, 2000 ; Hartmann, 2000 ; Briers et Hirst, 1990).

Toutefois, les recherches sur le RAPM se sont centrées sur les effets de l'adoption de critères comptables pour évaluer la performance. Des études ont, plus particulièrement, porté sur les effets des contrôles par les budgets ou les résultats, sur les attitudes et comportements (Hartmann, 2005 ; Marginson et Ogden, 2005 ; Merchant, 1990 ; Hirst et Yetton, 1984 ; Otley, 1978 ; Hopwood, 1972).

Aussi, apporter un éclairage sur les conséquences de la mise en place de la tarification à l'activité nous invite à rattacher notre travail aux études menées sur l'impact de la mesure comptable de la performance, c'est à dire au RAPM.

La méthodologie de la recherche

Les recherches sur le RAPM sont très nombreuses et la plupart sont de type hypothético-déductif.

A notre connaissance seulement trois études (Besson et al. 2004 ; Hopwood, 1972 et Argyris, 1952) s'intéressent à décrire ce concept et à envisager ces différentes facettes. Ces travaux portent soit sur des commerciaux, soit sur des centres de coûts.

Les institutions publiques, et notamment l'hôpital, semblent ne pas avoir été le champ d'investigation du RAPM. Cela pourrait se justifier par le caractère relativement récent de l'introduction d'une logique comptable dans ces organisations.

De ce fait, notre apport consiste à étudier les manifestations du RAPM et de cerner ses conséquences à l'hôpital public français.

C'est pourquoi, notre démarche a pour objet, dans un premier temps, d'identifier et d'explorer l'existence des pressions budgétaires associées à la tarification à l'activité au sein de l'hôpital public et, dans un second temps, de tester l'adéquation du modèle issu de la littérature et de notre étude exploratoire.

Nous optons ainsi pour une approche basée sur la triangulation en confrontant la littérature, les résultats exploratoires aux résultats de notre étude confirmatoire. L'association des méthodes qualitatives et quantitatives nous permettra de bénéficier des avantages de chaque approche (Jick, 1979).

Notre terrain de recherche est le secteur hospitalier public et plus précisément, les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHRU). Ce choix se justifie par le fait que les CHRU exercent une mission de service public et sont des institutions publiques faisant l'objet de récentes réformes. Ils ont une triple mission : les soins, l'enseignement et la recherche. Ils se distinguent des centres hospitaliers (CH) qui eux, sont davantage orientés vers des soins médicaux courants de la population qui vit en milieu rural. La poursuite des soins dans les CH étant plus menacée par l'introduction de la T2A (Molinié, 2005), ce secteur nous paraissait plus sensible aux modes de contrôles par les résultats, c'est pourquoi nous n'avons pas souhaité retenir ces organisations pour notre étude.

Les intérêts de la recherche

Cette étude présente de réels intérêts sur les plans théoriques, méthodologiques et pratiques.

En premier lieu, ce travail, du **point de vue théorique**, a pour objet d'enrichir l'analyse du concept de RAPM en l'appliquant au secteur hospitalier français.

Ce courant, peu mobilisé par les travaux menés en France (Bourguignon, 1997), a fait l'objet de nombreuses critiques. En effet, la littérature (Hartmann, 2000) se questionne sur la définition du RAPM. Parfois traité comme un style de direction, parfois perçu comme une pression budgétaire, ce courant regroupe un ensemble hétérogène de travaux portant sur les effets de la mesure comptable de la performance.

En conséquence, comprendre ses manifestations peut contribuer à la délimitation de ce concept.

Dans la même lignée, les recherches analysant les liens entre RAPM et tensions de rôles ont donné des résultats contradictoires (Otley, 1978, Hopwood, 1972) dans le secteur privé. S'intéresser au secteur public où l'implication professionnelle est forte pourrait, peut être, nous aider à mieux comprendre les effets du RAPM sur les tensions de rôles.

Enfin, très peu de travaux (Subramanian et Mia, 2003 ; Merchant, 1990) ont été menés sur les relations entre le RAPM et l'implication organisationnelle et la manipulation de données.

En outre, en positionnant notre recherche dans une institution professionnelle, soumise à des contraintes financières, on peut supposer que le RAPM peut avoir des effets sur des dimensions non explorées, à notre connaissance, comme l'implication.

En second lieu, notre recherche présente des **intérêts méthodologiques**. Ces intérêts portent sur l'opérationnalisation du RAPM. Des travaux ont indiqué que l'opérationnalisation du RAPM connaît de nombreuses faiblesses (Noeverman et al. 2005 ; Otley et Fakiolas, 2000). Ils suggèrent que le construit a évolué. On peut ainsi se demander si les études ont mesuré le même concept (Hartmann, 2000).

Par ailleurs, les travaux menés n'ont pas toujours indiqué les résultats relatifs à la qualité des instruments utilisés, ce qui souleverait des interrogations quant à la fiabilité et à la validité des échelles de mesures retenues.

Aussi, notre recherche a pour intérêt méthodologique de proposer une opérationnalisation du construit des pressions à la mesure comptable de la performance.

En troisième lieu, **au niveau managérial**, cette recherche peut permettre de mieux comprendre et appréhender les inquiétudes exprimées par le corps médical lors de la mise en œuvre de ces réformes. En s'intéressant aux effets des contrôles par les résultats sur les médecins, ce travail peut révéler l'existence de dysfonctionnements relatifs aux attitudes et aux comportements.

Ainsi, la connaissance de ces phénomènes permettrait aux directeurs d'établissements hospitaliers d'envisager des solutions pour ne pas voir la performance de l'organisation diminuer.

En conséquence, cela met l'accent sur l'importance des ressources humaines et sur les modes de communications à utiliser pour véhiculer les informations relatives aux objectifs comptables liés à l'activité.

L'organisation du travail de recherche

Ce travail s'articule autour de deux parties : une première partie à portée conceptuelle et une seconde partie de nature empirique.

La première partie a pour objectif de nous aider à construire un cadre conceptuel afin de cerner la problématique posée.

Ce cadre conceptuel est composé de deux chapitres.

Le premier chapitre est consacré à la présentation de l'hôpital public. Il envisage cette institution comme un acteur, pilier de la cité qui connaît des transformations.

Les évolutions introduites par de récentes réformes ont pour objet de réorganiser cette structure et d'instituer un nouveau mode de financement basé sur la déclaration de l'activité. Ainsi, nous présenterons tout d'abord les diverses dispositions légales puis, les impacts supposés ou observés, dans le cadre de recherche anglo-saxonnes ou européennes, de ces réorganisations.

Le second chapitre nous aidera à proposer une base conceptuelle pour notre travail. Nous verrons que le contrôle de gestion dispose d'un champ de recherche qui étudie les modes de contrôles existants dans les organisations.

Partant de là, nous essayerons de rapprocher les nouvelles logiques de l'hôpital avec ces modes de contrôles. Cela nous conduira à envisager un mode de contrôle particulier : le contrôle par les résultats. Notre étude portant sur les conséquences de l'introduction de la T2A, nous mobiliserons le concept de RAPM qui étudie les effets du contrôle budgétaire ou contrôle des résultats.

Cette première partie nous permettra de proposer un premier modèle conceptuel de notre recherche.

La seconde partie sera composée également de deux chapitres. Elle aura pour objectif d'exposer les recherches empiriques menées afin de compléter et valider un premier modèle issu de notre analyse de la littérature.

Le premier chapitre sera consacré à une **étude exploratoire** menée auprès de 31 praticiens hospitaliers dans deux CHU. Après avoir exposé la méthodologie et les résultats obtenus,

nous pourrons alors enrichir et préciser notre modèle de recherche. L'objet de cette étude sera de mieux comprendre les effets du contrôle par les résultats et quels sont ses manifestations. Nous envisagerons à partir **de ce chapitre de ne plus parler de RAPM mais de pression financière interne** au regard des résultats obtenus dans l'étude qualitative.

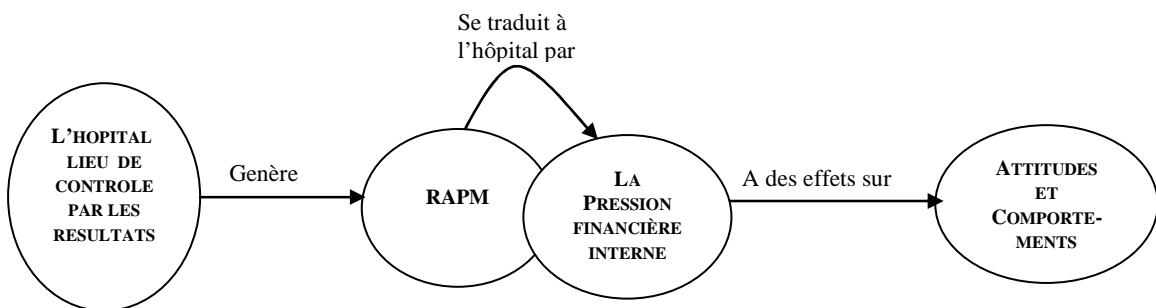
Le second chapitre nous permettra de confirmer le modèle exploratoire trouvé. Nous procéderons à l'opérationnalisation de notre modèle en posant les hypothèses qui s'y rattachent. Les concepts de notre modèle seront par la suite opérationnalisés puis nous exposerons la méthodologie de notre recherche confirmatoire.

Cette recherche sera menée sur un échantillon de 578 praticiens hospitaliers répartis dans 14 CHU en France.

Nous procéderons à l'ensemble des analyses exploratoires et confirmatoires pour valider la qualité de nos mesures puis testerons les hypothèses sur notre échantillon. Nous terminerons ce chapitre par une discussion des résultats obtenus.

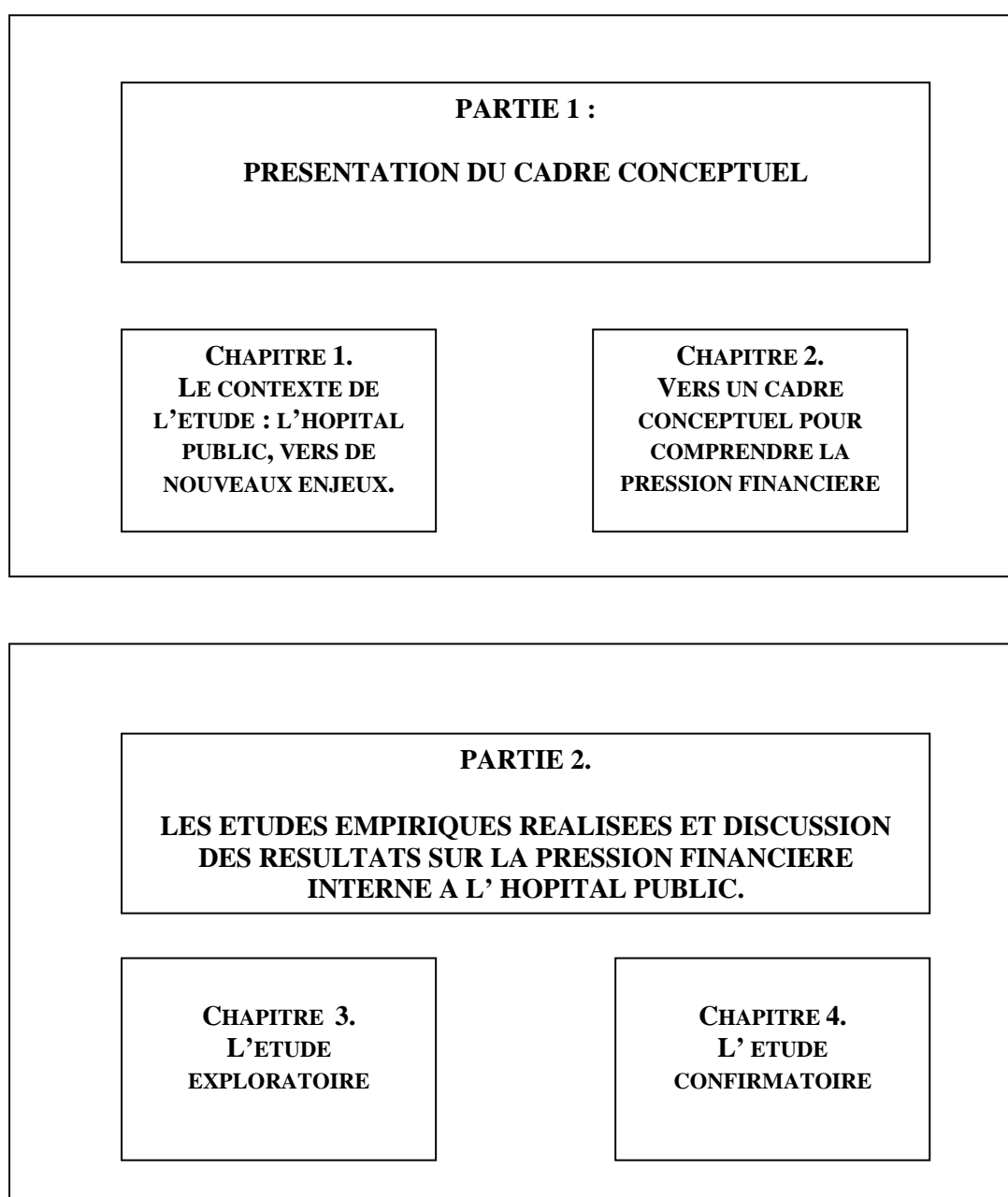
Le déroulement de notre recherche peut se schématiser de la manière suivante :

Figure 1: Modèle de notre question de recherche



Aussi, afin de mener cette étude nous permettant d'appréhender la pression financière interne au sein de l'hôpital public ainsi que ses conséquences, notre travail doctoral suivra la structure suivante :

Figure 2 : La structure générale de la thèse



PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE CONCEPTUEL

Dans cette première partie nous allons poser le cadre conceptuel de notre travail doctoral. L'objet de cette partie sera de relier le contexte de notre étude, l'hôpital public, et le contrôle de gestion. Nous analyserons les effets des réformes hospitalières sur les modes de contrôles organisationnels et sur les attitudes et comportements des acteurs, les médecins.

Dans un premier chapitre, nous envisagerons les profondes mutations de l'hôpital public. Les récentes réformes, telles que le « Plan Hôpital 2007 », l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi « Hôpital Santé Patient Territoire » du 21 juillet 2009, transforment l'hôpital public et l'orientent vers une gestion efficiente et un pilotage de sa performance.

Ainsi, parmi les nombreux changements introduits, deux retiendront plus particulièrement notre attention : la réorganisation de l'hôpital et l'introduction de la tarification à l'activité. Nous verrons que ces mutations soulèvent de nombreuses questions au niveau des acteurs en présence, des modes de contrôle et des financements de cette institution.

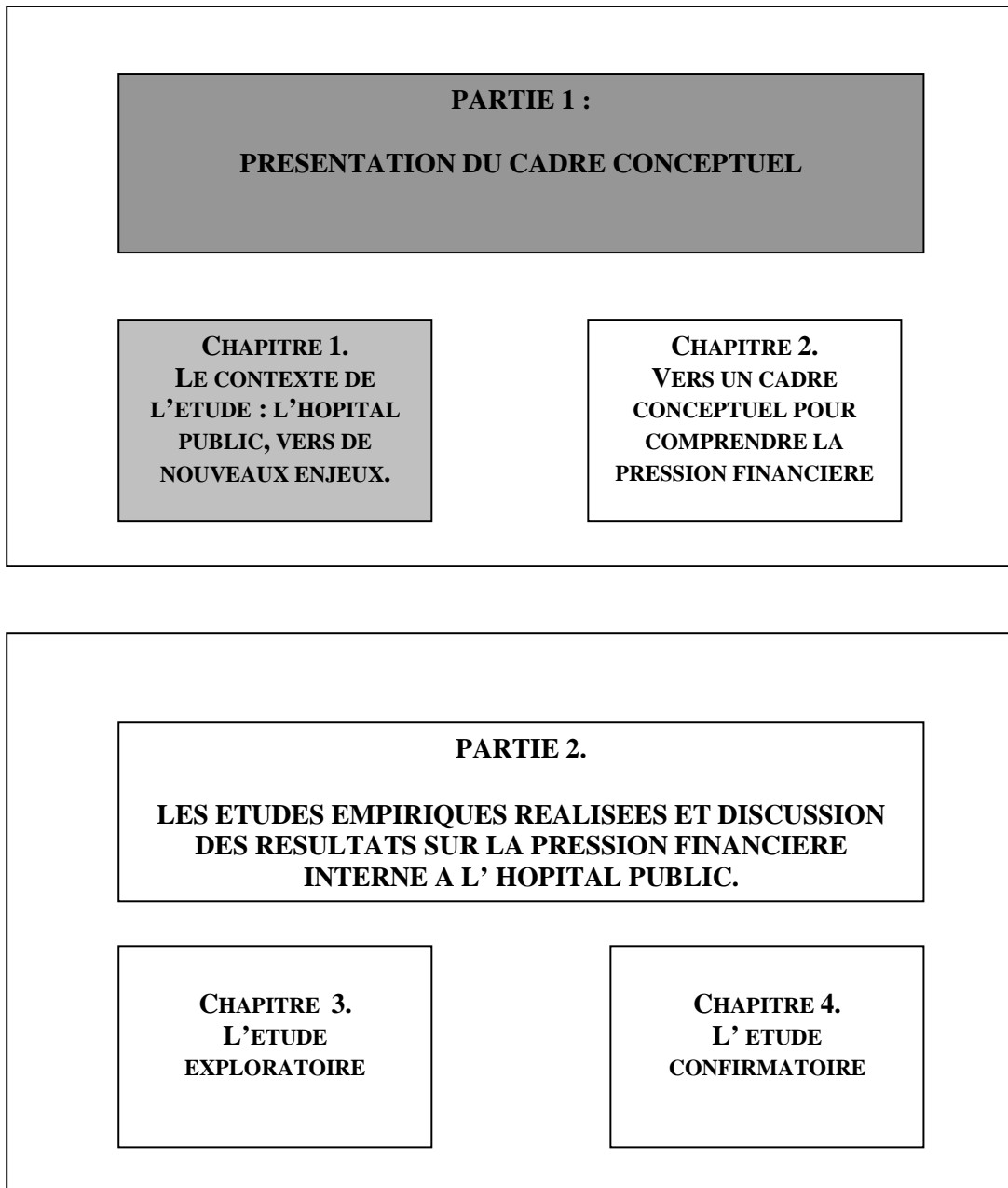
Dans une seconde partie, nous présenterons les modes de contrôles qui existent dans l'organisation hospitalière ainsi que ceux qui émergent. Nous verrons que de nouvelles logiques de résultats apparaissent dans une organisation marquée par le partage de valeurs communes et un contrôle professionnel.

De ce fait, nous orienterons notre exposé sur le concept de « Reliance on Accounting Performance Measures » (RAPM) afin de mieux comprendre les effets possibles de ces logiques de résultats. Nous tenterons d'éclairer ce concept à la lumière des travaux réalisés et nous constaterons qu'il présente de nombreuses imprécisions sur le plan de ses définitions, de son opérationnalisation et des effets étudiés. Nous proposerons, par la suite, un premier modèle de recherche issu de cette analyse de la littérature.

CHAPITRE 1.

LE CONTEXTE DE L'ETUDE : L'HOPITAL PUBLIC, VERS DE NOUVEAUX ENJEUX.

Figure 3 : Structure Générale de la Thèse



Soumis à de nouvelles contraintes économiques (réduction des déficits), sociales (augmentation de la paupérisation de la société), technologiques (accroissement des traitements innovants), l'hôpital s'inscrit dans le principe de mutabilité du secteur public (Cueille, 2008).

Aussi, l'évolution du système hospitalier a été marquée au cours de la dernière décennie par plusieurs réformes phares : le Plan Hôpital 2007, l'ordonnance du 2 mai 2005, la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009.

Votées afin de moderniser la gestion de l'hôpital public et d'assurer une transparence dans l'allocation des ressources distribuées, ces mesures modifient profondément la logique de soins et instaurent une logique de quasi-marché (Kurunmäki, 1999).

Les objectifs développés dans ces réformes successives sont multiples.

Il s'agit, tout d'abord, d'attribuer une plus grande autonomie de gestion grâce au développement d'outils de pilotage médicaux économiques puis, de soutenir l'investissement et d'assurer une liberté dans les choix stratégiques des organisations. Par conséquent, rénover le mode de financement des établissements permet de responsabiliser les acteurs et d'assurer une égalité de traitement entre les secteurs publics et privés.

Ainsi, il est possible de constater que la volonté du législateur est de transposer les logiques du secteur privé au secteur public. En effet, contraints par les objectifs de déficits budgétaires fixés par le traité de Maastricht, les Etats européens, et notamment la France, repensent la gouvernance du secteur public. Les notions de performance, de flexibilité et de pilotage sont introduites dans le secteur public et de ce fait, dans l'hôpital public.

Ces réformes soulèvent les interrogations suivantes : comment mesurer la performance dans un secteur assurant un service public? Les notions de performance et de mesure de la performance appliquées au secteur privé sont-elles transposables telles quelles au secteur public ? Quelles sont les réorganisations nécessaires pour leur mise en œuvre ? Ces réorganisations ne risquent-elles pas de s'accompagner de dysfonctionnements organisationnels? Introduire la notion de performance ne risque-t-il pas de libéraliser le marché de la santé et dénaturer la fonction première de l'hôpital public ?

Pour tenter de comprendre et cerner les problèmes de ce secteur, ce chapitre aura pour objectif d'exposer les transformations que l'hôpital public français a connues durant ces dernières années ainsi que les enjeux qui y sont associés.

Nous aborderons, dans une première section, un bref historique visant à montrer que l'hôpital est un acteur particulier aux rôles singuliers. Par la suite, nous traiterons de sa

gouvernance en indiquant ses évolutions récentes. Nous envisagerons les redistributions de pouvoirs au sein de cette organisation, qualifiée par la littérature de bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1989).

Nous nous attacherons, dans une seconde section, au nouveau mode de financement introduit, la tarification à l'activité, inspirée des Diagnosis Related Groups (DRG), transformant les logiques comptables et financières de cette institution publique.

Puis, nous exposerons des travaux réalisés sur le sujet dans divers pays. En effet, ces changements présentant un caractère récent en France, peu de chercheurs se sont intéressés à ce sujet. Cependant, la littérature anglo-saxonne est riche d'exemples concernant les effets possibles des DRG.

SECTION 1. L'HOPITAL, UN ACTEUR EN MUTATION DANS SES ROLES ET FONCTIONNEMENTS

Centre organisé où sont dispensés des soins, l'hôpital est un acteur majeur de la société.

Selon un rapport de la DRESS² de 2009, le secteur de la santé regroupe près de 9% de la population en activité, il est un des plus grands secteurs en termes d'emplois.

En suivant les mutations de la société, il est parfois décrit comme un endroit obscur (Foucault, 1975), ou comme une organisation bureaucratique totalitaire (Goffman, 1962).

Aujourd'hui l'hôpital est un centre mêlant soins et recherches, lieu de prise en charge collective (Sainsaulieu, 2007) devant faire face à de nouvelles contraintes économiques, technologiques et sociales.

Dans cette perspective, des changements organisationnels apparaissent, pouvant bousculer les règles de fonctionnement de l'organisation et modifier les relations et les attributions des acteurs en présence.

Aussi, avant d'exposer, l'hôpital, sa nouvelle gouvernance en mettant l'accent sur son managérialisme, nous présenterons les fonctions de cette institution.

1. EVOLUTION DU ROLE DE L'HOPITAL, PILIER DE LA CITE

Initialement développé en Grèce, dès le VI^{ème} siècle avant J.C, l'hôpital est un lieu exclusivement dédié aux divinités guérisseuses (Le Guen Pollet, 1991). Progressivement, les facteurs politiques et économiques vont favoriser son expansion géographique et enrichir son rôle social. En effet, cette organisation est tout d'abord une structure d'accueil, puis devient un outil de stabilisation pour le pouvoir et, enfin, assure une mission de service public.

² La Dress est la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

1.1. L'hôpital : une structure d'accueil

L'apparition de structures d'accueil et de traitement des malades ou des pauvres s'est faite dans des pays où la religion est très présente mais également dans un contexte de prospérité économique et de développement de règles.

En effet, les premiers centres d'hébergements de pauvres et voyageurs apparaissent en Inde et à Ceylan (III^{ème} siècle avant J.C) avec la création de monastères bouddhiques. Par la suite, sous l'impulsion du concile de Nicée (325 après J.C), ou encore de Justinien Ier (525-565), les fondations se multiplient. Ainsi, deux types d'organisations de soins et d'accueil cohabitent : l'une destinée aux pèlerins étrangers, l'autre aux malades pauvres.

Financés par une « contribution sur le revenu et constitution de main morte », un système d'assistance évolué émerge dans le monde Byzantin. Ainsi, chaque ville dispose d'un centre social comprenant mosquée, hôpital, bains publics et bibliothèque.

Parallèlement, dans l'Orient Bouddhique, de telles structures voient le jour avec des missions identiques : organiser des soins et accueillir les malades indigents ou souffrants d'infirmité chronique (Siary et Behamou, 1994).

Grâce à des influences politiques et religieuses exercées dans les régions conquises, le développement de telles institutions se poursuit et ce, plus particulièrement, dans l'occident chrétien où un **devoir d'hospitalité** caractérise les premiers hôpitaux des époques Mérovingienne et Carolingienne.

1.2. L'hôpital : un outil politique

Les contraintes démographiques et économiques donnent une nouvelle dimension à l'hôpital. A partir des XII^{ème} et XIII^{ème} siècle, l'accroissement du nombre de fondations hospitalières est possible suite aux nombreuses donations provenant des bourgeois et nobles.

Si ces dons semblent se justifier par des motivations morales et spirituelles, le contexte économique n'est pas étranger à ce développement. L'augmentation du nombre d'indigents est croissant, source d'insécurité et d'instabilité politique.

Par conséquent, afin d'atténuer la mendicité, le vagabondage et le paupérisme, l'hôpital tente de s'organiser en centre d'assistance et de soins pour contribuer au maintien d'une certaine **stabilité politique** et d'un **équilibre social**.

Dans la lignée, la loi du 7 août 1851, prévoit que lorsqu'un individu privé de ressources tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission à l'hôpital existant dans la commune. De même, des modalités de remboursement par les collectivités se font en fonctions des catégories de malades soignés (Lois du 15 juillet 1893 et du 14 juillet 1905) : l'Etat prend en charge les soins des militaires malades, le département les enfants abandonnés et les municipalités, leurs ressortissants. Aussi, peu à peu, on peut constater un élargissement de la prise en charge par l'hôpital des personnes démunies, suggérant les prémises d'une activité d'intérêt général. Les besoins sanitaires étant croissants, les établissements publics ne peuvent plus, seuls, répondre à la demande. Ainsi, on assiste à la création d'établissements privés, grâce aux dons, permettant d'augmenter la capacité d'accueil. La concurrence entre établissements privés et public prend racine à cette époque (Bonnici, 2007).

Par ailleurs, progressivement, le contrôle de l'organisation hospitalière va échapper à l'église et aux ordres pour passer aux mains des autorités municipales et laïques.

En effet, au cours du XVI^{ème} siècle, la mise en place de l'échevinage dans l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital réduit le pouvoir de l'église dans sa gestion et introduit un contrepouvoir.

La **laïcisation** des hôpitaux s'accélère et se confirme suite aux politiques de François 1^{er} et Louis XIV, par la création au sein de chaque cité d'un Hôtel Dieu-centre d'accueil et d'un hospice pour recevoir les pauvres, les vagabonds, les vieillards et les orphelins.

Par la suite, les réformes vont accentuer le caractère laïc de la gestion de l'hôpital en adoptant, par exemple, le 7 octobre 1796, un principe de **responsabilité communale**. Ce principe prévoit que les administrations municipales auront la surveillance immédiate des hospices établis dans leur arrondissement. C'est pourquoi, sous l'Empire, le maire est nommé par le gouvernement comme membre de l'administration hospitalière.

Par conséquent, on peut s'apercevoir, d'une part, que l'hôpital joue un rôle de stabilisateur social en assurant accueil et soin pour les plus démunis et, d'autre part, que son contrôle se modernise en séparant le pouvoir de tutelle et d'exécution.

1.3. L'hôpital : un acteur assurant une mission de service public

Souvent défini comme une activité d'intérêt général, exercée ou contrôlée par une personne publique et soumise en totalité ou en partie à un régime juridique dérogeant au droit commun, le service public, selon Percebois (2002), s'articule autour de deux idées : l'accès

de tous aux services essentiels et la mise en avant de priorités telles que la sécurité d'approvisionnement, l'utilisation efficace des ressources collectives et le respect de contraintes environnementales. Au cours du XX^{ème} siècle de nombreuses réformes vont donner à l'hôpital public un nouvel essor, le positionnant en pilier du système sanitaire français afin de faciliter l'accès aux soins.

Par conséquent, plusieurs dispositions proposent une réorganisation des structures hospitalières avec, en premier lieu, une coordination entre les établissements de soins publics et privés, la création de centres hospitaliers universitaires au terme de la réforme Debré (1958) et l'instauration d'une carte sanitaire dès 1970.

Un ensemble de textes entre 1979 et 1987 renforcent la surveillance des hôpitaux publics (Maillard, 1986). Par exemple, la loi du 19 janvier 1983 énonce l'instauration d'un forfait journalier supporté par les personnes admises dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux. Elle précise également que le taux d'augmentation des dépenses hospitalières est fixé par le gouvernement, le préfet ayant la charge de le faire respecter au sein de son département.

Initialement, la mission de service public semble réservée à des établissements bien définis. En effet, au terme de l'ancien article L6112-2 du Code la Santé Publique, il est énoncé que le service public hospitalier est assuré par des établissements publics de santé, des établissements de santé privés à but non lucratif s'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixés par décret, l'institution nationale des invalides et les centres de lutte contre le cancer. Toutefois, la catégorie établissement de santé est peu précise. Introduite par la loi du 31 juillet 1991, cette catégorie parait effacer la distinction entre hôpitaux publics et cliniques privées. Cette loi ne précise pas, explicitement, ce qu'est un établissement de santé. Aussi, si l'on s'appuie sur le Lamy (2009), un établissement de santé regroupe des établissements de soins. Ils ne se distinguent pas par la nature des soins qui y sont distribués. Cornier (1998) précise que l'établissement de santé est une structure matérielle de soins et de prévention assurant les missions prévues par la législation. Par conséquent, tous ces établissements, quelque soit leur nature, doivent remplir des missions et obligations multiples.

On peut citer, comme obligations relatives à la notion de service public, les dispositions suivantes :

- élaborer et mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités, organiser la lutte contre les évènements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, identifier une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettre en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (L6111-2, totalement modifié par la loi du 29 juillet 2009) ;
- assurer les examens de diagnostic, surveillance et traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient, délivrer les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant être le lieu de résidence ou établissement avec hébergement relevant du code l'action sociale ou des familles (L6111-1, partiellement modifié par la loi du 29 juillet 2009) ;
- participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent et à la mise en œuvre d'une politique de vigilance afin de garantir une sécurité sanitaire (L6111-1, partiellement modifié par la loi du 29 juillet 2009) ;
- signaler sans délai au représentant de l'Etat dans le département, des menaces imminentes, pour la santé de la population, dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée (L1413-15).

Dans un souci d'élargir le champ d'application de la notion de service public ainsi que les acteurs y participant, le législateur, dans la loi du 23 juillet 2009, a transformé la notion de service public en **mission de service public et a élargi son exercice à d'autres établissements à but non lucratif.**

Ainsi, peuvent participer à la mission de service public, les centres de santé, les missions de santé et les pôles de santé, l'institution nationale des invalides ; le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en conseil des ministres, les groupements de

coopération sanitaire, les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd, les praticiens exerçant dans ces établissements ou structures (L6112-1). Egalement, au terme de cet article, lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées.

De nouvelles obligations sont alors dévolues à ces établissements. Les établissements publics mais aussi privés ont, par conséquent, des devoirs en terme de permanence des soins ; prise en charge des soins palliatifs ; d'enseignement universitaire et post-universitaire ; de recherche ; de développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ; de formation initiale et développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ; des actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ; d'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ; de lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ; d'actions de santé publique et de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement (L-6112-1).

De plus, tous les établissements concernés par les missions de service public doivent garantir l'égal accès aux soins de qualité et une permanence dans l'accueil et la prise en charge ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution définie par l'Agence Régionale de la Santé (L6112-3).

Par conséquent, la **notion de service public semble disparaître au profit de la notion de mission de service public**. Cette dernière peut être **exercée par n'importe quel établissement** de soins contrairement à la notion de service public qui se rattachait à des établissements spécifiques et généralement sans but lucratif. Ainsi, de part les dispositions récentes, le secteur de la santé et plus précisément des dispenses de soins commence à voir son **marché se libéraliser**, en diminuant les prérogatives initialement attribués aux organisations à but non lucratif.

Par ailleurs, les hôpitaux publics voient leur gouvernance, au terme des réformes « Plan Hôpital » 2007 et 2012, se moderniser. Les volontés d'accroître la réactivité et d'améliorer le pilotage de l'organisation hospitalière, conduisent le législateur à repenser l'organisation de l'hôpital public en attribuant un pouvoir de décision plus important aux instances de direction.

2. VERS UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DE L'HOPITAL PUBLIC³ : LE MANAGERIALISME DE L'ORGANISATION

Etant donné que de multiples acteurs coexistent, il est pertinent de comprendre comment ces derniers s'organisent au sein de cette structure. Si nombreuses sont les études (Currie et Procter, 2005 ; Mintzberg, 1989 ; Perrow, 1970) qui font référence à l'hôpital comme une organisation professionnelle, les réformes récentes semblent accentuer le pouvoir des cadres administratifs dans la direction de l'établissement au détriment des professionnels. Par ailleurs, dans le milieu hospitalier, les fortes dépenses et un budget médical mal contrôlé justifient la montée en puissance de l'administration, le passage d'une dominance professionnelle à une ère managériale (Takagi, 2006).

2.1. L'hôpital : une organisation aux groupes multiples⁴

Deux grandes cultures peuvent s'identifier dans la structure hospitalière : la culture professionnelle médicale et la culture économique managériale. Ainsi, des groupes aux intérêts parfois contradictoires cohabitent dans cette organisation.

Le premier groupe d'acteurs est composé des acteurs de santé : médecins, infirmiers, aides-soignants). Au sein de ce groupe, ces acteurs ne disposent pas du même degré d'appartenance à leur profession. Les infirmières ont un rôle frontière entre le médecin et les autres personnels (Hughes, 1996). Elles occupent deux rôles un rôle de soignant et un rôle d'intermédiaire (Ackern, 1997 ; Lert, 1996).

³ Notre champ d'étude ne concernant pas les hôpitaux privés, nous ne concentrerons notre développement sur les hôpitaux publics.

⁴ Sur ce point, on pourra se référer à l'ouvrage de Sainsaulieu (2007). « L'Hôpital et ses acteurs, appartenances et égalités ». Belin, Paris, 267p.

Le médecin, en revanche est un acteur plus singulier puisqu'il appartient à une profession dont les valeurs sont fortes (Hall, 1973). Les attributs de sa fonction sont (Hall, 1973) :

- l'appartenance et la reconnaissance d'un ordre professionnel comme société savante, référence majeure ;
- la croyance en un service orienté vers le patient quelque soit son statut social ou économique ;
- l'acceptation de l'évaluation du travail par ses pairs qui sont les seuls à disposer d'une expertise et légitimité;
- la vocation pour cette profession et le sentiment d'avoir choisi ce domaine d'activité.

Le sentiment d'appartenance est directement lié à leur corps de métier. Néanmoins, le médecin paraît dominer les unités hospitalières (Chauvinet, 1972). Aussi, il ressent deux types d'implications (Hafferty et Light, 1995): une implication professionnelle, qui correspond à l'attachement de l'individu envers sa profession (Lee et al, 2000), liée à sa fonction mais aussi une implication organisationnelle correspondant à l'interaction entre l'individu et son organisation (Thévenet, 1992) comme tout membre d'une organisation.

Ce collectif partage des valeurs communes et plus précisément un attachement au travail d'équipe et la qualité de soins au patient. Il est bâti sur la confiance réciproque, la coopération vitale et défense des intérêts du service, qui s'entretiennent à l'occasion des sorties de bloc opératoires. La cohésion se renforce et les lignes hiérarchiques tendent à s'estomper (Sainsaulieu, 2007).

Un second groupe d'acteurs, au sein de l'hôpital public, est constitué par les cadres administratifs. Leur identification au groupe est aujourd'hui difficile à évaluer puisqu'il n'existe pas de travaux sociologiques approfondis à ce sujet (Sainsaulieu, 2007).

Par le « plan Hôpital 2007 », la hiérarchie hospitalière est repensée et installe davantage de cadres aux postes de directions. Ainsi, propulsés par le managérialisme, idéologie qui essaie d'imposer une logique gestionnaire aux professionnels (Sainsaulieu, 2007), ces derniers

deviennent détenteurs des outils d'évaluation du travail effectué par les médecins, les infirmiers et les aide-soignants.

Ils insistent sur les nouvelles orientations stratégiques de l'établissement, marquées par une quête de performance et de gains de productivité, dans la lignée du Nouveau Management Public. De ce fait, ils deviennent les représentants d'une **logique économique** parfois contraire aux exigences médicales. **Des tensions entre les acteurs** du monde médical et du monde administratif peuvent ainsi apparaître (Abernethy et Stoelwinder, 1990).

2.2. L'hôpital : une organisation bureaucratique professionnelle

Comme nous l'avons évoqué précédemment, au sein de l'organisation hospitalière, deux sphères coexistent : la sphère professionnelle représentée par les médecins et la sphère administrative composée d'individus ne disposant pas automatiquement d'une expertise médicale. L'organisation hospitalière entre dans le champ de la bureaucratie professionnelle (Lega et DePietro, 2005 ; Mintzberg, 1989) étant donné que le médecin traite de manière indépendante ou en équipe ses patients sous le contrôle de ses pairs représentés par le Conseil de l'Ordre de Médecins.

Décrite par Mintzberg (1989), cette organisation est caractérisée par **l'exécution de tâches complexes devant être contrôlée par les opérateurs** qui détiennent un niveau équivalent d'expertise et de compétence. C'est alors par la standardisation des qualifications que les mécanismes de coordination se déroulent.

La coordination des tâches s'effectue grâce à **la standardisation du savoir** (Cueille, 2008 ; Jacques, 2004). L'hôpital est, ainsi, constitué de spécialistes, médecins, sages-femmes, infirmiers et personnel soignants disposant d'une latitude sur le contrôle des tâches de soins réalisées. En suivant un apprentissage théorique et pratique, le professionnel est sensibilisé aux normes de la profession. Cette étape de socialisation est nécessaire (Mizrahi, 1986, Baszanger, 1981) pour que ces professionnels partagent des normes et s'identifient aux valeurs de la profession.

Par conséquent, le contrôle est marqué par un **contrôle horizontal**, par les pairs, avec des relations professionnelles plus informelles (Orlikowsky, 2001 ; Abernethy et Stoelwinder, 1990). Cette structure présente également des traits bureaucratiques puisque les standards, élaborés dans le cadre d'associations professionnelles permettent de coordonner

l'organisation professionnelle (Perrow, 1970). Toutefois, l'autorité au sein de cette organisation est fondée sur la compétence (Blau, 1968, 1967) et non sur la position au sein de la ligne hiérarchique. En effet, les tâches exercées par le professionnel présentent un fort degré de complexité (Higgins, 1999 ; Bonner, 1994) et ne permettent pas à des non initiés d'apprécier la qualité de la tâche réalisée.

Donc, la direction administrative dispose davantage d'un pouvoir d'organisation et de représentation que de réelle autorité et de management. En effet, selon Etzioni (1959), les **cadres administratifs ne sont chargés que d'activités qualifiées de secondaires**, ils sont à disposition de l'activité principale qui est exercée par les professionnels. La prise de décisions revient, à terme, aux professionnels. Aussi, ce sont ces derniers qui dirigent l'organisation.

Toutefois, de nombreux constats, notamment sur les plans financiers ou organisationnels conduisent à repenser l'organisation de l'hôpital.

En effet, une mutation managériale est devenue nécessaire afin, tout d'abord, de dépasser les clivages entre les deux sphères administrative et médicale mais aussi de prendre en compte les contraintes financières relatives à la maîtrise des dépenses de santé. **Deux forces contraires sont à l'œuvre** : d'une part, le monde administratif qui souhaite recourir aux outils de gestion formalisés et, d'autre part, le monde professionnel médical qui résiste invoquant les risques associés à des procédures de contrôle non adaptées (Cauvin, 1997).

Or il semble que les demandes de plus en plus pressantes des différentes parties prenantes et une pratique médicale en mutation nécessite une formalisation plus importante.

Par conséquent, la nouvelle gouvernance hospitalière issue de l'ordonnance du 2 mai 2005 paraît être un début de réponse à un environnement évoluant vers une logique de marché. Cette réforme, dont le champ d'application concerne les établissements publics, les hôpitaux locaux, les centres hospitaliers et les centres universitaires, a pour objectif de donner aux établissements « souplesse, reconnaissance et responsabilisation » afin de repenser leur organisation et d'assurer une gestion déconcentrée.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire du 22 juillet 2009 vient compléter les réformes déjà en cours et maintient le cap initialement prévue par l'ordonnance du 2 mai 2005 : accentuer les pouvoirs des directeurs d'hôpital montrant que nous passons dans une ère de managérialisme

(Takagi, 2006). Ce dernier point peut nous amener à nous demander si l'organisation professionnelle ne s'oriente pas vers une bureaucratie en division.

2.3. L'hôpital : vers une organisation en division

Les récentes réformes prévoient, d'une part, un nouveau mode de pilotage de l'organisation en attribuant davantage de pouvoir et d'autorité au directeur d'établissement, d'autre part, une refonte organisationnelle instaurant une gestion plus décentralisée de l'organisation au travers de la constitution de pôles. Fortement discutées, les dernières dispositions regroupées dans le texte « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » tendent clairement à accentuer la place du directeur de l'organisation à la tête du pilotage de l'organisation. Nous présenterons ici les points relatifs à l'organisation hospitalière des deux réformes.

2.3.1. Le renforcement progressif de l'organisation administrative et réorganisation en pôles : l'ordonnance du 2 mai 2005

Le plan « Hôpital 2007 » prévoit, d'une part, une réorganisation des organes de direction avec un accroissement des fonctions du directeur et, d'autre part, de profonds changements organisationnels transformant les départements et services de l'hôpital en pôles d'activités bénéficiant, en théorie, d'une quasi-autonomie de gestion.

→ Vers des missions de contrôles et de stratégies

Deux types d'organe coexistent au sein de l'organisation hospitalière : des organes décisionnels, administratifs et des organes consultatifs tels que la commission médicale d'établissement.

• Les organes de décisions

Trois types d'organes de décisions interviennent dans la gestion hospitalière : le conseil d'administration, le directeur de l'établissement et le conseil exécutif.

Le conseil d'administration.

Le conseil d'administration est constitué de trois collèges (L6143-5) : des représentants des collectivités territoriales ; des représentants du personnel médical, d'odontologie et pharmaceutique, dont le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) ; des personnalités qualifiées et représentants d'usagers.

Les missions du conseil d'administration sont de définir la politique générale de l'établissement et plus particulièrement de définir les projets d'établissements et de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ; de procéder à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; de fixer un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ; d'arrêter les comptes et l'affectation du résultat d'exploitation ainsi que le bilan social ; d'organiser l'établissement en pôles d'activités ; de proposer une politique sociale et les modalités d'une éventuelle politique d'intéressement ; d'établir, en cas de besoin, un plan de redressement pour l'établissement en fonction de l'évolution de l'activité de l'organisation.

Le directeur de l'établissement.

Si son champ de compétence est de plus en plus élargi, le directeur, nommé par le ministre de la santé après avis du président du conseil d'administration, a les missions suivantes :

«Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en œuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article L. 6143-1. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art. Le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret. » (L6143-7).

Par conséquent, il a une fonction de représentation de l'établissement et dispose du pouvoir de nomination. Cependant, dans cette dernière fonction il est assisté du conseil exécutif depuis l'ordonnance du 2 mai 2005.

Le conseil exécutif.

Le conseil exécutif, présidé par le directeur de l'établissement, est composé paritairement (L6143-6-1 CSP) de membres de l'équipe de direction et du président de la commission médicale d'établissement (CME) et des praticiens désignés au sein de la CME.

Il a pour missions de préparer toutes les mesures relatives à la mise en œuvre du projet d'établissement, préparer le projet médical d'établissement et plans de formation, contribuer à l'élaboration du plan de sauvegarde. Il dispose d'une voix consultative sur la nomination des responsables de pôles et chef de service.

• Les organes consultatifs

Principalement au nombre de deux (CME et comité technique), ils disposent d'une fonction de consultation.

La Commission Médicale d'Etablissement.

Elle est obligatoire au sein de chaque établissement public de santé, au terme de l'article L6144-1 (ordonnance du 2 mai 2005).

Constituée de représentants de médecins, internes, sages-femmes, pharmaciens, sa composition, en termes de nombre de membres, varie en fonction du type d'établissement.

Elle donne son avis sur les projets de délibérations, le fonctionnement des pôles autres que médicaux, odontologie, pharmaceutiques, les nominations des responsables de pôles d'activités et sur les questions de recrutement et de carrière des praticiens. De plus, elle intervient dans la préparation du projet médical de l'établissement.

Le comité technique.

Présidé par le directeur de l'établissement il regroupe les représentants du personnel (R6144-42), ces domaines de consultation concernent :

- les projets de délibération prévus à l'article L6143-1 ;
- les conditions et l'organisation du travail ;
- la politique de formation du personnel ;
- les critères de répartition de la prime de service, prime forfaitaire technique et prime de technicité ;

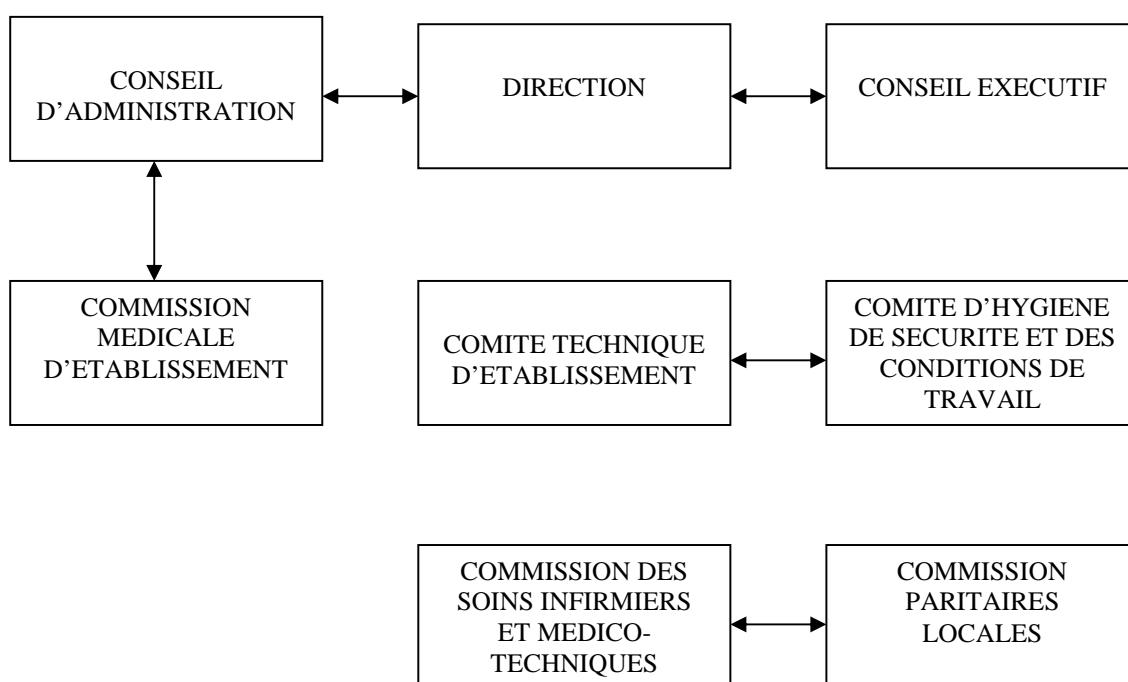
De plus, il est informé régulièrement de la situation financière (EPRD) et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

Autres organes consultatifs.

On peut citer la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge mise en place par la loi du 4 mars 2002, le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, les commissions administratives paritaires locales et départementales ainsi qu'une commission d'établissement de l'activité libérale.

Par conséquent, l'organisation hospitalière, au terme de l'ordonnance du 2 mai 2005 peut être représentée par la figure 4.

Figure 4 : La gouvernance des établissements publics de santé (Bonnici, 2007)



→ L'organisation de l'hôpital en pôles d'activités

Le plan « Hôpital 2007 » tend également à réformer l'organisation de l'hôpital. Par la création d'une entité dénommée « pôles d'activité », ce plan met fin à l'organisation de l'hôpital en services et départements.

En effet, au terme de l'ordonnance du 2 mai 2005, les unités de soins s'organisent dorénavant en **pôle d'activité sur la base du projet d'établissement**. La volonté est ainsi d'accorder une cohérence entre les politiques développées par l'institution son organisation interne.

Ces pôles sont constitués d'unité fonctionnelle (structure constituée d'une équipe soignante ou médico-technique pour la prise en charge de malades) et de services (ensemble d'unités fonctionnelles de la même discipline).

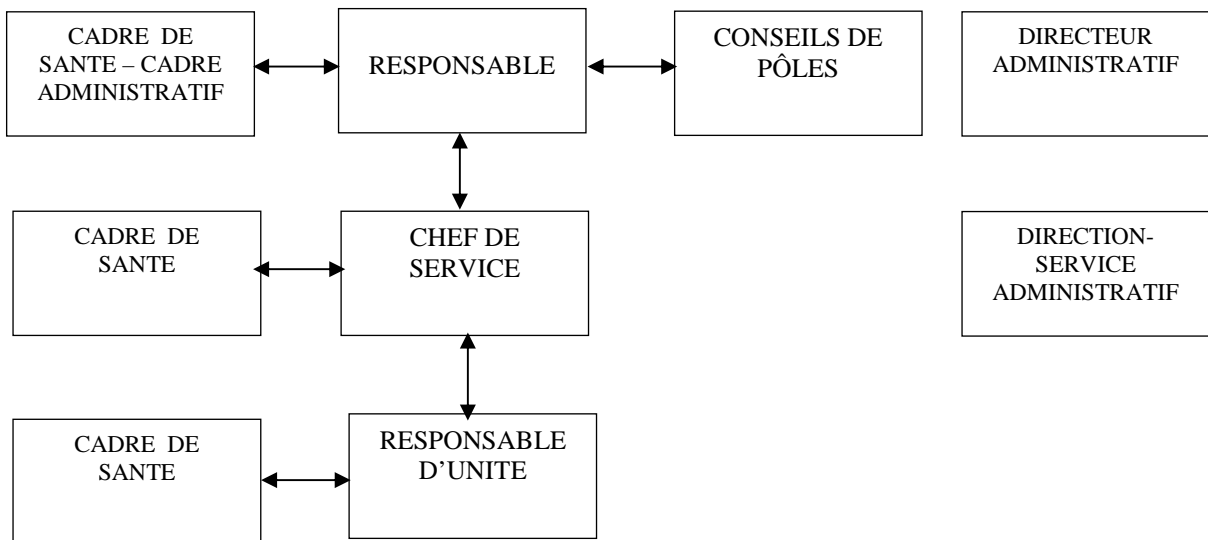
A leur tête, on retrouve un praticien responsable de pôle qui est « *chargé de mettre en œuvre, au sein du pôle, la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés par le pôle (.). Il est assisté, selon les activités du pôle, par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des*

activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif. » (L6146-6 du Code de la Santé Publique).

Chaque pôle peut faire l'objet d'une délégation de gestion. En effet, « Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 6143-7 du Code de la Santé Publique, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs membres du corps de direction des hôpitaux ou à un ou plusieurs fonctionnaires appartenant à un corps ou occupant un emploi classé dans la catégorie A ou la catégorie B, ou à un ou plusieurs pharmaciens des hôpitaux. » (D-6143-33 du Code de la Santé Publique).

L'accord signé par le directeur d'établissement, président de la CME et chaque responsable de pôle d'activité, doit définir les objectifs d'activité, qualité ainsi que les moyens et indicateurs de suivi des pôles d'activité, modalités d'intéressement aux résultats de leur gestion. Cet accord peut aussi envisager les conséquences si les objectifs ne sont pas atteints. Par conséquent, ces dispositions redéfinissent de nouvelles instances et incorporent dans la gestion de l'organisation des personnels hospitaliers (Figure 5).

Figure 5 : La gouvernance des pôles d'activités (Bonnici, 2007)



2.3.2. Le renforcement des pouvoirs du directeur d'établissement : la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire »

La réforme Hôpital Santé Patient Territoire du 21 juillet 2009 prévoit une refonte du système de direction. Elle a pour objectif de faire évoluer la gouvernance de l'hôpital en attribuant davantage de pouvoir au directeur. Elle permet à ce dernier de **définir une politique stratégique pour l'établissement, de se projeter en tenant compte de l'environnement technologique et concurrentiel.**

Pour ce faire, le conseil d'administration, la direction et le conseil exécutif sont remplacés par un conseil de surveillance, directeur et directoire.

→Le conseil de surveillance

«... Nous voudrions transformer le conseil d'administration de l'hôpital en conseil de surveillance... le conseil d'administration doit surveiller. ... Ce dernier conseil de surveillance aurait pour mission de valider la stratégie de l'établissement... de veiller aux équilibres financiers....Le président du conseil pourrait être élu soit au sein du collège des élus, soit au sein du collège des personnalités qualifiées. » (Discours présidentiel de Neufchâteau, 2008.)

Ainsi, la composition du conseil de surveillance évolue par rapport à la composition initiale du conseil d'administration. Composé de 9 à 15 membres en fonction des établissements, il est constitué de trois collèges représentant de manière égale les collectivités territoriales, le personnel et de personnalités qualifiées.

En outre, la loi intègre la notion de stratégie et de contrôle dans les attributions du conseil de surveillance. Selon, l'article L6143-1 du Code de la Santé Publique, le conseil de surveillance « *se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement* ». Il délibère, notamment, sur les projets d'établissements, les projets engageant l'établissement à d'autres établissements publics de santé, le compte financier et l'affectation des résultats, et enfin sur le rapport annuel d'activité présenté par le directeur.

Egalement, il peut être conduit à se prononcer à titre consultatif sur les sujets suivants :

- la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion de risques, de la prise en charge des patients;

- le règlement intérieur;
- les acquisitions, les aliénations, les échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat.

Pour exercer sa mission, il dispose d'un certain nombre de prérogatives telles que la possibilité d'effectuer des contrôles, de communiquer au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur sur la gestion de l'établissement et enfin d'entendre le directeur sur des projets tels que l'état des prévisions de recettes et de dépenses, ou encore sur les projets d'investissements.

Ainsi, si ces pouvoirs semblent garantir un contrôle de la direction, en revanche, il ne procède plus à la détermination de la politique générale de l'organisation. Cette dernière revient au directeur de l'établissement.

→ **Le directeur et le directoire**

Les fonctions du directeur de l'établissement sont renforcées car en sus de conserver ses fonctions antérieures, il se voit confier la **politique générale** de l'établissement.

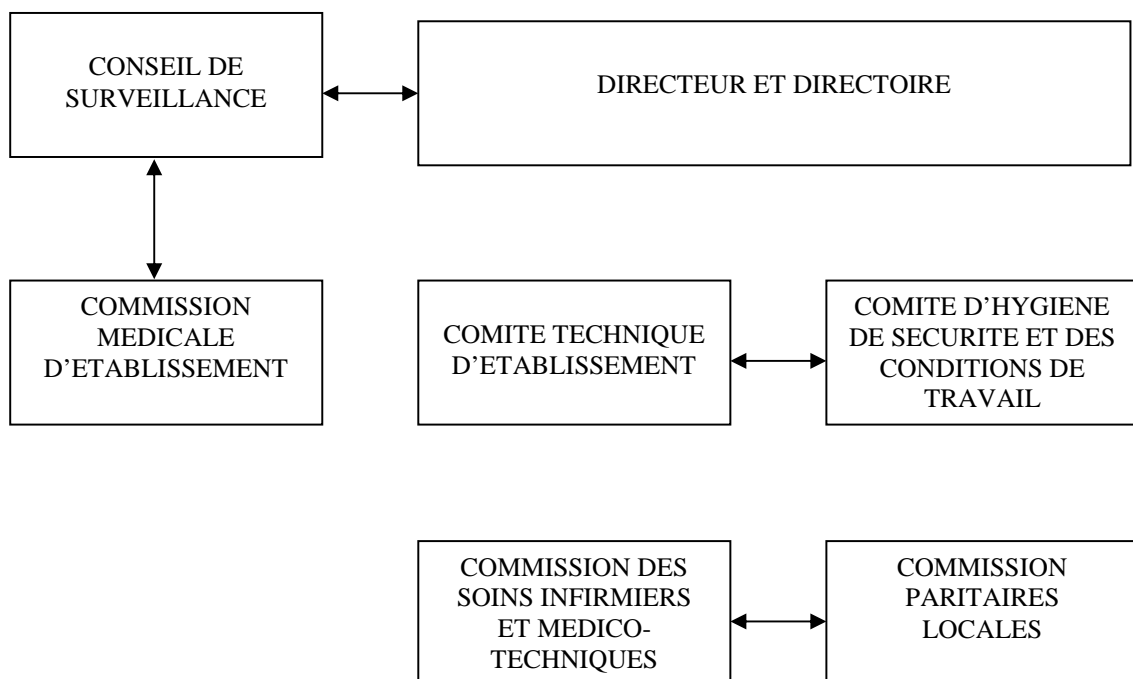
Au terme du décret du 30 décembre 2009, il est assisté d'un directoire dont les membres sont issus de professions médicales suite aux propositions du président de la CME (conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ; dans le cas d'unités de formation et de recherche mixtes de médecine et de pharmacie, l'avis des directeurs de chacune de leurs composantes est requis).

Le directoire, composé de membres du personnel de l'établissement, de médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes, est présidé par le directeur. Ce dernier est assisté par le président de la CME qui occupe un poste de vice-président. Deux missions principales lui sont dévolues : **procéder à l'élaboration du projet médical d'établissement et conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.**

C'est pourquoi, après concertation du directoire, le directeur décide des orientations stratégiques à donner à l'établissement et pour ce faire, peut :

- conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée de cinq ans avec l'agence régionale de santé (L6114-1 du Code de la Santé Publique modifié par l'ordonnance du 23 février 2010) ;
- décider, avec le président de la CME, de la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins, de la prise en charge des patients ;
- arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement ;
- définir le programme d'investissement pour les équipements après avis de la CME ;
- fixer l'Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses et les propositions de tarifs ;
- arrêter les comptes financiers ;
- arrêter l'organisation interne de l'établissement, signer les contrats de pôle et peut procéder à la délégation de gestion ;
- proposer au directeur de l'agence régionale de santé et aux autres établissements, la mise en place de coopérations ;
- fixer le règlement intérieur de l'établissement ;
- présenter à l'ARS un plan de redressement si besoin est.

Figure 6 : La gouvernance des établissements publics de santé selon la loi HPST.



Par conséquent, les réformes récentes prévoient :

- une intégration au sein du conseil exécutif d'administratifs et de membres du corps médical ;
- l'introduction d'un dispositif de sécurité dans le cas de dérive de gestion ;
- la simplification de l'organisation hospitalière par la restriction du nombre d'organes consultatifs et de comités internes en faveur de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du Comité Technique d'Etablissement ;
- l'introduction d'une organisation sous forme de pôles avec à sa tête un médecin coordonnateur (praticien responsable de pôle) disposant, au terme de l'ordonnance, d'une délégation de gestion dans les choix médicaux, gestion des ressources humaines, techniques et logistiques. Il est associé, en pratique, à un responsable administratif de pôle ;
- la simplification de la procédure de nomination et de gestion des praticiens hospitaliers ;
- la simplification de la procédure de nomination des directeurs d'établissements ;
- un recentrage du conseil d'administration des établissements publics de santé sur des missions de contrôle, de stratégie et d'évaluation.

CONCLUSION DE LA SECTION 1

En conclusion de cette première section, différents constats ont été menés.

Le rôle de l'hôpital public a évolué depuis sa création. Lieu d'accueil, il est progressivement devenu un outil politique pour le maintien du pouvoir. Par la suite, avec la démocratisation du système de soins, il a un rôle dans la mission de service public permettant l'accès aux soins de manière équitable pour tous.

Par ailleurs, un second constat a porté sur les mutations organisationnelles réalisées dans un contexte de recherche de performance. Aujourd'hui, l'hôpital n'est plus une organisation de service public mais une institution devant trouver des orientations stratégiques. On peut constater le renforcement du rôle du directeur de l'établissement. Cet accroissement d'autorité se traduit par la définition de la stratégie de l'hôpital, la gestion de l'établissement, mais aussi par la nomination des chefs de pôles. Sa décision souveraine, nous conduit à nous

interroger sur l'évolution de l'organisation professionnelle. Nous avons évoqué qu'au sein de l'organisation professionnelle, les cadres administratifs ne disposaient que de peu de prérogatives et de pouvoir étant donné qu'ils intervenaient en activité de soutien. Or l'accroissement des attributions du directeur de l'établissement, qui n'est pas un pair, mais un cadre administratif, peut amener à repenser l'organisation hospitalière et envisager une évolution de la nature de l'organisation hospitalière. Les pouvoirs de décisions n'appartenant plus aux professionnels mais à la direction, on ne pourrait exclure une évolution de l'autorité au sein de l'institution pouvant, de ce fait, atténuer ou transformer les caractéristiques de cette bureaucratie professionnelle vers une structure en divisions dont le mode de coordination dominant est le contrôle des résultats (Mintzberg, 1982). Cette évolution est centrale afin de comprendre nos questionnements de recherche.

SECTION 2. L'HOPITAL : VERS DE NOUVELLES LOGIQUES DE FINANCEMENT

Dans un contexte de rationalisation des coûts de la santé et de performance, le législateur va progressivement mettre en place un système de financement basé sur l'activité. Tirant les enseignements des faiblesses des précédents systèmes de remboursements de soins, il introduit un ensemble d'outils financiers et d'informations visant à contenir les dépenses de santé et assurer un meilleur pilotage des organisations. De nouvelles logiques se font jour et bouleversent profondément la manière de penser les soins.

Cette section exposera, en premier lieu, les divers modes de financements introduits depuis les dernières décennies puis, dans un second temps nous insisterons sur le mode de financement actuel avec son fonctionnement et les impacts observés dans différents pays.

1. FINANCEMENT DE L'HOPITAL : D'UNE LOGIQUE DE MOYEN A UNE LOGIQUE D'ACTIVITE

Nous avons préalablement vu que, depuis la création des hôpitaux, ces derniers étaient financés grâce à des dons et des legs. A partir du XIX^{ème} siècle, l'Etat fournit la majorité des

ressources à ces établissements en instaurant le système du prix à la journée. Une profonde modification du système de santé a lieu à partir de 1945, où la sécurité sociale devient la source principale de financement de l'hôpital public ou privé par l'intermédiaire des caisses régionales d'assurance maladie.

Initialement financé par une dotation globale, le mode de financement de l'hôpital public va se modifier pour se rapprocher du mode de financement des hôpitaux privés. Cette évolution tend ainsi à libéraliser le marché, voire même, à créer un contrôle des structures de soins par un système de quasi-marché (Kurunmäki, 1999).

1.1. Des modes de financements introduisant des logiques de moyens et des déséquilibres

L'hôpital public va connaître entre 1980 et 2003 différents modes de financements : prix à la journée et dotation globale. Certaines critiques (Bonnici, 2007, Molinié, 2005) soulèvent le fait que ces modes de financement ne permettent pas d'améliorer la transparence du mode d'allocation des ressources et d'effectuer des comparaisons entre les divers organismes de soins.

1.1.1. La coexistence de deux systèmes de financement : vecteur de déséquilibres

Avant 1983, les hôpitaux privés et publics sont financés par le « prix de journée ». Ce mode de remboursement des dépenses hospitalières se base sur une déclaration, effectuée a posteriori et par établissement, des coûts engagés par la structure pour les journées de soins. Le calcul du prix de la journée est effectué par l'établissement en tenant compte de la nature des soins dispensés.

Système qualifié d'inflationniste (Bonnici, 2007), la loi du 19 janvier 1983 substitue au système de prix à la journée, une dotation globale de financement. Cependant, son champ d'application ne concerne pas toutes les structures privées et, de ce fait, limite l'attribution du budget global aux institutions publiques de santé et privées à but non lucratif participant au service public.

Ce mode de financement repose sur l'attribution d'une enveloppe globale calculée sur la base du budget de l'année précédente et ajustée par un taux directeur.

Par conséquent deux systèmes de financement coexistent : d'une part, un **système fondé sur une dotation globale pour les établissements du service public et établissements privés à but non lucratifs, dont l'évolution est fixée par le gouvernement ; d'autre part, un système sur le prix de journée et paiement à l'acte pour les organisations privées de soins, encadré par l'objectif quantifié national contrôlant l'évolution des tarifs pratiqués dans ces secteurs.**

Depuis son introduction, le système de dotation globale fait l'objet de nombreuses critiques. D'une part, il met l'accent sur une logique de moyens, pouvant également favoriser une diminution de l'activité de l'établissement, la création de slack organisationnel, étant donné que quelque soit le niveau de l'activité, les recettes n'augmentent pas (Molinié, 2005).

D'autre part, il se peut que des inégalités entre les services, les établissements voient le jour. Les modes de calculs de coûts (Halgand, 2005), d'allocation des ressources ainsi que leur répartition étant obscures, des déséquilibres et inégalités peuvent se créer (Molinié, 2005, Bonnici, 2007).

On retrouve également l'existence de déséquilibres dans le mode de financement des soins hospitaliers publics et privés (Figures 7 et 8).

On peut constater, tout d'abord, que la sécurité sociale rembourse une part moins importante des dépenses engagées par l'hôpital privé que par l'hôpital public, laissant le relais aux institutions privées d'assurance maladie. Dès les années 1960, les soins hospitaliers privés sont financés à hauteur de 30% par les complémentaires santé ou à la charge du patient, contre 20% dans les secteurs publics. Ce décalage de prise en charge se maintient également au cours des années 2000.

Par ailleurs, le financement par l'Etat est plus présent dans le secteur public que dans le secteur privé, ce qui peut s'expliquer, entre autre, par le rôle de recherche et d'enseignement attribué aux organisations publiques.

Figure 7 : L'évolution des différents financements des soins hospitaliers publics
 (Source Eco-Santé France, 2009, d'après les données DRESS, Compte de la Santé)

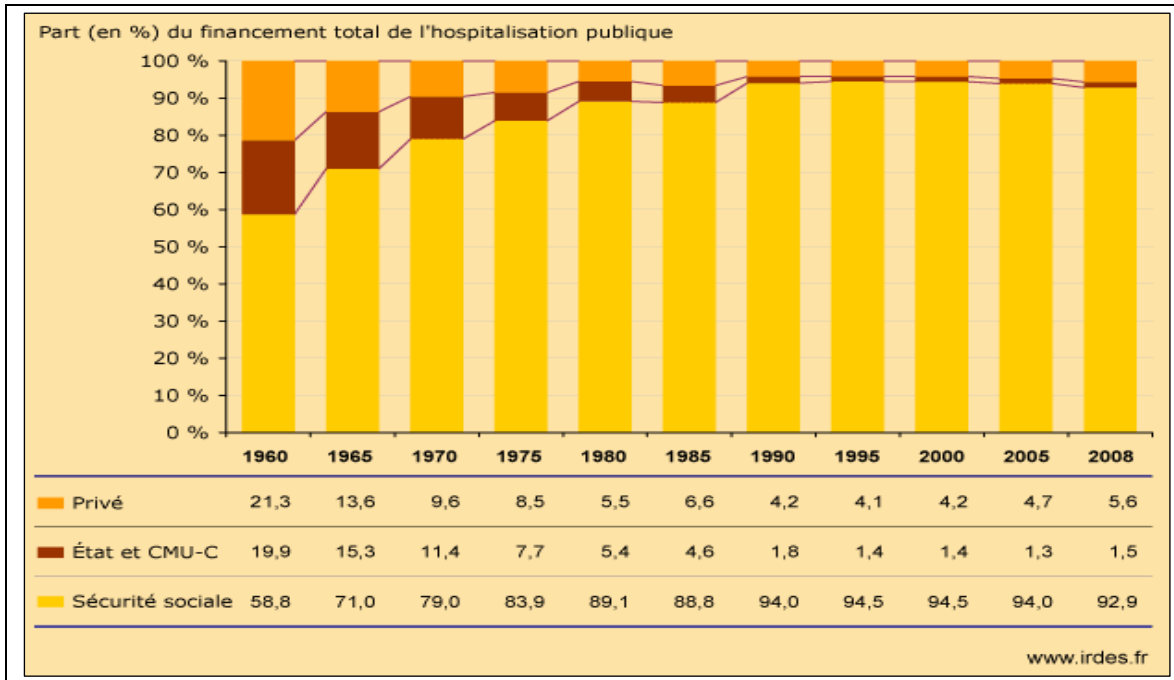
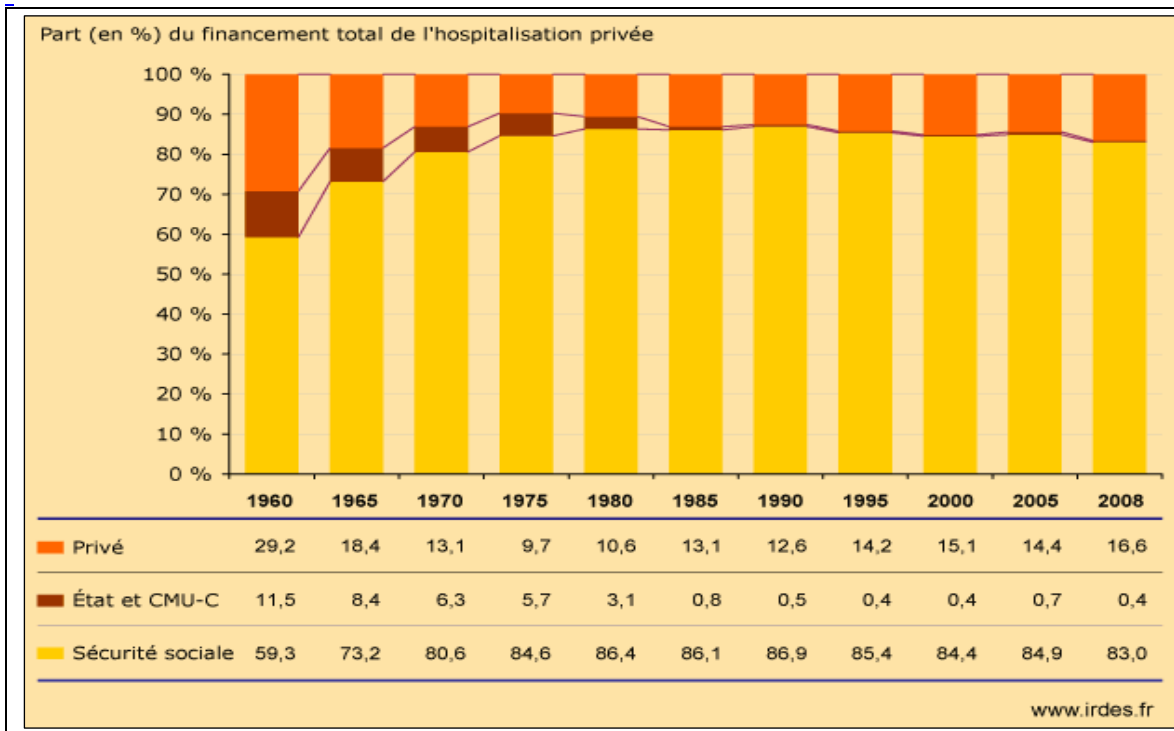


Figure 8 : L'évolution des différents financements des soins hospitaliers privés
 (Source Eco-Santé France, 2009, d'après les données DRESS, Compte de la Santé)



1.1.2. Vers une maîtrise des dépenses de santé

Des contraintes principalement économiques telles que l'accroissement des dépenses de santé, l'adoption du Pacte de stabilité et de Croissance ou encore des contraintes technologiques conduisent à mettre en place un certain nombre de mesures afin de rationaliser les dépenses de santé. Des dispositions visent d'une part à plafonner les dépenses de santé et d'autre part à introduire des outils d'évaluation de l'activité médicale, comme le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

1.1.2.1. L'ONDAM, une enveloppe plafonnant les dépenses de santé

La France, par la loi organique de financement de la sécurité sociale du 22 juillet 1996, opte pour un objectif national de maîtrise des dépenses maladies (ONDAM). Cet objectif retrace l'ensemble des objectifs de dépenses de soins concernant les soins de ville, les hospitalisations publiques, les dépenses médico-sociales ainsi que les hospitalisations privées et fixe ainsi le montant des dépenses maladies à ne pas dépasser.

Cette enveloppe, votée chaque année par le Parlement, est calculée sur la base de l'enveloppe n-1 modulée par un taux d'évolution. Ce mode de calcul, à partir de 2000, se modifie et prend comme base de calcul, les dépenses de l'année n-1. En encadrant les objectifs de dépenses, l'Etat met à disposition une enveloppe globale qui s'ajuste, en fonction des soins dispensés, aux différentes structures.

1.1.2.2. Le PMSI, outil de calcul pour l'allocation des ressources

Cet outil, de part sa fonction essentielle de calcul de l'activité, est utilisé à la fois par les professionnels de santé, qui progressivement, en acquièrent sa maîtrise et par les cadres administratifs qui peuvent procéder à des contrôles.

→le PMSI, un outil de transmission de l'information

La mesure de l'activité, via le PMSI, s'effectue par un transfert d'information et le suivi d'une procédure basée sur le fondement de l'activité. Théoriquement, ce sont les praticiens ou professionnels qui connaissent les soins qui ont été dispensés. Par conséquent, ils sont chargés du codage des actes et de compléter le PMSI.

Une procédure à plusieurs étapes permet de transférer les informations « *aux agences régionales de l'hospitalisation⁵ ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leur moyen de fonctionnement et à leur activité afin de déterminer les ressources à allouer et évaluer la qualité des soins dispensés.* » (Article 5 de l'ordonnance du 24 avril 1996).

La première étape débute par le recueil par le médecin, dans le résumé d'unité médicale (R.U.M.), d'un ensemble de données médicales et administratives concernant le patient (numéro de l'établissement où a séjourné le patient, numéro R.S.S., date de naissance, sexe du patient, lieu de résidence, date et mode sortie, diagnostic principal, diagnostics associés, actes médicaux réalisés...). Ces informations font l'objet de codes selon des nomenclatures standardisées afin de faciliter le traitement automatisé et constituent le Résumé de Sortie Standardisé (RSS)⁶.

Une seconde étape se déroule au sein du Département d'information Médicale (DIM) de chaque établissement. Il s'agit de procéder au regroupement des RSS en Groupe Homogène de Malades (GHM) en fonction de la durée de séjour et des caractéristiques médicales. Ce classement s'effectue en fonction d'un algorithme prenant en compte les diagnostics principaux contenus dans le RSS, puis une seconde distribution s'effectue en fonction de la pratique ou non d'actes chirurgicaux au cours du séjour. Par la suite, le patient est classé dans le GHM correspondant au diagnostic principal de son RSS.

On peut remarquer que ce classement peut être affiné en fonction d'un critère d'âge, et de coûts morbidités associés (CMA).

⁵ Depuis la loi du 21 juillet 2009, l'ARH devient Agence régionale de Santé regroupant les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupements régionaux de santé publique (GRSP), Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), missions régionales de santé (MRS) et volet hospitalier de l'assurance maladie, composé d'une partie du personnel des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), du régime social des indépendants (RSI), de la Mutualité sociale agricole (MSA), des directions régionales du service médical (DRSM). Ainsi les informations ne sont plus transmises à l'ARH et à la DRASS mais centralisées par l'ARS.

⁶ Pour une étude sur le mode de calcul de coûts, on pourra se référer à l'article de Nobre et Biron (2001), « Application de la méthode ABC, au calcul des coûts par pathologie : le cas de la chirurgie infantile. », Acte du XXIIème congrès de l'AFC, 17-19 mai, Metz.

Le GHM a une importance toute particulière. A chaque GHM est attribué un nombre de points « ISA » (Indice Synthétique d'Activité) qui correspond au rapport entre le budget hospitalier des soins de courte durée et le volume total d'activité des établissements de la région.

Ce point ISA va valoriser le GHM pour, par la suite, moduler les ressources à attribuer à l'institution.

Par conséquent **l'exhaustivité de la déclaration** des GHM est nécessaire pour ne pas perdre de ressources puisque le budget de l'hôpital est établi en fonction des déclarations effectivement adressées des GHM. Tout oubli de déclaration ou mauvais codage de GHM a, ainsi, un impact sur le montant de l'allocation attribuée à l'hôpital.

Enfin, la troisième étape consiste pour la DRASS à **collecter, via la plateforme e-PMSI**, les données saisies et à déterminer le volume d'activité de l'établissement et son budget théorique.

Le budget de l'hôpital est alors défini comme le produit du budget théorique (basé sur le budget de l'année précédente) et de facteurs d'ajustements issus de politiques.

Lorsque le budget théorique (N-1) et le budget réel (N), présentent des écarts, la tutelle peut procéder à un ajustement du versement de la dotation. Par exemple, elle peut accroître la dotation à verser à un établissement lorsque celui-ci a eu une sous-dotation sur la base de son activité en N-1.

Ainsi, les ressources de l'hôpital ne sont pas exclusivement dépendantes de l'activité qui est générée par l'établissement car **la dotation demeure globale**. Cependant, la notion d'activité commence à être introduite dans le secteur hospitalier public, sensibilisant les acteurs à son importance et atténuant l'inclinaison à la sous-activité.

Il est, à ce sujet, possible de **constater un accroissement entre** 2003 et 2008 de l'activité mesurée en nombre de séjours durant cette période dans le tableau 1.

Tableau 1⁷ : Le suivi de l'activité des établissements hospitaliers entre 2002 et 2008.

(Source : Direction de la Recherche, des études de l'évaluation et des statistiques)

⁷ Deux critères ont été retenus dans ce tableau : le nombre de lits (afin d'identifier la diminution des ressources) et le nombre de séjours ehn hospitalisation partielle ou complète. Le nombre de séjour peut provenir soit du PMSI soit de la Statistiques Annuelle des Etablissements de Santé.

		2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de lits	Hospitalisations Complètes	29839	29978	30666	31974	32 606	33 748	33 520
	Hospitalisations Partielles	8 249	8 278	8 510	9 055	9 279	9 195	9 303
Nombre d'entrées et venues	MCO	8 249	8 278	8 510	9 055	9 279	9 195	9 303
	Maladies mentales	4315	4236	4341	4422	4473	4 570	4 457
	Soins de suite	657	692	719	789	817	860	884
	Soin longue durée	45	45	38	36	34	33	31

En conséquence, les modes de financements de l'hôpital public ont évolué durant les trente dernières années. Les modifications des modes de financement de l'hôpital peuvent être synthétisées comme suit :

Tableau 2 : L'évolution des modes de financement des établissements de santé appartenant au service public jusqu'en 2004. (Bonnici, 2007).

Avant 1984	Budget (année n)= prix de journée (année n-1) x nombre de journées (n)
Après 1984	Budget (année n)= budget (année n-1) x (1+taux directeur appliqué à n)
Depuis 1996	Budget (année n)= budget (année n-1) x (1+taux directeur appliqué à n) x (1+ taux correcteur PMSI année n)

→le PMSI, un outil de contrôle

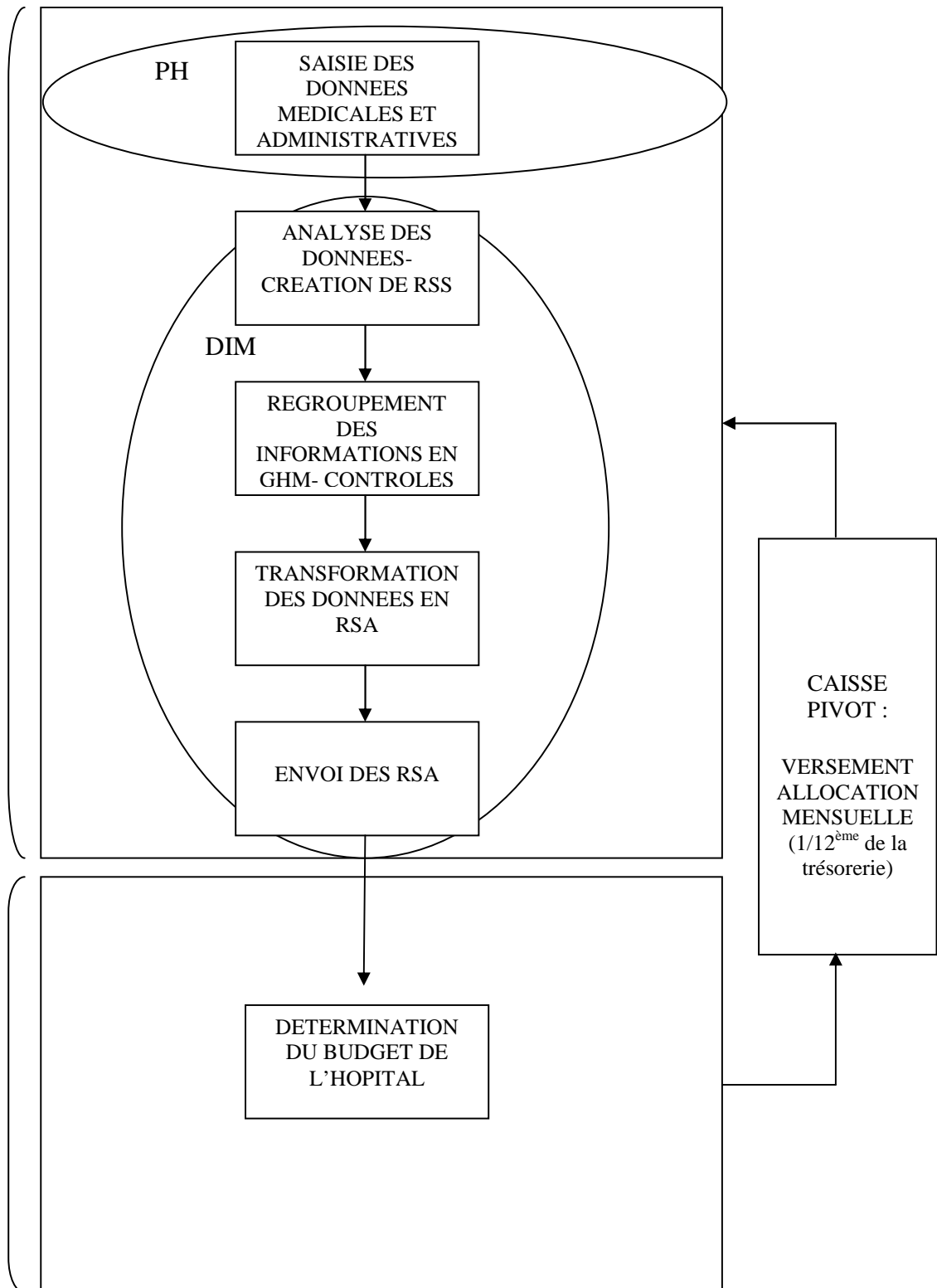
Instauré par la loi du 24 avril 1996, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est présenté comme un outil de santé publique et épidémiologique au sein des établissements de santé. Son rôle va rapidement évoluer puisqu'il permet de décrire et mesurer l'activité médicale hospitalière (Engel et al. 2000).

Inspiré du modèle américain de Diagnosis Related Group (DRG), élaboré par Fetter (1980), il a pour objectif de **définir l'activité des établissements, d'en déduire l'allocation budgétaire à attribuer, de contrôler et comparer l'activité des différents établissements.**

Ainsi, ses fonctions sont essentiellement :

- un outil de financement de l'organisation ;
- un outil de mesure de la production de chaque unité pour assurer une répartition des ressources plus équitables ;
- un outil de planification pour une meilleure répartition de l'activité médicale en fonction des besoins de la population dans diverses zones géographiques.

Figure 9 : Le processus de financement de l'Hôpital public.



1.2. Vers une homogénéisation des modes de financement entre les institutions : l'introduction de la tarification à l'activité (T2A)

Si l'introduction de la T2A bouleverse le mode de financement des institutions hospitalières publiques en introduisant une logique de résultats, des risques de dérives ont été identifiés avant son introduction effective.

1.2.1. La T2A : une logique d'activité

Entrée en vigueur dans les établissements privés en 2005, la tarification à l'activité est effective à 100% dans les activités de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) depuis 2008 au sein des établissements publics.

Elle s'inspire du système des Diagnosis Related Group calculant les ressources consommées, les heures de travail des infirmières, médecins, les tests laboratoires et médicaments. Selon ce mode de remboursement, **ce ne sont plus les dépenses de santé qui sont à la base du financement de l'hôpital mais l'activité qui est chiffrée en termes de recette.**

La tarification à l'activité regroupe deux idées forces.

En premier lieu, l'activité hospitalière est identifiée à travers des groupes homogènes de malades (GHM) correspondant aux actes de soins réalisés chez le patient. En second lieu, les prix, Groupe Homogènes de Séjours (GHS) sont prédéfinis et fixés au niveau national. A chaque GHM est associé un GHS permettant de tarifier l'activité réalisée⁸.

En conséquence, les ressources des établissements de santé publique, depuis l'introduction de la T2A, sont majoritairement basées sur l'activité de ces derniers et sont constituées :

- des ressources liées directement à l'activité valorisées par les GHS ;

⁸ Dans le cadre du PMSI et de la T2A, le DIM procède à des contrôles aléatoires sur les pratiques de codages en comparant le dossier médical afin de vérifier qu'il n'y a pas de codage dangereux. En effet, au terme de la circulaire Frontière (circulaire du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée), « *la facturation d'un GHS pour la prise en charge d'un patient en zone de surveillance de très courte durée répond à des critères précis relatifs à l'état de santé du patient ; de plus toute prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS.* »

- des recettes pour les activités de recherche et d'enseignement, pour couvrir les coûts de certaines unités de soins.

Nous pouvons alors constater, de manière globale, que la structure de la section d'exploitation du budget de l'hôpital connaît des modifications (Tableau 3).

Si les postes de dépenses ne changent pas (dépenses du personnel, dépenses médicales et pharmaceutiques, dépenses hôtelières, charges financières et amortissements), le poste des recettes « dotation globale annuelle de financement » est substitué par l'intitulé « produits de l'activité hospitalière ». **Cette modification indique la place prépondérante de l'activité comme source principale de financement de l'hôpital public.**

Tableau 3 : La section d'exploitation du budget de l'hôpital (depuis l'introduction de la T2A)

DEPENSES	RECETTES
1. Dépenses de personnel : - médical - non médical	1. Dotation globale
2. Dépenses médicales et pharmaceutiques	2. produits de l'activité hospitaliere
3. Dépenses hôtelières et générales	3. Recettes subsidiaires
4. Charges financières, amortissements et provisions	4. Transfert de charges
Déficits antérieurs	Excédents antérieurs

La quantification des ressources de l'hôpital fournit ainsi, une base d'évaluation des services de soins (Fetter et al, 1991). Elle permet d'avoir une vision des coûts - recettes de chaque service et de prendre des mesures correctives pour pallier les déficits.

Or et Reynaud⁹ (2009) soulignent les avantages de la tarification à l'activité :

- l'accroissement de la transparence dans le financement des établissements en corrélant le montant alloué à la production de soins ;
- l'équité dans le paiement du service dispensé ;
- l'amélioration de l'efficacité du marché de la santé et de l'établissement de soin en introduisant une compétition entre les établissements de soins.

C'est pourquoi, la nouvelle politique de l'organisation est ciblée sur l'approche volumique et quantitative des soins, transformant la logique de moyen en une logique de résultat.

Cette logique s'applique également directement aux pôles d'activités, qui, bénéficiant d'une autonomie de gestion depuis le « plan Hôpital 2007 », sont directement évalués en fonction de l'activité produite en leur sein. En effet, les ressources qu'ils perçoivent dépendent essentiellement des soins produits. Par conséquent, l'impact de la T2A ne concerne pas uniquement l'entité hôpital mais également l'entité « pôle ».

Si ces refontes du monde de financement ont, notamment, pour objectif de permettre des comparaisons entre les établissements, il convient de noter que deux échelles de valorisation de l'activité coexistent : une première échelle est propre au secteur hospitalier public, une seconde s'applique au secteur privé.

Cette distinction se justifie par le fait, par exemple, que la rémunération de médecins est différente en fonction du secteur d'activité. Dans le cas du secteur public, le salaire des médecins est inclus dans le GHS, contrairement au secteur privé où le médecin est rémunéré par des honoraires. Ainsi, en introduisant des distorsions dans les modes de remboursements en fonction de la nature des établissements, on peut se demander comment la compétition entre les institutions de santé peut se dérouler équitablement.

L'objectif premier de ce système qui est d'augmenter l'activité de chaque établissement de santé doit cependant être nuancé.

⁹ Dans le rapport de IRDRES (2009) intitulé « [Volume d'activité et résultats des soins en France : une analyse multiniveaux des données hospitalières](#) »

1.2.2. La T2A : des dérives anticipées

Plusieurs dérives ont été envisagées en France avant la mise en place de la tarification à l'activité.

Tout d'abord, en cas d'augmentation de l'activité hospitalière globale une baisse des tarifs est prévue, sans tenir compte de l'augmentation individuelle de l'activité de chaque établissement. Par conséquent **un effet pervers peut apparaître** : celui de **sanctionner un établissement dans le montant de ses ressources à cause de décisions stratégiques de production des autres établissements** (Or et Renaud, 2009).

De plus, le prix moyen d'un GHS est fixé sur la base d'un échantillon représentatif. Or les coûts peuvent varier en fonction des régions et des centres et créer **des disparités** non seulement entre les hôpitaux mais aussi entre les régions.

Une parade à cette difficulté est proposée : les tarifs nationaux sont, dans certaines zones modulées par un coefficient correcteur géographique prenant en compte des surcoûts liés à la région. Toutefois, ces surcoûts sont évalués à l'échelle régionale et non locale. Aussi, ce paradoxe indique que l'on se situe dans une logique générale de réduction de coûts pour chaque centre hospitalier où la recherche de performance prime. C'est pourquoi, Picard (2004), à ce sujet, précise qu'il est souhaitable de prévoir des modalités de financement différents permettant de conserver une activité, s'il existe une population à desservir et si les besoins de cette population sont légitimes.

Dans la même logique, la T2A risque de conduire à une **sélection de patient**. Les services au dessous du coût moyen de traitement d'une pathologie devront soit diminuer leur coût de traitement en adoptant de meilleures pratiques soit fermer les services déficitaires. Aussi, l'hôpital peut s'orienter vers certaines disciplines médicales jugées rentables au détriment de celles moins lucratives (Molinié, 2005).

Par ailleurs, sachant que les recettes sont évaluées en fonction de l'activité, on est amené à se demander si le personnel soignant hospitalier ne va pas tomber dans un **travers quantitatif**. Afin de bénéficier de moyens, il risque d'avoir une approche productiviste, privilégiant le volume de l'activité au détriment de la qualité des soins, voire en instaurant une **logique de marché**. A ce sujet, Grimaldi dans un article du 22 avril 2004 publié dans *Le Monde*,

écrivait que « *cette vision gestionnaire s'accompagne volontiers d'une représentation purement technique de la médecine où le médecin est un ingénieur et un producteur de soins et le malade un « porteur d'organes », et un consommateur de soins* ».

Dans le même ordre d'idées, Bonnici (2007) n'exclut pas « *un risque inflationniste évident, ou de dérives commerciales [...]. Il s'agit d'un pari sur l'avenir qui place le corps médical hospitalier public face à de réelles responsabilités de gestion, au même titre que les gestionnaires administratifs* ».

En conclusion, **si la tarification à l'activité a pour objet la clarification du mode de financement de l'hôpital public en liant directement les ressources à l'activité déclarée, elle modifie la logique de l'organisation.**

En réduisant considérablement le financement par la dotation globale, les hôpitaux publics doivent tenir compte de contraintes comptables et financières, puisque les soins dispensés ont un prix servant de base au remboursement des actes.

Ainsi, ce système de financement, couplé à une organisation en pôle d'activités disposant d'autonomie de gestion, peut suggérer la mise en place d'unités décentralisées indépendantes au sein de l'hôpital.

Compte tenu du caractère récent de ces modifications en France, peu de chercheurs se sont intéressés à ce sujet, contrairement aux chercheurs anglo-saxons, hollandais ou nordiques où l'introduction des DRG est effective depuis plusieurs années.

2. IMPACTS ORGANISATIONNELS, ATTITUDINAUX ET COMPORTEMENTAUX OBSERVES

Les résultats des travaux de recherche précédemment menés sur le sujet indiquent une modification de l'idéologie du secteur de la santé (Takagi, 2006 ; Mick, 1990), des impacts sur les acteurs de l'organisation (Kurunmäki, 1999 ; Abernethy et Stoelwinder, 1995) et l'introduction de nouveaux modes de contrôles comptables donnant lieu à des comportements d'adaptation (Silverman et Skinner, 2004 ; Lorence et Richards, 2002).

2.1. Des stratégies organisationnelles émergentes

L'introduction de ce nouveau mode de financement invite les organisations à s'adapter aux nouveaux modes de contrôles et à repenser leur stratégie (Naranjo- Gil, 2009 ; Cunningham et Harris, 2001). De ce fait, la culture de l'organisation de santé se transforme afin de s'adapter au climat compétitif (Mick, 1990).

Certains travaux (Naranjo-Gil et Hartmann, 2007 ; Naranjo-Gil et Hartmann, 2006) montrent que le secteur à but non lucratif repense sa stratégie sur ce nouveau marché. Dans le cadre d'un climat de compétition régnant dans le marché de la santé (Takagi, 2006), les hôpitaux publics orientent leurs soins sans négliger une dimension commerciale (Alexander et al. 1996).

Dans le même ordre d'idées, les **hôpitaux publics sont un terrain d'expérimentation** pour les organisations lucratives. Ainsi, Schlesinger et al. (1987) lors une étude comparative entre les centres de soins lucratifs et non lucratifs, découvrent que les structures publiques hébergent des services ou des pratiques non lucratives jusqu'au moment où leur rentabilité est avérée. L'hôpital public est alors un lieu d'innovation, de développement de technique supportant les risques associés aux développements et, ainsi, un terrain d'apprentissage organisationnel.

Par ailleurs, certains établissements se spécialisent dans des DRG pour diminuer leurs coûts (Farley et Hogen, 1990) ce qui réduit l'offre de soins de ces organisations et leur permet d'être plus compétitifs sur le marché de la santé. Par exemple, pour diminuer les coûts afférents aux pratiques, des spécialisations et routines peuvent se développer afin d'augmenter la marge bénéficiaire (Farley et Hogen, 1990 ; Guterman et al. 1988). On est face à une **sélection indirecte de patients** sur certaines pathologies jugées plus rentables pour la structure.

De même, certains établissements cherchent à sélectionner les patients dont le coût du soin est inférieur au forfait, ou traiter certaines pathologies et ainsi à renvoyer les patients à l'hôpital public si le traitement est jugé non rentable ou en cas de complications.

C'est pourquoi, en application de **leur mission de service public et d'accueil** de tout profil de patient, les **hôpitaux universitaires** sont confrontés à un fort taux de complications et subissent des **surcoûts** imputant leurs résultats financiers (Desharnais et al. 1987).

2.2. Des collaborations intensifiées entre les acteurs

Les changements organisationnels, faisant suite à l'introduction des DRG, ont nécessité une nouvelle coordination du travail, une adaptation des ressources humaines et le développement de nouvelles compétences.

En effet, l'émergence de cette nouvelle logique, fondée sur l'activité, accentue l'incompatibilité des intérêts entre médecins et managers (Leicht et Fennell, 1997) « mettant parfois à mal le serment d'Hippocrate » (Takagi, 2006). Si le médecin a pour mission d'apporter au patient la meilleure qualité des soins, l'administratif, quant à lui, aspire à réduire les dépenses en utilisant, par exemple, les moyens de soins les moins chers ou en augmentant le taux de rotation des patients pour bénéficier d'un remboursement maximal.

Par exemple, une étude pour le Health Care Financing Administration de 2001 démontre qu'avant la mise en place de la tarification à l'acte, le délai moyen d'hospitalisation était de 10 jours contre 7,1 jours, une fois la tarification instaurée. Par conséquent on peut supposer que les médecins aient réduit la durée de séjour afin d'optimiser les remboursements.

Quelques travaux (Kuttner, 1998 ; Lawrence et al. 1997) ont été également réalisés afin de déterminer, en fonction du type de structure, quels sont les niveaux et type d'implications chez le médecin. Dans le cas où le médecin travaille dans une structure à but non lucratif, son implication organisationnelle est plus forte que dans le cas où son exercice s'effectue dans une structure cherchant à maximiser son profit. Ce résultat peut s'expliquer par la convergence de valeurs existantes entre structure de soins à but non lucratif et valeurs médicales. En contrepartie, ces études ont constaté qu'en cas de forte **financiarisation de l'activité, l'implication organisationnelle calculée, fondée sur un système de contribution- rétribution, s'accroît tandis que l'implication affective diminue envers l'organisation.**

Aussi, il semblerait que la confrontation entre les deux logiques, logiques de soins et logiques comptables, puisse affecter le médecin. Les travaux de Comerford et Abernethy

(1999) montrent sur ce point qu'il peut exister des **conflits entre les médecins et administratifs** mais ces conflits ne sont pas inévitables. En effet, la mise en place d'un nouveau système de pilotage hospitalier vise non seulement à **changer le mode management** de l'institution mais aussi à modifier la relation entre médecin et managers (Comerford et Abernethy, 1999 ; Vladek, 1984).

Ainsi, dans la logique de décloisonnement des activités, **la T2A appelle une réflexion commune entre les gestionnaires et les praticiens**. La finalité est d'associer le médecin à la gestion de l'établissement pour permettre une meilleure allocation des ressources (Cauvin et Coyaud, 1990) et de mettre en place des outils de pilotage médico-économiques afin d'assurer, au centre hospitalier, un bénéfice.

De nombreuses recherches (Guerin et al. 1997 ; Abernethy, 1996 ; Copur 1990) révèlent l'existence de conflits lorsque les spécialistes sont engagés dans un processus de contrôle budgétaire. Par conséquent, Abernethy et Stoelwinder (1990) proposent d'éviter la confrontation entre les spécialistes et le système de contrôle administratif, ce qui, de ce fait, va restreindre leurs champs d'actions.

Pourtant, les travaux d'Abernethy et Stoelwinder (1995) montrent qu'aujourd'hui la performance de l'hôpital passe par l'intégration des professionnels de santé dans le management de l'organisation en les impliquant au processus budgétaire. Ils ont une capacité à endosser les responsabilités de managers d'unités opérationnelles (Abernethy et Vagnoni, 2004). Les médecins managers sont appréciés puisqu'ils possèdent un potentiel pour poser les piliers de l'ère managériale à l'hôpital (Schneller et al. 1997): ils disposent de la compétence du monde médical dans le sens où ils maîtrisent ce langage, appartiennent à l'ordre des médecins et ils sont également sensibilisés aux exigences de pilotage associées aux contraintes de coûts (Dunham et al. 1994). Leur crédibilité est fondée sur leur expertise professionnelle mais aussi sur leur fonction de liaison entre médecin et organisation ; ils bénéficient ainsi d'une double légitimité, l'une associée au monde professionnel, l'autre associée au monde administratif (Hoff, 1999 ; Hafferty et Light, 1995). Cette double légitimité permet au médecin manager de devenir le lien, l'interface entre le monde médical et le monde administratif. Par conséquent, nommer à un poste de manager chef de pôle, un médecin, permet de rapprocher les deux mondes et d'intégrer dans le processus budgétaire les aspects de soins.

Néanmoins, pour les médecins endossant ces nouvelles responsabilités, le passage du statut de soignant à celui de manager engendre des difficultés, des doutes sur soi (Hoff, 1999). Des travaux (Hoff, 1999) ont montré que l'endossement de nouvelles responsabilités peut s'accompagner de réactions négatives de la part des collègues.

Il semble que cela soit contingent à divers facteurs. On peut citer tout d'abord le climat positif de travail (Mathieu et Zajac, 1990). Le climat de travail est primordial puisqu'il va déterminer la réussite ou l'échec de l'hybridation de la fonction de médecin.

De même, l'âge du médecin est un facteur important. Pour les hospitaliers plus anciens, le management est un cap ou un complément dans leur carrière (Hoff, 1999). Leur implication organisationnelle liée à cette nouvelle attribution s'accroît (Comeford et Abernethy, 1999). Montgomery (1992) démontre que leur implication professionnelle se transforme en implication organisationnelle. Cette évolution les conduit à adapter leur loyauté en fonction des nouvelles sources de récompenses qui sont données par l'organisation, les éloignant de leur profession (Wallace, 1995).

Enfin, le type et l'objet de l'organisation ont un impact sur l'implication du médecin manager. L'implication professionnelle et organisationnelle peuvent être fortement compatibles (Wallace, 1993). Dans les structures à but non lucratif, les médecins managers ne sont pas considérés comme étant en conflit avec les valeurs de la profession (Kuttner 1998 ; Lawrence et al. 1997). Ils peuvent ressentir de l'implication professionnelle et de l'implication organisationnelle si l'organisation propose des opportunités de développement et si les valeurs de l'organisation ne sont pas en conflits avec celles de la profession (Hoff, 2001).

En conséquence, les valeurs de l'organisation associées à une réorganisation des rôles et du pouvoir influencent l'implication de l'acteur de soins (Hackman et Oldman, 1980).

2.3. Des comportements d'adaptation observés

La mise en place de techniques de contrôles permet de mesurer la performance à partir de résultats comptables (Sinclair, 1995 ; Broadbent et Guthrie, 1992). Certains travaux menés dans le secteur hospitalier indiquent que l'introduction de techniques de mesure de performance basées sur les résultats comptables sont associés à des dysfonctionnements

(Schreyogg et al. 2006 ; Rosenberg et al. 2000). De part le fait que les ressources des établissements soient directement liées à l'activité qu'ils déclarent, de nombreuses recherches (Schreyogg et al. 2006 ; Silverman et Skinner, 2004; Rosenberg et al. 2000) ont identifié l'existence de surcodage.

Défini par Simborg (1981) comme un décalage volontaire et systématique dans les casemix reportés de l'hôpital, le surcodage permet d'augmenter le montant des remboursements espéré par l'hôpital. Les motifs de ces décalages proviennent soit de « caprices médicaux » soit de l'incertitude dans certains diagnostics. Toutes nuances mineures de diagnostic ou d'imprécision dans le libellé, peuvent avoir des effets financiers majeurs sur le remboursement des DRG.

En conséquence, il y a un maintien de l'asymétrie d'information dans le cadre de la théorie de l'agence (Fama et Jensen, 1976) entre l'hôpital, le médecin et la compagnie d'assurance maladie ou l'organisation gouvernementale responsable des remboursements.

Le département des soins américains estime qu'en 1996, le mauvais codage des actes médicaux représente 14% des remboursements. Silverman et Skinner (2004) précisent que le surcodage des activités intervient dans 25% des hôpitaux publics et 32% des hôpitaux privés. Ce détournement du système d'information génère un surcodage, une pratique de mauvais codage et classification de données du patient pour recevoir de plus forts remboursements (Lorence et Richards, 2002), générant un biais budgétaire, voire un slack budgétaire dans le sens de montant alloué à une division au delà de ce qui lui est nécessaire (Merchant, 1985).

Certaines variables influençant le surcodage sont mises en lumière. Tout d'abord, les caractéristiques du marché des soins montrent que lorsqu'il est fortement dominé par des structures à but lucratif, le surcodage des actes survient plus fréquemment que dans les marchés marqués par des structures à buts non lucratif (Silverman et Skinner, 2004). On comprend aisément que le contexte de compétition entre les établissements est à la source de ce dysfonctionnement.

Ensuite, la situation financière et la taille de l'hôpital ont également un impact sur le surcodage : le surcodage est fortement corrélé par le partage de profit. Les hôpitaux qui sont en situation financière favorable pratiquent davantage le surcodage (Silverman et Skinner, 2004). Toutefois ce constat soulève une interrogation : le surcodage est-il une conséquence

d'une bonne santé financière de l'organisation ou est-il facteur d'amélioration de la situation financière, rendant alors la relation entre ces deux variables plus complexe.

En outre, certains acteurs de l'organisation ont un impact sur le processus de surcodage. Dafny et Leemore (2005) montrent que les grands hôpitaux financent des formations pointues aux administratifs chargés du codage des actes leur permettant d'anticiper les opportunités du système. Aussi, la cotation n'est pas confiée aux médecins mais à des professionnels disposant d'une expertise dans le jeu de la cotation, d'une connaissance dans la manipulation des codes.

Enfin, la complexité du système de codage s'accompagne d'une ambiguïté des critères de classification. Dans une étude comparative, Steinbush et al. (2007) révèlent que les systèmes américain et australien peuvent être plus aisément biaisés que le système hollandais. Trois critères distinguent les deux systèmes.

Le premier critère concerne l'exhaustivité du système de codage. Les systèmes de codage américain ou australien sont moins exhaustifs que le système hollandais (559 codes pour les USA, 665 pour l'Australie, 29 000 pour la Hollande). En conséquence, plus le système de cotation est exhaustif, plus il est difficile de contourner le système en assimilant des codes et ainsi de mal coder.

Le second critère mis en lumière est temporel. Lorsque le codage intervient après la sortie du patient, comme c'est le cas aux Etats-Unis ou en Australie, il est plus aisé de surcoder. Lorsque le processus de codification débute dès la première visite avec un spécialiste, comme en Hollande, le suivi, et de ce fait le codage, du patient s'effectue dans tous les services qui ont participé aux traitements. Par conséquent, le changement de code est plus difficile dans ce dernier cas.

Le troisième critère observé est relatif à la récompense. Les spécialistes hollandais sont responsables du codage effectué, leur salaire dépend de leur activité. C'est pourquoi, ils seraient plus enclins à pratiquer le surcodage qu'aux Etats-Unis et Australie. Dans ces deux derniers pays, les médecins, salariés de l'hôpital n'auraient pas d'incitation directe personnelle au surcodage. Par conséquent, il semblerait que le surcodage révèle un comportement d'adaptation depuis l'introduction des DRG. Pour obtenir davantage de

ressources, les acteurs tendent à optimiser les déclarations de traitements via le système d'information.

En conséquence, les recherches indiquent que, depuis l'implantation des DRG comme mode de financement, des comportements de surcodage sont observés dans les hôpitaux. Ces recherches observent ce phénomène du point de vue organisationnel et financier mais n'étudient que très peu les acteurs à l'origine de ces comportements ainsi que ses processus.

CONCLUSION DE LA SECTION 2

Dans cette section, nous avons pu observer les évolutions progressives du mode de financement de l'hôpital : prix à la journée, système de dotation globale afin de limiter les risques inflationnistes. Critiqué pour son manque de transparence, ce système est remplacé par la tarification à l'activité.

L'introduction de la T2A, avec le PMSI, permet une allocation des ressources en fonction de la production de l'organisation. Ainsi les hôpitaux sont remboursés en fonction de leur niveau d'activité, permettant, théoriquement, de procéder à des comparaisons entre les établissements. Cependant, ce système comporte des limites. En premier lieu, les bases de la tarification entre les secteurs privés et publics ne sont pas identiques. En second lieu, ce système de tarification introduit le secteur public dans un système de quasi-marché. De plus, avant son entrée en vigueur totale à 100% en 2008, des risques de dérives ont été soulignés (sélection de patients, risque d'inflation des soins). Ce sujet peu étudié en France, a fait l'objet de nombreuses recherches dans les pays anglo-saxons. L'existence de dysfonctionnements ou de stratégies opportunistes dans le secteur de la santé ont été mises en lumière suite à l'introduction des DRG.

Par conséquent, il paraît pertinent de s'intéresser à l'impact de la T2A y compris ses éventuels dysfonctionnements.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Ce chapitre a permis de présenter notre secteur d'étude en exposant les modifications majeures qu'il connaît depuis ces dernières années. Marqué par des changements organisationnels et financiers, l'hôpital public français semble s'aligner sur les modèles anglo-saxons et, de ce fait, est soumis à de nouvelles contraintes : s'intégrer dans un quasi-marché de soins où le contrôle s'effectue par les prix tout en combinant une mission de service public.

Nous avons observé que l'hôpital était un acteur particulier dans la cité. En assurant une mission de service public, il garantit un accès permanent aux soins de manière équitable, tout en assurant des activités de recherches et d'enseignements.

Nous avons également exposé que des changements organisationnels étaient en œuvre, pouvant, ainsi, faire évoluer la distribution des rôles et des pouvoirs des acteurs au sein d'une bureaucratie professionnelle.

Tout d'abord, en attribuant la définition de la politique et de la stratégie au directeur de l'hôpital, les cadres administratifs disposent de prérogatives supplémentaires dans le management de l'organisation. De plus, le découpage de l'hôpital, en pôle d'activités disposant de délégation de pouvoir, accentue, en faveur des administratifs, cette nouvelle répartition des pouvoirs. En couplant un médecin, le praticien responsable de pôle et un cadre administratif à la direction de ces unités, **l'ère professionnelle laisse la place à l'ère de la gestion et du management.**

Cette nouvelle réorganisation est appuyée par un nouveau mode de financement, la tarification à l'activité. Associer l'activité produite par l'hôpital et plus particulièrement les pôles, aux ressources qui leur seront reversées conduit à introduire un lien entre la performance chiffrée mesurée par l'activité et les ressources allouées. Chaque pôle est financé en fonction de l'activité qu'il a produite.

Ceci pourrait être les **prémises de la création d'unités indépendantes** au sein de l'institution hospitalière voire à terme l'émergence de centres de profits.

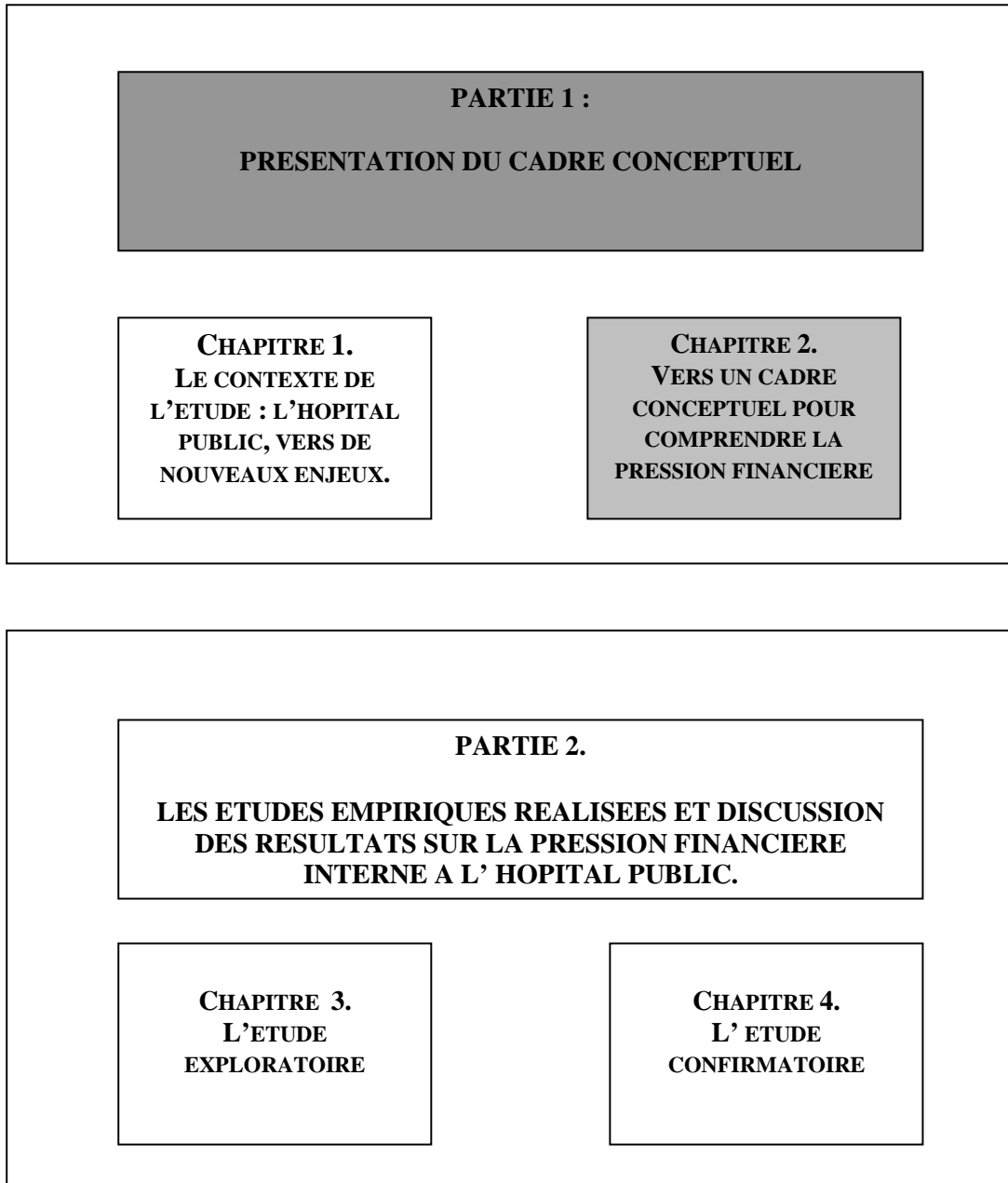
Par conséquent, comme le souligne Naro (2010), l'introduction de la T2A semble introduire un mode de contrôle par les résultats basé sur la mesure comptable et financière de l'activité. C'est pourquoi, il paraît pertinent, dans la littérature du contrôle de gestion, d'orienter ce

travail doctoral vers les modes de contrôles existants et, plus particulièrement, sur le contrôle par les résultats. Nous envisagerons ainsi, dans le second chapitre, les concepts de contrôle et de dépendance à la mesure comptable de la performance.

CHAPITRE 2.

VERS UN CADRE CONCEPTUEL POUR COMPRENDRE LA PRESSION FINANCIERE

Figure 10 : Structure Générale de la Thèse



L'introduction de la tarification à l'activité et la réorganisation interne de l'institution hospitalière ont pour objectifs d'orienter cette dernière vers plus de performance.

En effet, l'hôpital est dorénavant divisé en pôles d'activités, dirigés conjointement par un cadre administratif et un médecin. Intégrer le médecin au processus budgétaire permettrait de réduire les tensions liées au managérialisme de l'institution (Abernethy et Stoelwinder, 1995).

Par ailleurs l'allocation des ressources par la dotation globale est remplacée par l'activité produite par l'hôpital et ses pôles. Ainsi, la T2A introduit un lien direct entre les ressources perçues et l'activité déclarée via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. En conséquence, un contrôle comptable de l'activité semble être introduit au travers de l'utilisation de données chiffrées, représentées par les Groupes Homogènes de Séjours. Ce contrôle s'effectue sur les tâches médicales qui sont, par définition, des tâches complexes et difficilement mesurables (Comeford et Abernethy, 1999 ; Abernethy et Stoelwinder, 1995). Or, dans une organisation bureaucratique professionnelle, le contrôle des tâches est traditionnellement exercé par les pairs, qualifié de clanique (Ouchi, 1979).

Dès lors, la mise en œuvre d'un contrôle de l'activité par des mesures comptables et financières mettrait l'accent sur un autre mode de contrôle organisationnel au sein de l'hôpital. Deux systèmes de contrôle peuvent coexister : le contrôle professionnel et le contrôle par l'activité.

Le fait de corréliser les recettes obtenues à l'activité produite introduit un lien de dépendance direct entre les ressources perçues et la production déclarée. Aussi, mobiliser le cadre conceptuel de la dépendance à la mesure comptable de la performance (*Reliance on Accounting Performance Measures ou RAPM*) semble pertinent. En effet, l'émergence d'une logique financière pour l'organisation peut engendrer des pressions financières sur les médecins et des tensions au travail ainsi que des dysfonctionnements.

L'objectif de notre recherche est d'étudier les liens entre les mesures comptables de la performance et les attitudes et les comportements. Notre travail se situe donc dans le courant de la recherche en comptabilité comportementale (« Behavioral Accounting Research »).

L'objet de ce chapitre est de présenter les cadres théoriques sur lesquels notre recherche d'appuie à savoir, les modes de contrôles et le RAPM.

La première partie sera consacrée aux modes de contrôles organisationnels qui coexistent dans l'organisation hospitalière. Puis, dans la seconde partie, nous présenterons le concept de RAPM et ses effets sur les attitudes et comportements au travail.

SECTION 1. LES MODES DE CONTROLES ORGANISATIONNELS A L'HOPITAL

Dans une organisation professionnelle, telle que l'hôpital, le mode de contrôle qui prédomine est le contrôle par les pairs ou le contrôle clanique (Abernethy et Stoelwinder, 1995 ; Aidemark, 2001 ; Ouchi, 1979).

Or, les législations récentes en France, comme nous l'avons précédemment évoqué, instaurent de nouvelles organisations et de nouveaux modes de financements. Il convient donc de se demander si ces nouvelles mesures ne vont pas s'accompagner de nouveaux modes de contrôles. En effet, comme le souligne Modell (2004), les réformes des institutions publiques se concentrent sur la mise en place d'indicateurs de performance pour l'organisation. Ces indicateurs quantitatifs ont pour objectif d'orienter l'organisation publique vers un **meilleur pilotage des ressources**.

En conséquence, il semblerait que l'introduction de ces données comptables modifie le mode de contrôle dans le secteur non marchand : le contrôle par les résultats tend à s'implanter dans les organisations bureaucratiques professionnelles et plus précisément dans l'hôpital public.

Nous verrons, ainsi, dans une première partie que l'hôpital est profondément marqué par l'exercice d'un contrôle clanique, puis, dans une seconde partie nous nous demanderons si cette organisation ne se dirige pas vers un **contrôle par les résultats financiers**.

1. LES MODES DE CONTROLES ORGANISATIONNELS : LA PREDOMINANCE DU CONTROLE CLANIQUE A L'HOPITAL

Avant de présenter une typologie des modes de contrôles organisationnels à l'hôpital, il convient de définir ce qu'est le contrôle de gestion.

1.1. Vers une définition du contrôle de gestion à l'hôpital

Le terme contrôle provient de l'ancien français *contre-rôle*, signifiant registre tenu en double. Une première signification est la vérification, l'inspection attentive de la régularité d'un acte et la validité d'une pièce. Une seconde est l'action de contrôler, de surveiller quelqu'un et/ou quelque chose, de procéder à un examen minutieux.

Ainsi, selon cette définition, il s'agit d'examiner une personne ou une activité, ou une tâche. Dans un contexte hospitalier, nous avons précédemment énoncé, que les acteurs de soins disposaient de fortes valeurs communes. En suivant un processus de socialisation, ils sont soumis aux règles de leur profession et, de ce fait, acceptent d'être évalué par leurs pairs (Baszanger, 1981).

C'est pourquoi, nous pourrions définir le **contrôle à l'hôpital comme un système de régulation des comportements de l'homme au sein d'une organisation** (Burlaud et Simon, 1997).

Le contrôle est subordonné à l'existence d'objectifs prédéterminés qui doivent être transmis : le contrôle doit ainsi être finalisé. Burlaud et Simon (1997), précisent qu'il s'agit d'un langage. Ce dernier est chargé des représentations de ses acteurs (Rocher, 1970) et permet d'unifier les préoccupations et comportements des membres de l'organisation.

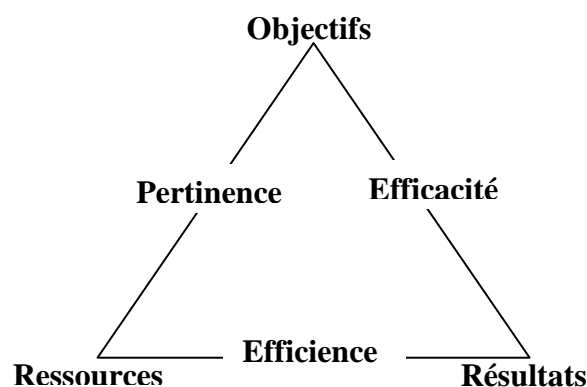
Cette définition du contrôle semble correspondre à cette organisation professionnelle puisqu'elle n'est pas réductrice sur la nature des objectifs. En effet, elle ne se limite pas à des objectifs chiffrés, elle peut également s'appliquer à des objectifs qualitatifs, de soins, à condition que ces derniers soient prédéterminés.

De plus, en indiquant que le contrôle est également un langage, elle montre une unification des membres de l'organisation. Les médecins, par un processus de socialisation, partagent un langage qui leur est propre (Hall, 1973).

Enfin, en ne précisant pas la manière dont les objectifs sont prédéterminés et transmis, elle permet d'envisager des modes de communications divers. Les travaux indiquent que la communication entre les médecins est très souvent informelle (Orlikowski, 1991). Donc, ne pas réduire les modes de transmissions des objectifs à des modes formels permet d'envisager cette définition du contrôle au sein de l'hôpital public.

En outre, le contrôle dans une organisation professionnelle ne peut exister sans objectifs. Le contrôle de gestion, « ne peut se comprendre que dans une entreprise finalisée, une entreprise qui a des buts et dans laquelle un processus de fixation d'objectifs (on parle parfois de contractualisation dans le secteur public) a été mis en place au niveau des individus » (Pesqueux, 2000, p.5).

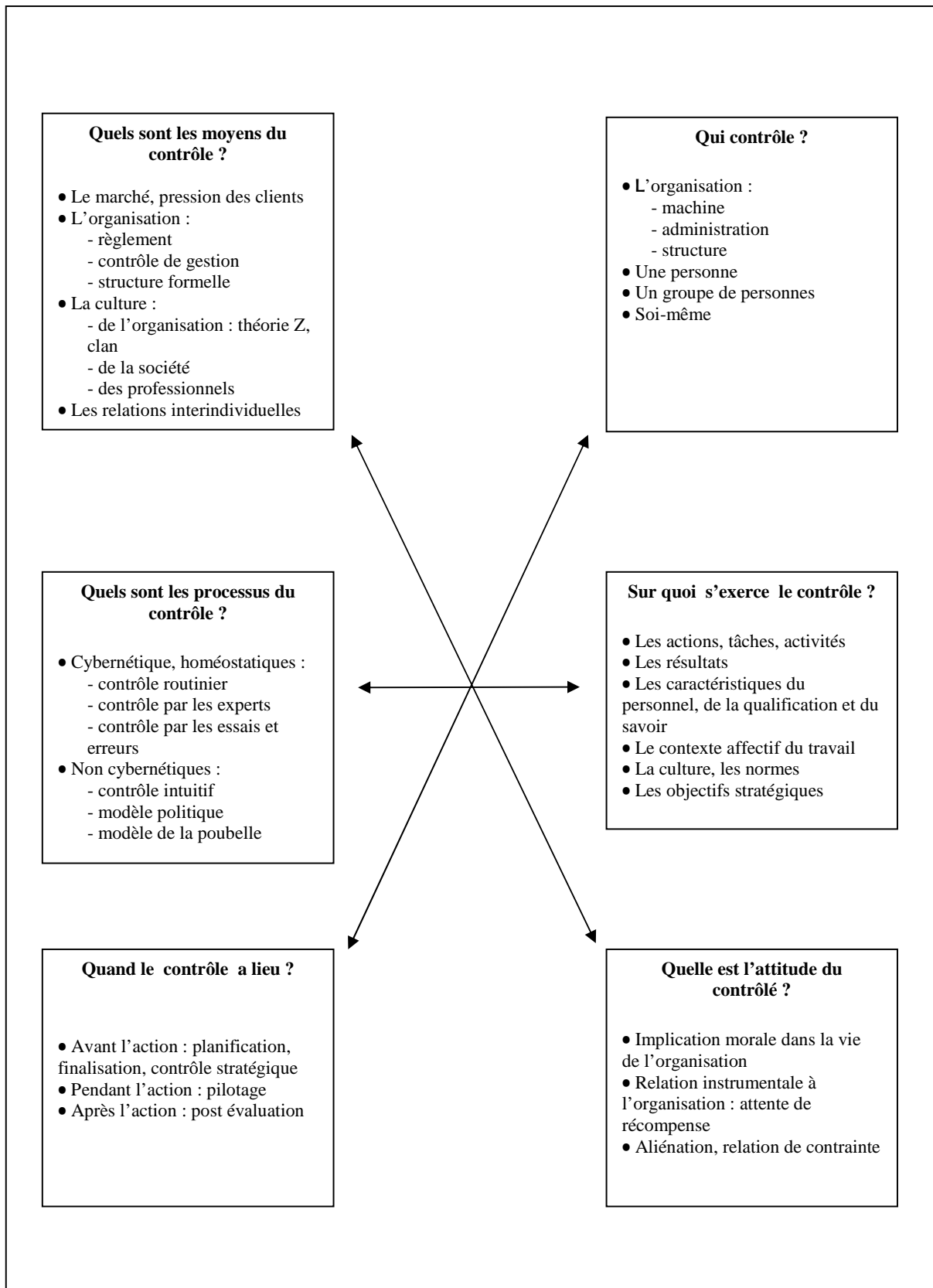
Figure 11 : Le triangle du contrôle de gestion (Pesqueux, 2000).



Enfin, le contrôle peut être représenté (Figure 12) en fonction de sa source, de son objet, des réactions au contrôle, du moment du contrôle, de son processus et de ses moyens (Chiapello, 1996).

On peut ainsi se rendre compte qu'il n'existe pas qu'un seul mode de contrôle dans une organisation. Plusieurs modes de contrôles peuvent coexister.

Figure 12 : Les six dimensions du contrôle (Chiappello, 1996)



Le secteur non marchand (hôpitaux, les universités, mutuelles, associations, collectivités territoriales, société d'économie mixte ou encore coopératives) a pour objectif premier de fournir des prestations aux usagers en tenant compte des contraintes économiques.

Deux éléments principaux permettent de distinguer les organisations du secteur non marchand des organisations du secteur marchand.

Tout d'abord les organisations du secteur marchand n'ont pas de but lucratif : leur objectif n'est pas de réaliser du profit pour le distribuer aux actionnaires. Ensuite, elles sont caractérisées par la multiplicité des parties prenantes (Sponem et Chatelain-Ponroy, 2010).

Aussi, ce secteur présente des modes de contrôles particuliers qu'il convient d'exposer.

1.2. Les modes de contrôles organisationnels à l'hôpital

La littérature (Burlaud et al. 2004 ; Burlaud et Simon, 1997 ; Merchant, 1985 ; Ouchi, 1979) propose différentes typologies du contrôle. Ces typologies sont, par exemple, basées sur la connaissance du processus de transformation (Ouchi, 1979).

Dans la typologie proposée par Ouchi (1979), deux critères sont envisagés pour classer les modes de contrôles :

- la capacité à mesurer les résultats sur les dimensions importantes de la performance ;
- la connaissance des actions nécessaires au processus de transformation.

1.2.1. Un contrôle par la profession ou le clan.

Identifié par Ouchi (1982), il peut s'apparenter à une forme de culture particulière : celle de la profession. On le retrouve traditionnellement dans un corps professionnel, autonome ou indépendant parallèle aux règles de l'organisation.

Aussi, ce mode de contrôle se retrouve chez les médecins, ou encore chez les chercheurs, toute profession disposant de codes de déontologie ou codes d'éthique.

Par un processus de socialisation, les professionnels sont « endoctrinés », en dehors de tout mode de contrôle formel et sont membres d'un groupe qui partage des valeurs identiques (Ouchi, 1979).

Par ailleurs, ce mode de contrôle apparaît lorsque les professionnels disposent de connaissances et d'expériences dans la réalisation de tâches complexes, et sont contrôlés par des contrôles sociaux imposés par les membres de la profession (Orlikowski, 1991).

Le contrôle clanique apparaît lorsque deux difficultés se présentent simultanément (Bouquin, 1994) :

- la connaissance du processus de production ;
- la possibilité de mesurer les résultats.

Comme le précise Abernethy et Stoelwinder, (1995) l'individu gagne en autonomie lorsqu'en tant que professionnel, il devient un expert dans les processus clés de production.

Par conséquent, le travail accompli ne peut être contrôlé que par les pairs (Mintzberg, 1989) et les contrôles administratifs ne peuvent intervenir dans l'appréciation du travail effectué.

Le contrôle clanique entre en jeu quand le contrôle de gestion, en tant que tel, ne dispose pas de connaissances suffisantes sur le processus de production des soins ou encore sur le choix d'un investissement médical.

1.2.2. Le contrôle par les règlements et procédures ou les comportements

Il constitue un des traits dominants des organisations bureaucratiques, il correspond à un pilotage automatique. On le retrouve au sein du service public et dans certains types d'organisation où le jugement est caractérisé par la création de règles ce qui permet de limiter l'arbitraire. Ce contrôle peut également être utilisé afin de réduire les erreurs ou les tentatives de fraudes. En formalisant le savoir faire, il permet à l'organisation d'accumuler des connaissances. La rédaction de normes et processus permet également des substitutions entre le personnel et ainsi d'assurer une forme de flexibilité par la transmission.

Pour Lorino (1995), ce contrôle a comme limite le fait qu'il ne se concentre pas sur l'action mais davantage sur les procédures aux termes desquelles l'acteur définit le contenu de son action. De plus, la mise en place de règles peut freiner l'adaptation rapide, la flexibilité nécessaire dans le cadre d'un environnement hyper compétitif.

1.2.3. Un contrôle par le marché ou les résultats

Il est bâti sur un découpage de l'entreprise en différentes entités autonomes qui ont leur propre compte de résultat et d'exploitation. Il s'agit ainsi d'unités qui disposent d'un degré d'autonomie leur permettant de décider où s'approvisionner (en interne ou en externe). De ce fait, le manager a un rôle simple : celui de trouver les meilleures opportunités pour diminuer ses coûts. Ce contrôle privilégie le mécanisme de régulation par les prix.

Quelques limites (Burlaud et al. 2004, Burlaud et Simon, 1997) existent dans le contrôle par le marché. Tout d'abord, une perspective stratégique à long terme dans le domaine industriel ou commercial paraît difficile car la structure peut conserver des filiales déficitaires en attendant un avantage ultérieur à venir. De plus, les contraintes de marché peuvent aller à l'encontre de l'effet d'expérience permettant des gains de productivité.

Tableau 4 : Les modèles de contrôles (Ouchi, 1979)

		Connaissance du processus de transformation	
		Parfaite	Imparfaite
Possibilité de mesurer les résultats	Bonne	Contrôle des comportements ou des résultats	Contrôle des résultats
	Mauvaise	Contrôle des comportements	Contrôle clanique

En conclusion, selon la typologie d'Ouchi (1979), au sein de l'hôpital, deux modes principaux de contrôles coexistent (Mintzberg, 1989): le contrôle par les règlements, associé à la bureaucratie mécaniste et le contrôle clanique ou professionnel.

Les procédures permettent une organisation des tâches assurant un contrôle par les règlements. En outre, le travail est hautement qualifié, ce qui nécessite un degré d'autonomie et de compétence. Seuls les professionnels disposant de la même expertise peuvent le contrôler. Cependant certains travaux (Propper et al. 2004 ; Kuranmäki, 1999) indiquent que le contrôle par le marché s'installe comme mode de contrôle de l'hôpital.

Par conséquent, la logique financière deviendrait prédominante dans ces organisations.

2. LES MODES DE CONTROLES ORGANISATIONNELS : **L'EMERGENCE DU CONTROLE PAR LES RESULTATS** **FINANCIERS A L'HOPITAL**

Soumise à des contraintes de rationalisation de dépenses et de financements, les organisations publiques développent des indicateurs quantitatifs de pilotage de l'organisation. La logique économique s'introduit dans une organisation marquée par un contrôle clanique.

Aussi, nous exposerons dans une première partie les outils pouvant être utilisés dans le contrôle puis nous verrons que la T2A conduit l'hôpital à un contrôle par les résultats financiers.

2.1. Vers le contrôle par les résultats comme outil de contrôle des comportements

Nous avons éclairé les différents modes de contrôles rencontrés à l'hôpital. Toutefois, ces modes de contrôles ne précisent pas la manière dont il est exercé. Aussi, Merchant (1982) propose une typologie (Tableau 5) des outils de contrôle en fonction de l'objet du contrôle.

Tableau 5 : La classification des outils de contrôle (Merchant, 1982)

Objet du contrôle		
Actions	Résultats	Personnel
Contrôle du comportement - physique : serrures, surveillants - administratif : séparation de fonctions	Responsabilité des résultats - standards - budgets - management par objectifs	Niveau de compétence - sélection - formation - attributions
Responsabilité de l'action - règles de travail - procédures - codes de conduites		
Révision « Preaction » - supervision directe - limites validées - révision du budget		

Le contrôle peut se concentrer soit sur des actions précises soit sur le personnel soit sur les résultats.

Le contrôle sur des actions spécifiques tente de vérifier que les individus sont performants ou non dans les actions qu'ils savent favorables (ou non) pour l'organisation.

Merchant (1982) distingue trois catégories d'actions :

- les actions indésirables qui peuvent être contrées par la sanction ou par la force. Ainsi, il est difficile pour un individu de dépasser les limites fixées ;
- les actions dont l'acteur a la responsabilité : ce mode de contrôle fonctionne par feedback. Il présuppose que les comportements acceptables ont été délimités par des procédures ou code de bonne conduite, le suivi des comportements des employés et la mise en place d'un système de sanctions- récompenses si l'employé a dévié des règles préétablies. Ce système n'est efficace que si l'employé sait ce qu'on attend de lui ;
- « Preaction review » que l'on peut traduire comme un contrôle continu: cela consiste à contrôler les tâches des autres salariés avant que l'activité ne soit totalement terminée. Ces actions permettent une réaction plus ajustée en fonction des erreurs sans atteindre la fin de l'activité.

Un autre mode de contrôle est celui du personnel.

Il s'agit de créer un lien entre le personnel et l'organisation, de créer un esprit de famille dans le groupe de travail. Plus précisément, le personnel doit être soutenu, si besoin est, dans l'accomplissement de ce qui est favorable à l'organisation. Ce mode de contrôle est possible si les salariés à des postes clés ont le même niveau de compétence. Pour ce faire, l'entreprise peut mettre en place un système de formation. La qualité de la communication est également un facteur important car les salariés doivent savoir ce qui est attendu d'eux. Enfin, le contrôle par les pairs est encouragé par le travail en commun et la cohésion.

Le dernier mode de contrôle proposé par Merchant (1982) est celui des résultats.

Par définition, le résultat correspond à ce qui est attendu, il résulte d'une réalisation concrète. Il ne se limite pas à l'aspect comptable. Merchant (1982) adopte une vision large du résultat que ce soit l'efficacité de l'action, son efficience ou encore la qualité.

Cela présuppose une définition de ce qui est attendu, puis une mesure de la performance et enfin un système de sanction ou récompense en cas d'atteinte, ou non, du résultat.

Ce système ne peut réellement fonctionner que si les attentes sont claires d'une part et d'autre part, si les individus se sentent reconnus dans leur travail grâce à un système de récompense juste.

Ce dernier mode de contrôle est bâti sur trois hypothèses (Chatelain- Sponem, 2010) :

- une organisation divisée en centre de responsabilité. L'organisation en sous division va permettre de spécifier pour chaque centre les objectifs à atteindre et ainsi lever toute ambiguïté concernant le pouvoir attribué à chaque responsable ;
- un responsable pouvant fixer des objectifs de performance. Cette hypothèse s'appuie sur la théorie des relations humaines au terme de laquelle l'environnement de travail peut avoir un impact sur la performance et la productivité au travail ;
- l'existence d'un contrôle sur le processus. Il faut déterminer quantitativement les résultats espérés mais aussi être capable de les mesurer.

Enfin, le contrôle par les résultats rejoint la vision cybernétique du contrôle en quatre étapes (Anthony, 1981).

En premier lieu un standard de performance doit être défini.

Par la suite un moyen de détection doit identifier ce qui se passe au sein de l'organisation et permettre de relayer l'information au contrôle de gestion, puis une comparaison entre le standard et l'information est effectuée.

Si un écart est constaté, des actions correctives sont prises et transférées à l'unité.

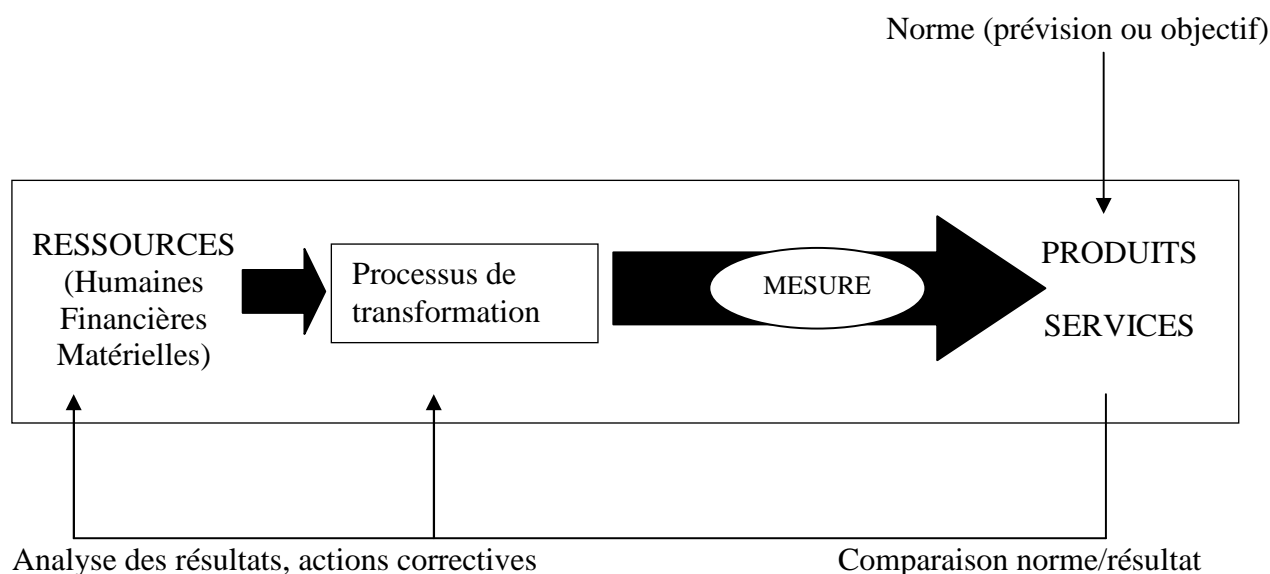
Le contrôle par les résultats est, par conséquent, un contrôle a posteriori permettant le pilotage de l'organisation.

L'exemple le plus souvent cité est celui du thermostat contrôlant la température d'une chambre.

Anthony (1981) explique que le thermostat a déjà une température définie, souhaitée, fixée pour la chambre. Il va en fonction des informations qu'il reçoit, qui sont ici, la température réelle de la pièce, ajuster la température de la chambre en allumant ou déclenchant le chauffage.

La gestion par résultat va alors mettre en évidence les différences entre les objectifs fixés et le niveau d'activité afin de mettre en œuvre des mesures correctives.

Figure 13. Le modèle cybernétique (Hofstede, 1978)



Par ailleurs, si le contrôle par les résultats implique des hypothèses sous-jacentes, on ne peut occulter le fait qu'une mesure comptable et financière n'a d'impact et de pouvoir que si elle présente quatre caractéristiques (Vancil, 1979) :

- la mesure ne doit pas être remise en cause en tant que mesure car elle permet de suivre le flux monétaire ;
- elle doit permettre des comparaisons et, de ce fait, elle doit pouvoir agréger l'ensemble des informations comptables et financières de l'activité ;
- elle doit être présente dans toutes les organisations afin de proposer une mesure de la performance et devenir un outil de management ;
- elle doit être adaptée à l'organisation et à la nature des activités qui y sont développées.

En conclusion nous pouvons retrouver certains des traits du contrôle par les résultats au sein de l'institution hospitalière publique :

- **l'hôpital est divisé en pôles d'activités disposant d'une autonomie de gestion ;**
- **les objectifs de performance sont établis en fonction du montant de financement souhaité et donc du niveau d'activité à atteindre ;**
- **la mesure de l'activité s'effectue par le PMSI ;**
- **un système de sanction et récompense est mis en place dans les pôles puisqu'ils sont financés en fonction du montant de l'activité qu'ils déclarent réaliser. En**

d'autres termes, si les objectifs sont atteints ou dépassés, ils perçoivent théoriquement des ressources supplémentaires pour le pôle, en cas contraire, leur enveloppe est diminuée.

Ainsi, les hypothèses permettant l'exercice d'un contrôle par les résultats à l'hôpital sont validées.

2.2. L'hôpital vers une logique de contrôle par les résultats financiers de la tâche médicale

S'inspirant des réformes anglo-saxonnes menées dès les années 1980 au sein des administrations publiques, la France introduit la LOLF afin de mettre en place une culture de la performance. Elle s'inscrit ainsi, comme la Nouvelle Zélande, les Etats-Unis, la Grande Bretagne, l'Australie et pays scandinaves, dans un courant de réformes nommé « New Public Management (NPM) ».

Les administrations publiques doivent réunir deux logiques complémentaires : des méthodes d'organisation du système privé et l'orientation vers plus d'efficience et d'efficacité (Hood, 1991, 1995).

Hood (1991, 1995) met en lumière les diverses composantes de la nouvelle gouvernance publique:

- la création d'unités décentralisées, organisés pouvant être dirigées ;
- une orientation vers le contrôle des résultats ;
- l'introduction d'une logique de marché et de ce fait d'une compétition entre les organisations ;
- un recours aux outils managériaux du secteur privé ;
- une gestion des ressources orientée vers la rigueur et l'efficience ;
- une professionnalisation des acteurs de gestion disposant de plus d'autonomie et de responsabilités ;
- la mise en œuvre de standards et d'indicateurs de mesure de performance explicites.

C'est pourquoi, le NPM préconise de concentrer le pilotage des politiques sur les outputs (résultats) ou les produits, en optimisant la productivité des processus administratifs.

De ce fait, le **contrôle a priori fait place à un contrôle a posteriori**, où l'objectif est de « substituer à l'inefficience mais aussi à la certitude relative du contrôle, de la régularité et de la légalité de chaque opération, l'efficience plus grande et l'incertitude relative de la vérification du bon fonctionnement du système » (OCDE, 2005, p.12)¹⁰. Ceci indique que dans les organisations publiques et plus précisément à l'hôpital, les logiques de résultats se substituent aux logiques de moyens (Inglebert, 2005).

Dans une perspective d'efficience et de contrôlabilité des résultats, l'introduction de la T2A permet aux instances managériales de mesurer une activité de service exercée par les médecins à l'hôpital public.

En effet, à l'aide du **PMSI**, où sont recensés les différents actes médicaux, **le contrôle de gestion peut disposer d'informations quantifiées assurant la mesure d'une activité que les administratifs connaissent mal** car ils ne disposent pas de l'expertise nécessaire.

Par ailleurs, en couplant l'attribution des ressources au PMSI, l'Etat rembourse l'hôpital à hauteur de la production financière déclarée. Il ne se base pas sur les dépenses engendrées mais bien sur la base d'un prix fixé et calculé pour chaque acte médical.

Ainsi, le produit financier issu de l'activité déclarée mesure la performance de l'organisation hospitalière. Ce produit va fournir les recettes pour l'année suivante et donc, **la T2A est un outil qui permet d'introduire un contrôle par les résultats financiers.**

CONCLUSION DE LA SECTION 1

Dans cette section nous avons exposé les différents modes de contrôles qui pouvaient coexister au sein de l'organisation. Nous avons également constaté que la littérature décrit l'organisation hospitalière comme une organisation professionnelle où le contrôle par les pairs est prédominant. En outre, dans une logique de New Public Management, les organisations publiques mettent davantage l'accent sur des données comptables afin de piloter leur organisation.

Par ailleurs, nous avons démontré que toutes les conditions étaient réunies pour l'exercice d'un contrôle par les résultats.

¹⁰ Rapport de l'OCDE « Moderniser l'état, la route à suivre », éditions OCDE, 2005, Paris ; 265p.

Nous souhaitons apporter ici une précision. Si Naro (2010) parle bien de contrôle par les résultats, il n'en demeure pas moins qu'un résultat peut être de différentes natures.

Or la T2A, en mesurant l'activité par le PMSI, introduit bien un volet financier dans la mesure de la performance.

En conséquence, nous pensons qu'il s'agit d'**un contrôle par les résultats financiers**.

Une littérature riche en contrôle de gestion s'est intéressée aux effets du contrôle des résultats. Regroupés sous le label de « Reliance on Accounting Performance Measures (RAPM) », les travaux de ce courant de recherche se sont révélés très dynamiques entre les années 1972 et 2000. A partir de 2000, de nombreuses critiques ont émergé.

En nous intéressant aux impacts de l'introduction de la T2A, il nous paraît pertinent de mobiliser le concept de Reliance on Accounting Performance Measures (RAPM).

SECTION 2. LES EFFETS DU CONTROLE DES RESULTATS : LE RAPM

Le courant de recherche nommé RAPM « Reliance on Accounting Performance Measures », littéralement la **dépendance à la mesure comptable de la performance**, regroupe un nombre conséquent de travaux. Selon Brownell et Dunk (1991), il est un courant de recherche qui constitue la seule masse critique organisée de travaux empiriques en comptabilité de gestion jusqu'à présent. Il a acquis selon Hartmann (2000) une position particulière à la fois par la quantité des travaux menés sur le concept (Kren et Liao, 1998), par son approche contingente que par ses liens avec d'autres axes de recherche en comptabilité de gestion notamment la participation budgétaire ou encore le slack budgétaire (Chapman 1997).

Cependant des recherches récentes révèlent ses faiblesses conceptuelles (Hartmann, 2000) et méthodologiques (Otley et Fakiolas, 2000). De nouvelles opportunités vont être proposées ouvrant le champ de la recherche à la fois sur la pertinence à utiliser l'outil de mesures comptable de la performance mais également sur l'aspect multidimensionnel de ce concept (Hartmann, 2007).

Cette section expose tout d'abord, le concept du RAPM, son opérationnalisation et les critiques émises par la littérature. La seconde partie sera consacrée aux effets du RAPM sur les attitudes et les comportements au travail.

1. LE RAPM : DEFINITIONS ET MESURES AMBIGUËS

Bien que Chapman (1997) fixe le point d'ancrage des travaux concernant le RAPM aux recherches d'Hopwood (1972) sur le mode d'utilisation des budgets, il semble que, comme l'a souligné Hartmann (2000), le point de départ des recherches sur le RAPM débute lorsque l'implication humaine dans les budgets reçoit un intérêt académique.

Par la suite, un grand nombre de recherches vont être menées en se centrant davantage sur les techniques de traitements de données que sur le concept en lui-même. C'est pourquoi, à terme, les **chercheurs s'interrogent sur la définition du RAPM.**

1.1. Le RAPM : un concept aux contours flous

Nous allons successivement exposer les principaux contours de ce concept. Nous parlons de contours, car, encore mal défini, le RAPM a été abordé par la littérature soit comme une pression budgétaire, soit comme un style de management. Aussi, de nombreuses critiques peuvent être soulevées.

1.1.1 Le RAPM : une pression budgétaire

Dans *The impact of budget of people*, Argyris (1952) révèle, lors d'une étude exploratoire menée auprès d'opérationnels et de comptables de quatre entreprises de production, l'existence de dysfonctionnements de comportements.

Ses résultats sont multiples. Il montre tout d'abord que les budgets peuvent être utilisés comme **moyen de pression**, comme source de motivation, comme moyen pour isoler un problème et comme base pour engendrer des améliorations.

Il constate également que certains problèmes peuvent faire suite à l'utilisation des budgets : les contrôleurs de gestion pensent réaliser avec succès leur travail lorsqu'ils mettent en lumière les erreurs réalisées par les opérationnels. De ce fait, les responsables d'unités ont

tendance à se concentrer uniquement sur les problèmes et les résultats de leur unité sans tenir compte des autres départements.

Aussi, un sentiment de **pression budgétaire peut apparaître**. Ce dernier est lié à trois facteurs :

- la tendance des supérieurs hiérarchiques à mettre l'accent sur la nécessité d'atteindre les objectifs budgétaires en « harcelant » de manière continue ;
- la fixation d'objectifs budgétaires plus hauts que ceux précédemment atteints ;
- la difficulté ressentie de justifier les raisons des écarts entre les réalisations budgétaires et les objectifs lorsque ces derniers ne sont pas atteints. Cette difficulté est fortement ressentie, les budgets étant perçus comme des documents figés voire rigides.

Des indices convergents sont trouvés dans l'ouvrage *The Game of Budget Control* d'Hofstede (1968). Son étude exploratoire, basée à la fois sur des entretiens semi-directifs et sur l'étude de documents auprès de 6 usines manufacturières, confirme que le style de direction peut générer des pressions. L'examen des différents aspects de la communication budgétaire entre supérieur et subordonné sur la pression lui permet d'identifier trois caractères dans le style de direction :

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

Il découvre que les managers des départements qui associent le budget à un jeu, voient la satisfaction et la motivation à atteindre les objectifs budgétaires augmenter et ce, malgré l'accroissement de la pression.

Il souligne le fait que la pression peut avoir des effets bénéfiques mais aussi négatifs (anxiété, stress, sentiment d'échec, conflits interpersonnels, absentéisme). Il suggère ainsi que les qualités de leadership du manager dans l'appréhension des budgets ont un impact positif sur les comportements.

L'étude d'Hofstede (1968) suggère également que lorsque l'accent est mis sur le budget (« Budget emphasis ») cela **accroît simultanément la motivation** à atteindre les objectifs budgétaires **mais aussi la pression**.

Certaines recherches, peu exploitées, examinent la relation entre pression budgétaire et style de leadership (DeCoster et Fertakis, 1968). En se basant sur les études de White et Lippitt

(1960) ils vont tester les liens entre la pression budgétaire ressentie et la manière d'utiliser le budget dans deux cas, d'une part, une structure rigide avec absence de participation et d'autre part, un cadre où la participation est possible. **Ils constatent que la pression budgétaire est corrélée à un mode de leadership utilisant le budget de façon rigide.**

La recherche de Besson et al. (2004) apporte des éclaircissements sur le concept de RAPM.

Cet article indique que:

- la pression budgétaire est un phénomène continu ;
- lorsque les objectifs budgétaires sont difficiles à atteindre, la pression budgétaire est fortement perçue ;
- la pression budgétaire est en fonction d'un système de récompenses et du degré de difficulté à atteindre des objectifs ;
- la pression budgétaire peut être aussi bien collective qu'individuelle ;
- la pression budgétaire crée du slack et oriente les décisions vers le court terme ;
- la participation budgétaire permet d'atténuer la pression budgétaire perçue.

Ainsi si une partie des travaux perçoivent le RAPM comme une pression budgétaire, d'autres chercheurs vont orienter leurs recherches vers un style de leadership.

1.1.2. Le RAPM, un style de management

Les travaux d'Argyris (1952) indiquent également que le budget peut être un moyen utilisé par le supérieur pour exprimer son mode de management. Le budget, moyen d'expression du leader, traduit son dessein et ses croyances : les salariés, par définition sont peu enclins à faire leur possible dans la réalisation de leur travail. Seule l'introduction d'une contrainte peut améliorer leur performance.

Par conséquent, les travaux sur le RAPM, comme style de management, voient ce concept à la fois comme une typologie des styles de direction (Hopwood, 1972), mais également comme un continuum (Otley, 1978).

1.1.2.1. L'étude d'Hopwood (1972)

Partant des travaux de Whyte (1955), Rosen et Schneck (1969) sur les falsifications des données comptables, Hopwood (1972) va se centrer sur **l'utilisation des données comptables dans l'évaluation de la performance managériale**.

Il part du postulat, que l'information comptable peut donner lieu à interprétation et son utilisation résulte « d'un processus personnel et social qui est soutenu par les significations, les systèmes de croyances, les pressions et les buts portés par le manager qui utilise les données » (p. 159). Ainsi, la mesure de la performance managériale a une signification et donne lieu à interprétation.

Cette mesure peut difficilement être juste car elle n'inclut que l'aspect économique de l'organisation. En occultant d'autres aspects de la performance managériale, l'accent est mis sur l'atteinte des objectifs à court terme : le budget devient l'outil d'évaluation de la performance managériale.

Son étude, menée dans un centre de coût, lui permet d'identifier **trois styles de direction** qui caractérisent la manière dont est utilisée l'information comptable et son étendue.

Il distingue le style :

- « **Budget- Constrained Style** » (BC) : utilisation rigoureuse et exclusive des données comptables pour atteindre les objectifs à court terme ; le respect du budget est le point majeur de l'évaluation de la performance, « *un critère défavorable de l'évaluation de la performance est le fait d'excéder les dépenses prévues dans le budget* » (p. 160) ;
- « **Profit Conscious Style** » (PC) : utilisation plus flexible des données comptables comme objectifs, les critères de performance sont tournés vers le long terme où « *un aspect important est la minimisation des coûts à long terme* » (p. 160) ;
- « **Nonaccounting Style** » (NA) : l'information comptable ne constitue pas un critère important d'évaluation de la performance « *d'autres sources d'informations peuvent être utilisées* » (p. 160). Ce mode de direction est vu dans l'étude comme une catégorie résiduelle.

Ces styles ne sont pas figés. Ils peuvent varier sur trois dimensions en fonction des critères utilisés pour l'évaluation de la performance, des possibilités données de justifier les

variations entre les résultats et les standards, et de la vision à court ou long terme de la performance.

Dans cette étude, Hopwood (1972) remplace les concepts de pression budgétaire utilisé par Argyris, (1952) et De Coster et Fertakis (1968) par le style de management (Hartmann, 2000).

Ainsi, bien que ne faisant pas référence au construit de pression budgétaire d'Argyris (1952) ou De Coster et Fertakis (1968), il semble qu'il puisse s'intégrer dans le style contrainte budgétaire où l'accent est mis sur l'atteinte des objectifs budgétaires.

Hopwood (1972) part de l'hypothèse que chaque style de direction va avoir un impact différent sur les tensions au travail. Selon lui, les dysfonctionnements de comportements, attitudes au travail, manipulations de données, sont plus importants dans le cadre de l'utilisation d'un style de direction centré sur les budgets, que dans le cadre d'un management utilisant la conscience des coûts.

Son postulat est donc que l'accent mis sur le budget peut créer des tensions au travail, des conflits de rôle (Kahn et al. 1964) « *des conflits peuvent survenir entre le manager du centre de coûts et son subordonné sur les dimensions et valeurs sur lesquelles le travail est décrit et évalué* » (p 161).

En effet, il précise l'existence de problèmes inhérents à la mesure comptable de la performance. Toutes les informations comptables utiles ne sont pas incluses dans les standards ; la fonction de coûts dans l'organisation n'est pas représentée dans toute sa complexité ; les résultats comptables excluent le processus qui a permis de les atteindre ; les reports comptables se centrent sur le court terme tandis que la performance managériale doit être orientée sur le long terme.

Ses résultats confirment ses attentes sur le style « contrainte budgétaire » :

- le style de direction centré sur le respect strict du budget crée davantage de tensions au travail que les deux autres styles (BC : 2,55 ; PC : 2,11 ; $p < 0,01$) ;
- les individus ont tendance à dégrader les relations avec leur supérieur en ayant peu confiance en eux, contrairement à ceux évalués sous un « profit conscient » (BC : 3,26 ; PC : 4,24 ; $p < 0,01$) ;

- ils ont des relations de faible qualité avec leur pairs (par exemple, respect pour les pairs en BC : 3,73 ; PC : 4,10 $p < 0,05$) : ils ont tendance à blâmer les tiers si les résultats sont peu performants, ils se concentrent sur leur unité et se sentent peu concernés par les résultats des autres départements ;
- ils présentent des comportements de manipulation comptables : transfert des coûts d'un centre à un autre, création d'une pseudo-production influençant le volume et le mode de production, élaboration d'un système d'information comptable plus exhaustif et précis que le système officiel permettant de manipuler les données utilisées pour évaluer leur performance.

Il conclut donc que le style « profit conscient » semble être plus favorable que le style « Budget constrained » car il « *permet d'atteindre une plus grande efficacité* » (p. 176).

Toutefois, ces styles dépendent à la fois de l'étendue et de la manière dont est utilisée l'information budgétaire (Briers et Hirst, 1990). De plus, Hopwood avance que le style de direction a un impact sur la performance mais il ne teste pas dans ces études, la relation entre le style de management et la performance. Il fournit, néanmoins, des preuves sur le fait que les tensions de rôle peuvent influencer sur le long terme la performance Briers et Hirst (1990).

Par ailleurs, Hopwood (1973) suggère l'existence d'un effet de contagion dans le cas d'une évaluation « budget constraint ». Il indique qu'un manager, qui évalue la performance par des critères budgétaires à court terme, risque d'être évalué lui-même selon ce mode. Cet effet de contagion n'est pas identifié dans les cas de « profit conscient » ou « non accounting ».

1.1.2.2. L'étude d'Otley (1978)

L'article « Budget use and Managerial Performance », Otley (1978) tente de répliquer les études d'Hopwood (1972,1973) dans un centre de profit. Il justifie son champ d'expérimentation par le fait qu'il est plus aisé d'observer les effets du système comptable quand ce dernier est exempt d'inadéquations techniques et convient pour ce type de contrôle budgétaire.

Il adopte les styles de direction observés par Hopwood (1972) et met en évidence l'existence d'un **continuum de style qu'il classe de A** (Style « budget constrained ») à E (Style « non accounting »). Son étude va révéler de nombreux **résultats contraires** à ceux précédemment obtenus par Hopwood (1972).

Tout d'abord, il suggère que le style « non accounting » n'est pas résiduel (3%) mais représente 44% des styles de direction dans son étude.

De plus, son étude montre que la relation entre tension au travail et style de direction ne sont pas significatifs et les tensions au travail ont peu d'impact sur la performance.

Enfin, il contredit Hopwood (1972) par rapport aux conséquences des styles d'évaluation sur la performance : « *les résultats indiquent un résultat opposé à celui d'Hopwood qui a trouvé que le style budget constrained était associé aux défaillances à atteindre le budget. Ici l'accent du style budget constrained était associé à une performance plus proche du budget fixé que la moyenne* » (p.135).

Afin de justifier ses résultats, il met en avant différents arguments. Il avance, en premier lieu, que la différence de terrain d'étude (centre de coûts pour Hopwood, centre de profit chez Otley) peut expliquer ces résultats contradictoires. Puis, il introduit la notion de contingence : il précise l'intérêt de développer une approche contingente non seulement liées à l'incertitude de la tâche à réaliser mais également fondée sur les types d'organisation et les caractères de l'environnement (p. 146).

1.1.3. Le RAPM : une définition peu claire

Le terme RAPM n'est apparu que tardivement. En effet, les premières études parlent de « budget pressure » (pression budgétaire par Argyris, 1952), de « *styles of evaluation* » (style d'évaluation pour Hopwood 1972 ; Otley 1978), de « *budget emphasis* » (accent mis sur le budget pour Brownell et Dunk, 1991), de « *supervisory evaluative style* » (style d'évaluation de la direction selon Harrison, 1992) et de « *RAPM* » (lien à la mesure de la performance

comptable pour Hirst, 1981). Ces termes sont utilisés indépendamment dans les travaux menés (Hartmann, 2000)

Argyris (1952) suggère que **le budget est un moyen permettant à la pression managériale de s'exprimer**. Il est donc un outil, neutre, en soi, qui en fonction de son utilisation peut s'avérer un moyen d'expression du style de management.

Hopwood (1972) tente d'élargir la vision budgétaire en intégrant des **données comptables et des données non comptables**. Il sépare le système budgétaire et la manière de l'utiliser. Ainsi, il parle de styles d'évaluation qui utilisent différemment les données comptables (axés sur les données budgétaires à court terme ou élargis à des données qualitatives sur le long terme). Il définit alors le style d'évaluation comme étant l'étendue et la manière dont le budget peut être utilisé afin de déterminer la performance.

Otley (1978) décrit le style d'évaluation comme « *la manière à travers laquelle chaque manager d'unité perçoit le budget comme outil utilisé dans l'évaluation de sa performance, en relation avec d'autres informations pertinentes* » (p.127).

Le sigle RAPM intervient dans les travaux de Hirst (1981) comme étant **le degré de dépendance à la mesure comptable de la performance**. Il précise que ce n'est qu'une variable perceptuelle dont l'interprétation peut varier en fonction de la position dans laquelle on se situe : manager ou subordonné. Ce qui peut expliquer les désaccords trouvés par Hopwood (1973) concernant les styles de direction entre supérieur et subordonnés.

Govindarajan (1988) énonce que le style d'évaluation est « une variable continue dont les valeurs dépendent de l'importance que l'atteinte des objectifs budgétaires reçoit durant le processus d'évaluation de la performance d'un manager. ». A une extrémité du spectre, il y a des situations dans lesquelles les informations budgétaires jouent un rôle relativement peu important dans l'évaluation générale de la performance du manager. A l'autre extrémité, il y a des situations dans lesquelles l'évaluation repose sur son aptitude à atteindre régulièrement les objectifs budgétaires, les managers recevant une évaluation défavorable si des variations sont constatées.

Harrison (1993) tente de préciser le concept en définissant le RAPM comme l'accent mis par les supérieurs sur les critères de performance quantitatifs comptables et financiers et qui sont prédéfinis en tant qu'objectifs budgétaires.

Par conséquent, le concept de RAPM aurait évolué entre les premiers travaux et la définition proposée par Harrison (1993) et la variété des instruments utilisés pour le RAPM entrave la définition du concept de RAPM (Hartmann, 2000).

Plusieurs remarques peuvent être effectuées sur ce concept.

Tout d'abord le « *non-accounting style* » défini par Hopwood (1972) comme celui pouvant inclure des critères d'évaluation de performance non comptables et non financiers, semblerait s'exclure, pour partie, de la définition proposée par Harrison (1993).

Sur ce point, Hartmann (2000) précise que le RAPM est présenté comme un instrument de contrôle qui ne prend pas en compte des critères d'évaluation tels que des objectifs non financiers, qualitatifs.

Or, une partie des travaux précédemment menés a utilisé le concept de styles d'évaluation. **Il y a donc, entre la définition du concept et ses critères, un manque d'homogénéité.**

De plus, les travaux d'Argyris présentent les **styles d'évaluation comme des antécédents** à la pression budgétaire, alors qu' **Hopwood opérationnalise l'ensemble** (Briers et Hirst, 1990).

En conséquence, **la pression et les styles de directions ne peuvent être utilisés de manière interchangeable dans les études, d'autant que DeCoster et Fertakis (1968), montre l'existence d'une corrélation entre pression et style de direction.**

Dans le même ordre d'idées, le concept en lui-même semble regrouper diverses sous-catégories. La traduction littérale de RAPM signifie le degré de dépendance fondé sur la mesure comptable de la performance. Un degré de dépendance n'aurait pas, *a priori*, le même degré d'intensité que le concept de « *budget emphasis* » (Brownell et Dunk, 1991) correspondant à un accent mis sur le budget. Ce dernier présuppose l'existence d'un style de management déjà orienté vers le budget et exclut le style « *non accounting* » identifié par Hopwood (1972) et Otley (1978). La traduction de « *pression budgétaire* » (Naro, 1998) peut sous entendre, au sens littéral, une contrainte, une influence exercée sur les managers. Elle reprend strictement la définition proposée par Argyris. La pression budgétaire, entendue dans ce sens se rapprocherait du concept de « *budget emphasis* ».

Ainsi, réduire le concept de RAPM à la pression budgétaire semble ajouter une ambiguïté, voire un degré de complexité supplémentaire dans sa compréhension. C'est pourquoi Hartmann (2000) s'interroge sur la signification du terme « reliance », signifiant, littéralement, dépendance.

Par ailleurs, comme l'a indiqué Hirst (1981) la recherche peut porter sur une perception qui est liée à la position dans l'organisation. **Le sentiment de pression budgétaire peut être différent car il est subi par le subordonné, l'accent mis sur les objectifs budgétaires peut concerner à la fois le subordonné mais également le supérieur.**

De plus, la pression perçue ne l'est que de manière hiérarchique directe. Le manager est interrogé sur la pression provenant de son supérieur. Or, il semble difficile d'exclure le fait que cette pression puisse provenir d'autres sources telles que les autres managers, les subordonnés ou encore d'autres supérieurs.

Certaines études se concentrent sur les objectifs budgétaires fixés en terme quantitatif (Harrison, 1993 ; Hirst 1987) tandis que d'autres s'intéressent aux modalités d'utilisation du budget comme un outil de contrôle (Fisher, 1995). Selon Kren et Liao (1988), le RAPM ne joue pas le même rôle dans chaque organisation.

On peut se rendre compte que ce concept semble être plus complexe et présente diverses facettes tels qu'un style d'évaluation, un outil de pression, un accent sur l'atteinte d'objectifs budgétaire prédéfinis. Aussi, Hartmann (2000) suggère que la manière dont est définie le RAPM ainsi que le terme « reliance » demeurent flous. **C'est pourquoi, un concept ambigu ne peut qu'engendrer des résultats contradictoires** (Chenhall, 2003).

Dans les revues de littérature sur le RAPM, des faiblesses conceptuelles ont été identifiées (Hartmann, 2000 ; Briers et Hirst, 1990). Les difficultés à reproduire les études (Ross, 1995 ; Dunk, 1988 ; Hirst, 1987, 1983) indiquent des problèmes théoriques mais également de mesures (Hartmann, 2000).

Hormis quelques études qui ont bâties leurs travaux sur les cadres conceptuels de la théorie de l'agent (Dunk, 1993) et la théorie de l'équilibre (Brownell, 1982), deux cadres conceptuels ont été majoritairement mobilisés dans ces travaux : la théorie des rôles et la théorie de la contingence (Brownell 1985 ; Govindarajan, 1984 ; Merchant, 1984, 1981).

Les tensions au travail opérationnalisées dans les études du RAPM reposent sur la théorie des rôles. Issues des travaux de Khan et al. (1964), ces tensions sont constituées de deux concepts majeurs : le conflit de rôle et l'ambiguïté de rôle.

Le conflit de rôle résulte de « l'apparition simultanée de deux ou plusieurs demandes incompatibles telles que l'adaptation à l'une, rend plus difficile l'adaptation aux autres. » (Kahn et al. 1964). Cela correspond à deux requêtes qui proviennent simultanément chez un individu.

L'ambiguïté de rôle « est le degré d'information manquante pour occuper une position dans l'organisation » (Kahn et al. 1964). Comme l'indique Loubès (1997), elle est liée un écart entre l'information disponible et l'information nécessaire à une personne pour remplir son rôle.

Ces deux concepts ont été mobilisés puisque l'objectif des recherches menées sur le RAPM est de montrer que les pressions budgétaires peuvent créer des tensions au travail. Toutefois, cette théorie semble avoir limitée les possibilités d'études sur le RAPM (Hartmann, 2000). Afin d'élucider les résultats contradictoires des études d'Hopwood (1972) et d'Otley (1978), la théorie de la contingence (Bruns et Waterhouse, 1975 ; Laurence et Lorsch, 1967 ; Thomson, 1967 ; Woodward, 1965) a été retenue.

Si Briers et Hirst (1990) indiquent que les bases théoriques sont peu développées dans les études sur le RAPM, Otley (1980) précise que l'approche contingente est invoquée davantage pour dissimuler des ambiguïtés embarrassantes pouvant apparaître dans les approches universelles. Néanmoins, comme le souligne Chapman (1997), ces travaux ont peu contribué à la théorie de la contingence ou n'ont pas permis d'étendre la théorie de la contingence au contrôle de gestion (Schoonhoven, 1981).

En conséquence, on peut constater que les travaux menés n'ont pas, d'une part, utilisé la même définition du RAPM, définition parfois contrastée et d'autre part les cadres théoriques ont parfois été peu mobilisés.

En plus de ces faiblesses conceptuelles, les recherches sur le RAPM présentent également des limites méthodologiques.

1.2. L'étude du RAPM : une méthodologie discutée

Nous verrons que, malgré l'accent sur les techniques statistiques utilisées, les travaux dans ce domaine sont critiqués tant sur l'opérationnalisation du concept que sur les méthodologies mobilisées.

1.2.1. L'opérationnalisation complexe du concept de RAPM

Depuis 2000, un certain nombre d'articles se sont penchés sur l'analyse de l'opérationnalisation du RAPM afin de comprendre si les différences de résultats trouvés dans les travaux menés ne proviendraient pas des échelles de mesure utilisées.

Les méthodes statistiques, qui ont été utilisées dans de nombreuses études semblent incorrectes et inappropriées ce qui ne permet pas de faire une interprétation et une comparaison des résultats (Hartmann et Moers, 2003, 1999). D'autres travaux (Otley et Fakiolas, 2000; Otley et Pollanen, 2000 ; Vagueur et Peirperl, 2000) vont dans le même sens et concluent qu'il n'existe aucune mesure idéale pour ce type de recherche.

La question de recherche initiale dans le travail d'Hopwood (1972) est de comprendre l'origine des dysfonctionnements de comportements observés. Sont-ils une conséquence de l'utilisation des données comptables dans l'évaluation de la performance ? Sont-ils liés aux imperfections du système comptable ou cela dépend- il de la manière dont sont utilisées les données comptables ?

Dans cette perspective, Hopwood développe une échelle à 8 items (Tableau 6) dont l'objet est de déterminer le style d'évaluation pratiqué par la direction et perçue par les managers. Ces items s'appuient sur une échelle de Likert à 5 points de « très important », « assez important », « un peu d'importance », « peu d'importance » à « pas du tout important ». Cette échelle présente un alpha de Cronbach de 0,7.

Tableau 6 : L'instrument de mesure d'Hopwood (1972)

1. Quel est mon niveau de coopération avec mes collègues.
2. Mon inquiétude concernant les coûts.
3. Quel est mon niveau d'entente avec mon supérieur.
4. Mes efforts dans mon travail.
5. Mon inquiétude concernant la qualité.
6. J'atteins le budget.
7. Mon attitude envers mon travail et mon entreprise.
8. Ma capacité à gérer mes hommes (la main d'œuvre).

L'item 6 « atteinte des objectifs budgétaires » est associée à un style de direction rigide, court-termiste, qualifié de « budget constrained ».

L'item 2 « concerné par les coûts » indique un style de direction plus souple, orienté sur le long terme « Profit conscious ».

Les autres items sont associés à des facteurs pouvant influencer l'évaluation du manager.

La démarche de réponse s'effectue en deux temps. Dans un premier temps, les répondants doivent répondre à chaque item, puis dans un second temps, il leur a été demandé de sélectionner les 3 facteurs qui sont les plus importants pour eux, par ordre décroissant.

Ainsi, quatre cas peuvent se présenter. Si l'item 6 « atteindre le budget » apparaît seul, c'est-à-dire sans l'item 2 « concerné par les coûts », dans cette sélection, Hopwood qualifie le style d'évaluation de style rigide.

Dans l'hypothèse où l'item 2 « concerné par les coûts » est classé parmi les trois facteurs, sans que l'item 6 « atteindre le budget » figure dans ce même classement, le style de direction est un style « Profit Conscious ».

Si aucun de ces deux items ne figurent dans le classement, il parle de style « Non Accounting ».

Lorsque les items 2 et 6 apparaissent dans le classement, Hopwood propose d'identifier ce style de direction comme un style « Budget-Profit ».

Otley et Fakiolas (2000) proposent une représentation schématique des styles d'évaluations issus de ce mode de classement (Tableau 7).

Tableau 7 : Représentation des styles d'évaluation (Otley et Fakiolas, 2000)

		POINTS POUR ATTEINDRE LE BUDGET							
		1	2	3	4	5	6	7	8
POINTS POUR ETRE CONCERNE PAR LES COUTS	1		PB	PB	PC	PC	PC	PC	PC
	2	BP		PB	PC	PC	PC	PC	PC
	3	BP	BP		PC	PC	PC	PC	PC
	4	BC	BC	BC		NA	NA	NA	NA
	5	BC	BC	BC	NA		NA	NA	NA
	6	BC	BC	BC	NA	NA		NA	NA
	7	BC	BC	BC	NA	NA	NA		NA
	8	BC	BC	BC	NA	NA	NA	NA	

BC= Budget Constrained

NA= Non Accounting Style

BP= Budget Profit

PC= Profit Conscious

Un certain nombre de critiques sur les catégories proposées par Hopwood (1972,1973) sont émises.

Kahn (1972), tout d'abord, évoque le fait qu'il est difficile de stigmatiser ainsi la réalité. Il souligne que les styles de direction correspondant aux orientations court- terme (le « Budget Constrained ») ; long terme (« Profit Conscious ») pourraient être envisagés et propose d'associer les styles de direction à ces approches temporelles. De plus, il considère que le style « Non-Accounting » est mal exploré.

Otley et Fakiolas (2000) précisent que la procédure de classement a été intégrée pour anticiper les problèmes rencontrés par les supérieurs par Hopwood dans l'interprétation des résultats. Pour ces auteurs, les reports des résultats d'Hopwood ne sont pas totalement explicites sur ce point. En effet, les analyses basées sur l'importance des scores a échoué et n'a pas permis d'identifier des différences entre ces deux groupes à un niveau statistiquement significatif pour établir les hypothèses précédentes. Ces mêmes auteurs soulignent également que cette méthode est contingente à la structure organisationnelle étudiée.

L'instrument d'Otley (1978) à 7 items utilise une méthode similaire à celle d'Hopwood et semble mesurer le même concept (Tableau 8). Il apporte une nuance à la procédure de catégorisation d'Hopwood (1972) : pour la catégorie « Budget Profit » il la divise en deux en fonction du classement obtenu entre l'item concernant le budget (item 5) et l'item

concernant l'efficacité (item 1). Cet instrument présente une bonne cohérence interne puisque l'alpha de Cronbach est de 0,7.

Tableau 8 : Instrument de mesure d'Otley (1978)

1. Mon efficacité à gérer mon unité.
2. Mon entente avec l'équipe de ma société.
3. L'effort que je mets dans mon travail.
4. Mon inquiétude concernant la qualité.
5. Quel est mon niveau d'atteinte des objectifs budgétaires (Financiers).
6. Les relations que j'ai établies avec mon équipe et mes hommes.
7. Montant du bénéfice que je réalise.

Brownell (1982) utilise l'échelle d'Hopwood ainsi que sa méthode de classement. Toutefois, il fusionne les Budget Constrained et Budget Pressure en une catégorie « fort accent sur le budget » et le PC et le NA en une seconde catégorie « Faible accent sur le budget » au motif que les répondants de son étude dans ces deux catégories sont très proches.

Par ailleurs, Brownell (1982) n'envisage pas le style « accent sur le budget » de la même manière qu'Hopwood. Il le perçoit davantage comme un accent du style d'évaluation portant sur l'atteinte des objectifs budgétaires. Enfin, dans son étude, il n'a reporté aucun résultat concernant la validité et la fiabilité de son instrument de mesure (Noeverman et al. 2005).

D'autres études vont reprendre les items de l'instrument de mesure d'Hopwood en utilisant un score de Likert (Dunk, 1989,1990 ; Brownell et Dunk, 1991 ; Dunk 1993). L'utilisation de la méthode des scores de Likert provient d'une observation effectuée par Brownell (1982) relative aux difficultés que certains répondants ont à classer les items. C'est pourquoi pour pallier à cette difficulté, il décide d'utiliser une méthode de scores. Elles modifient l'utilisation de l'échelle du RAPM et ainsi, du concept mesuré (Otley et Fakiolas, 2000).

Les travaux de Hirst (1983) et Hirst et Yetton (1984) développent leur propre instrument de mesure car, selon eux, l'instrument d'Hopwood n'est valable que dans un environnement de production de biens (Tableau 9). L'objectif de cette échelle est de mesurer l'importance accordée aux données chiffrées pour l'évaluation de la performance sans mentionner de

manière explicite les budgets. Cet instrument se différencie de ceux d'Hopwood (1972) et de Brownell (1982) car il se centre sur les données quantitatives quelque soit leur nature. Son échelle présente une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach de 0,76).

Tableau 9 : Instrument de mesure de Hirst (1983)

1. Dans l'étude de ma performance, mon supérieur direct croit que les résultats, qui sont une part importante de mon travail, peuvent être identifiés par des données comptables (coûts, objectifs de production, objectifs de ventes).
2. Mes perspectives de rémunérations sont fortement liées à la comparaison entre la performance que j'ai réalisée (exprimée quantitativement) et celle qui était attendue (exprimée quantitativement).
3. Mes perspectives d'évolution sont fortement liées à la comparaison entre la performance que j'ai réalisé (exprimée quantitativement) et celle qui était attendue (exprimée quantitativement).
4. Mon niveau d'entente avec mon supérieur est fortement liée à la comparaison entre la performance que j'ai réalisée (exprimée quantitativement) et celle qui était attendue (exprimée quantitativement).
5. Mon supérieur direct croit que les critères quantitatifs utilisés pour évaluer ma performance sont fixés à un niveau raisonnable (niveau de dépenses, de production, d'objectifs de ventes qui ne sont ni trop haut ni trop bas).

Les instruments de Govindarajan (1984) et Govindarajan et Gupta (1985) tentent de mesurer le RAPM en utilisant un seul item concernant la dépendance objectif ou subjective de l'évaluation de la performance et la détermination de primes (Tableau 10).

L'avantage de cette échelle est double : d'une part, elle permet de situer le manager sur un continuum de style de management et d'autre part, elle prend en compte le système d'incitations financières.

Cependant, sur le plan méthodologique, un seul item ne permet pas d'évaluer la cohérence interne (Otley et Fakiolas, 2000), les répondants devant choisir parmi les trois items de l'échelle.

Tableau 10 : Instrument de mesure de Govindarajan (1984)

- a. Le supérieur n'utilise que des critères subjectifs pour évaluer la performance ou décider de primes.
- b. Le supérieur utilise exclusivement l'atteinte des objectifs financiers dans l'évaluation de la performance.
- c. les primes sont décidées en partie de manière subjective et en partie sur la base d'une formule ; un pourcentage est attribué à chaque facteur.

Brownell et Hirst (1986) reprennent l'échelle d'Hopwood (1972) mais introduisent « court terme » dans l'item 6 et « long terme » dans l'item 2 et ajoutent deux items, l'item 1 « Quel est mon niveau de coopération avec les salariés de même niveau de mon entreprise » et l'item 10 « Quel est mon niveau de coopération avec les tiers » (Tableau 11). Dans leurs travaux, ils décident de ne pas retenir les trois items venant en premier dans les réponses mais les quatre premiers sans de justifications claires. Malgré cela, ils arrivent au même classement dichotomique proposé par Brownell (1982). Pour cet instrument, l'alpha de Cronbach de 0,77 indique une bonne cohérence interne.

Tableau 11 : Instrument de mesure de Brownell et Hirst (1986)

1. Quel est mon niveau de coopération avec les salariés de même niveau de mon entreprise (mes pairs).
2. Mon inquiétude sur les coûts et les ventes à long terme.
3. Quel est mon niveau d'entente avec mon supérieur direct.
4. L'effort que je mets dans mon travail.
5. Mon inquiétude concernant la qualité.
6. Ma capacité à atteindre les objectifs budgétaires à court terme.
7. Mon attitude envers le travail.
8. Mon attitude envers mon entreprise.
9. Ma capacité à gérer mes hommes (subordonnés).
10. Quel est mon niveau de coopération avec les tiers (Fournisseurs, clients).

Par conséquent, au vu des modifications apportées tant au niveau du libellé des items que de la manière de catégoriser les résultats, on ne peut exclure l'existence de changements dans la manière dont est appréhendé le style d'évaluation (Otley et Fakiolas, 2000).

En outre, les études précédentes ne se sont pas penchées sur le fait de savoir si le RAPM est unidimensionnel ou multidimensionnel, ou sur l'existence de corrélations très fortes entre les items de l'échelle de mesure (Otley et Fakiolas, 2000).

Vagneur et Peiperl (2000) rejoignent les commentaires d'Otley et Fakiolas (2000) concernant les instruments utilisés tant dans leur formulation que dans leur méthode de calcul de la variable RAPM. Ils procèdent à une classification des méthodes de calcul du style d'évaluation utilisé dans les travaux précédents et trouvent que ces instruments de mesure sont corrélés entre eux de manière significative.

Ils constatent également que plus les items des échelles ont été modifiés, plus ces échelles se sont éloignées du construit initial d'Hopwood (1972). Par conséquent le même construit n'a pas été mesuré et la mesure du style d'évaluation doit être reconsidérée.

Enfin Noeverman et al. (2005) indiquent que les premières études sur le style d'évaluation ont été de le conceptualiser comme un ensemble de comportements et d'attitudes.

L'objectif du RAPM est d'identifier l'étendue de l'utilisation de l'information comptable et la manière dont cette information est utilisée. Or, les recherches se sont davantage concentrées sur l'utilisation par le manager des données comptables pour évaluer la performance. Donc, il semble y avoir un écart entre ce qui est mesuré et ce qui est recherché.

1.2.2. Les analyses menées dans les travaux du RAPM sont critiquables

Outre les limites conceptuelles et d'opérationnalisation, les chercheurs ont également dénombrés un nombre important de limites méthodologiques analysant le RAPM.

En premier lieu, les préoccupations statistiques ont pris le pas sur les développements conceptuels et théoriques.

Les recherches initiales ont pour fondement théoriques la théorie de rôles. Toutefois, les études (Brownell et Hirst, 1986 ; Govindarajan et Gupta, 1985 ; Govindarajan, 1984 ; Brownell, 1982) se sont davantage concentrées sur les aspects mathématiques et ont négligé les aspects théoriques. Elles n'ont pas tenu compte des développements critiques émis par la littérature et ont peu développé les fondements des hypothèses de recherche. Un écart entre **les hypothèses théoriques et les tests menés** apparaît (Hartmann, 2000), car certaines

relations entre, par exemple, les tensions au travail et la performance demeurent ambigus (Tosi et al. 1994 ; Schuler, 1980).

En second lieu, Briers et Hirst (1989) soulignent que les travaux se sont penchés sur des **variables qui s'enchevêtrent**. Par exemple, les recherches se centrent sur des variables de performance au travail alors que la performance budgétaire est une partie de la performance au travail rendant la contribution de ces travaux limitée (Brownell et Hirst, 1987 ; Hirst, 1986 ; Kenis, 1979; Brownell, 1972). La performance peut être appréhendée non pas comme une variable dépendante mais comme une variable indépendante et antécédent au RAPM (Langfield- Smith, 1997 ; Merchant, 1985).

En troisième lieu, les études sur le RAPM ont donné des résultats différents puisque ces études sont, en elles mêmes, **diverses dans leurs niveaux d'analyses** et dans la nature des variables étudiées (Hartmann, 2000). L'argument invoqué pour pallier ces différences est la nature et la taille de l'échantillon (Kren et Liao, 1988 ; Hirst, 1983).

Une quatrième limite est celle liée à la taille des échantillons utilisés pour les études ainsi que son mode de constitution (Lindsay, 1995) rendant difficile les répliques et la généralisation des résultats. Ainsi, la difficulté à répliquer les études est également problématique pour le concept (Hartmann, 2000).

Une tentative de réplique des résultats a été menée par Otley et Pollanen (2000) sur les études suivantes: celles de Brownell (1982), Brownell et Hirst (1986), Dunk (1989), Brownell et Dunk, (1991).

Leurs résultats ne confirment pas les résultats précédemment trouvés. En effet, ils trouvent qu'une forte participation budgétaire associée à un fort accent sur le budget est corrélée avec une forte satisfaction au travail, alors que l'étude de Brownell (1982) obtient des résultats non significatifs.

De même, ils contredisent ainsi Brownell et Hirst (1986) qui montrent que l'accent sur le budget, dans le cas d'une forte participation budgétaire et d'une faible incertitude de la tâche, a un impact négatif sur les conflits de rôle. Ils trouvent que la combinaison entre participation budgétaire et incertitude de la tâche a un effet positif sur les conflits de rôle.

Concernant l'étude de Dunk (1989), la participation au budget ou l'accent sur le budget ne donne pas de résultats significatifs sur la performance managériale alors qu'Otley et Pollanen (2000) trouvent un lien significatif et positif. Dans la même lignée, alors que Dunk

(1989) révèle une corrélation positive et significative sur la combinaison participation budgétaire et accent sur le budget, Otley et Pollanen (2000) ne trouvent pas de résultats significatifs.

Les résultats comparatifs avec l'étude de Brownell et Dunk, (1991) soulignent également des différences. Ils justifient ces différences par l'approche contingente liées aux divergences existantes par rapport aux organisations étudiées et au rôle du budget. En effet, en fonction des organisations, le budget peut être un outil de contrôle fluctuant (Bunce et al. 1995).

Si de nouvelles pistes ouvrent des champs de recherche, Derfuss (2009), dans sa méta-analyse montre que les résultats des travaux précédents ne sont pas si contingents.

En effet, il trouve que les résultats ambigus concernant le RAPM, la participation budgétaire et les dysfonctionnements de comportement peuvent s'expliquer par la taille de l'échantillon, par les outils de mesure dont la fiabilité est peu satisfaisante pour des études confirmatoires. Derfuss (2009) rejoint Otley et Fakiloas (2000) ou encore Noeverman et al. (2005) sur le point que les différentes échelles utilisées dans la littérature n'ont pas mesuré le même construit.

Enfin, il indique que la participation budgétaire semble être indispensable en fonction de l'évolution de l'environnement : dans les périodes de changements organisationnels, il semble que le RAPM ne conduise pas automatiquement à des dysfonctionnements.

Par conséquent, **l'opérationnalisation du RAPM** a, de part les items utilisés et le mode de traitement de ces items, **accru l'ambiguïté** de ce concept. En effet, en s'écartant de l'échelle initiale d'Hopwood (1972) et en tentant de les adapter aux secteurs étudiés, les travaux menés se sont écartés des travaux fondateurs, rendant délicat l'interprétation des résultats au regard de la littérature antérieure.

2. LES CONSEQUENCES DU RAPM SUR LES ATTITUDES ET LES COMPORTEMENTS.

De nombreux travaux se sont penchés sur les attitudes au travail notamment les tensions de rôles.

L'attitude, concept de psychologie sociale, peut se définir comme un état mental de préparation à l'action organisée à travers l'expérience, exerçant une influence directive et dynamique sur le comportement (Allport, 1935). C'est donc un état mental organisé, en

fonction des expériences du sujet qui détermine son comportement, c'est à dire des phénomènes observables, face à un objet.

Si l'impact des attitudes sur les comportements, qui se définit comme un changement observable et durable provoqué chez l'individu (Skinner, 1938), n'a pas été étudié dans la littérature du RAPM, il n'en demeure pas moins que certains effets ont été révélés.

2.1. Les tensions de rôles et le RAPM: des études aux résultats contradictoires

Argyris (1952) et Hofstede (1968) soulignent que les pressions budgétaires génèrent des conséquences individuelles et collectives et ce, à différents niveaux.

L'impact de la pression exercée sur l'individu se traduit par une augmentation des tensions, de la frustration, du ressentiment, de la suspicion, de la peur et de la méfiance, pouvant détériorer sur le long terme, la performance des acteurs.

En se basant sur ces résultats, les études sur le RAPM vont explorer les liens entre RAPM et conflits de rôle et ambiguïté de rôle.

Selon Kahn et al. (1964), le conflit de rôle provient de l'apparition simultanée de deux ou plusieurs demandes incompatibles telles que l'adaptation de l'une rend plus difficile l'adaptation aux autres.

L'ambiguïté de rôle correspond au degré d'information manquante pour occuper une position dans l'organisation (Kahn et al. 1964).

King et al. (1990) envisagent le conflit de rôle comme l'occurrence simultanée de deux ou plusieurs séries de pressions. Ils déclinent le conflit de rôle en quatre facettes : le conflit « intra-émetteur », « inter-émetteur », « inter-rôle » et « personne-rôle » :

- le conflit de rôle intra-émetteur correspond à l'existence d'attentes incompatibles ou ordres incongruents issus d'une même personne appartenant à un système ;
- le conflit de rôle inter-émetteur apparaît lorsque la personne focale reçoit deux demandes incompatibles ou ordres incongruents de deux ou plusieurs individus appartenant à un sous système identique ;
- le conflit inter-rôle est associé à l'existence d'attentes incompatibles ou ordres incongruents issues de personnes appartenant à deux ou plusieurs sous systèmes différents ;

- le conflit de rôle personnel peut se produire lorsque les attentes d'un ou plusieurs membres d'un système ou sous système sont contraires ou incompatibles avec les attentes de la personne focale sur son rôle.

Les tensions de rôles, et plus précisément, les conflits de rôle et l'ambiguïté de rôle, ont été utilisés dans les travaux consacrés aux RAPM.

La littérature est constituée de résultats contradictoires concernant la pression budgétaire et les tensions de rôles (Hopwood, 1972 ; Otley 1978 ; Hirst 1983 ; Hirst et Yetton, 1984).

L'étude menée par Hopwood (1972), dans un centre de coûts, indique que lorsque le style de direction est orienté vers l'atteinte des objectifs budgétaires cela accroît les tensions de rôles. Otley (1978) tente de répliquer cette étude dans un centre de profit. Ses résultats sont contradictoires à ceux d'Hopwood (1972) puisque qu'il ne trouve **pas de relation significative** entre le style de direction et les tensions de rôles.

Les premières études sur ce sujet **testent les relations entre style de direction ou accent sur le budget et tensions de rôles sans variable de contrôle.**

Hirst et Yetton (1984) dans leur étude auprès de 111 managers testent **le lien direct** entre RAPM et **l'ambiguïté de rôle**. Leurs résultats sont significatifs et vont dans le même sens qu'Hopwood (1972) : le RAPM réduit l'ambiguïté de rôle chez les managers. En introduisant, en revanche, une variable modératrice qui est la nature du travail (production de biens ou de service), ils trouvent que l'ambiguïté de rôle est plus sensible au RAPM dans le cas de production de bien que dans le cas de service.

Dans la même lignée, d'autres travaux vont intégrer dans leur modèle d'autres **variables** afin de tenter d'apporter une contribution au débat. Nous les présentons ci-dessous.

→**L'incertitude de la tâche à accomplir**

Hirst (1981) tente de trancher le débat entre Hopwood (1972) et Otley (1978) en intégrant l'incertitude de la tâche à accomplir. Il pense qu'en cas d'incertitude, le RAPM est plus ou moins adapté et peut ainsi créer des tensions au travail. Ses résultats montrent que le **RAPM peut diminuer les tensions au travail dans une situation de faible incertitude de la**

tâche. Inversement, il avance qu'un faible RAPM peut diminuer les tensions de rôles si l'incertitude de la tâche est élevée.

Ross (1995) tente de répliquer l'étude de Hirst (1981) avec peu de succès. En effet, il constate d'une part l'absence d'interaction entre le mode d'évaluation de la performance et l'incertitude de l'environnement et de la tâche. Il ne trouve pas d'interaction entre le style d'évaluation et l'incertitude de l'environnement et d'autre part, ses résultats révèlent que lorsque la **perception de l'incertitude de l'environnement est faible, le style d'évaluation n'a pas d'effet sur les tensions au travail.**

En revanche, dans un contexte de forte incertitude, le style d'évaluation accroît les tensions de rôles.

En 1983, Hirst poursuit ses recherches sur les tensions au travail, RAPM et d'incertitude de la tâche. Il arrive à la conclusion qu'en cas de forte l'incertitude de la tâche, le RAPM peut accroître les tensions des rôles. De plus lorsque l'incertitude de la tâche est faible et que le RAPM est un faible, les tensions au travail augmentent.

Imoisili (1989) s'intéresse également aux effets modérateurs de l'incertitude de la tâche sur le stress dans la performance au travail et l'attitude envers les budgets. Ses résultats sont non significatifs.

Abernethy et Brownell (1997) examinent le système de contrôle dans un département de recherche et développement en comparant les différents modes de contrôles. Ils trouvent que le RAPM a un impact positif et significatif sur la performance uniquement dans le cas où l'incertitude de la tâche est faible.

D'autres études (Marginson et Orgden, 2005 ; Lau et Sholihin, 2005) montrent que le RAPM présente des effets positifs. Selon Marginson et Orgden (2005) le RAPM permet de renforcer la motivation car il peut limiter l'incertitude et l'ambiguïté que connaissent les managers. De plus, les individus peuvent être motivés à atteindre les objectifs budgétaires car ils envoient un signal de compétence (Collins, 1982).

De même, le RAPM peut diminuer les tensions au travail et accroître la perception de justice procédurale (Lau et Sholihin, 2005).

Par ailleurs, le RAPM peut indirectement augmenter la confiance dans le supérieur (Lau et Buckland, 2001) et la satisfaction au travail (Lau et Tan, 2003).

Enfin, Hartmann (2005) indique que lorsque l'incertitude concerne l'environnement et la tâche, l'utilisation de la mesure comptable de la performance a un impact positif sur le manager, sa tolérance à l'ambiguïté n'a qu'un effet indirect.

Ces travaux ne se concentreraient davantage sur les effets produits par le RAPM et approcheraient la mesure comptable de la performance comme une **opportunité**. Par conséquent, si de nouvelles pistes de recherches s'ouvrent, il convient d'être prudent sur l'interprétation des résultats afin de ne pas s'éloigner du concept d'origine.

→La participation budgétaire

French et al. (1960) définissent la participation comme un processus de décision conjointe par deux ou plusieurs parties dans lequel les décisions prises auront un impact futur sur ceux qui les ont faites

Brownell (1982) introduit la participation budgétaire comme variable modératrice. Il tente de démontrer qu'une forte orientation sur le budget peut être appropriée si les managers ont la possibilité de négocier les objectifs budgétaires s'ils participent à l'élaboration du budget. Les résultats de son étude confirment le fait qu'un fort accent sur le budget donne lieu à une meilleure performance en cas de forte participation budgétaire.

Hirst (1987) tente de répliquer ce résultat mais ne trouve pas d'interaction entre ces trois variables.

Les résultats de l'étude de Dunk (1989) révèlent une amélioration de la performance dans le cas où une forte participation budgétaire est couplée à un faible RAPM, ce résultat contredit les travaux de Hirst (1987).

Les recherches menées par Bottget et Hirst (1988) indiquent que la participation peut diminuer le stress au travail en cas de fort RAPM mais non en cas de RAPM faible.

Brownell et Hirst (1986) tentent d'associer leurs études respectives (Brownell 1982 et Hirst 1983) en testant les interactions entre le RAPM, la participation budgétaire et l'incertitude de la tâche sur la performance au travail et les tensions au travail. Leurs résultats dévoilent que les combinaisons d'un fort niveau de participation et d'un RAPM peuvent réduire les tensions au travail dans un contexte où l'incertitude au travail est faible.

Néanmoins, ils ne trouvent pas d'impact sur la performance au travail, ce qui peut s'expliquer, selon Briers et Hirst (1990), par l'absence de lien théorique avancé par les auteurs entre performance au travail et tensions de rôles et par le fait que la performance au travail est un construit ambigu.

Par la suite, Brownell et Dunk (1991) ont proposé d'appréhender l'incertitude de la tâche avec une de ses composantes : **la difficulté de la tâche**. Leurs travaux montrent d'une part

qu'une forte participation budgétaire a un effet sur la performance mais également que la combinaison d'un fort accent budgétaire et une forte participation budgétaire permet d'augmenter la performance lorsque la tâche présente un fort degré de complexité.

Lau et Tan (1998) tentent d'élargir l'étude de Brownell et Dunk (1991) auprès de 180 managers du secteur financier en intégrant une autre variable, l'aspect culturel. Tous leurs résultats ne rejoignent pas ceux de Brownell et Dunk (1991). Ils soulignent que la participation budgétaire interagit de manière significative avec la difficulté de la tâche ce qui affecte la performance : la participation budgétaire est plus importante dans le cadre de tâches complexes que dans le cas de tâches plus simples. En revanche, il n'y a aucune relation significative entre participation budgétaire, accent budgétaire et complexité de la tâche dans le secteur financier.

Lau et al. (1995) combinent l'incertitude de la tâche et la participation budgétaire dans leur étude auprès de 114 managers. Leurs résultats indiquent qu'en cas de faible incertitude de la tâche, la participation budgétaire est corrélée avec la performance mais non avec les tensions de rôles.

Par conséquent, on peut constater que le débat entre Hopwood et Otley n'a pas pu être tranché et ce malgré l'introduction de nouvelles variables explicatives. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les études ont été **peu claires sur les variables tensions de rôles ou conflit de rôle**. En effet, les chercheurs utilisent l'échelle de Kahn et al. (1964) dans leurs travaux mais interprètent leurs résultats au regard du concept de tensions au travail. Or les études sur les tensions de rôles montrent que ce concept présente au moins deux facettes : le conflit de rôle et l'ambiguïté de rôle. Aussi, le manque de clarté entre ce qui est mesuré et ce qui est interprété rajoute une complexité supplémentaire.

2.2. L'implication dans l'organisation et le RAPM : une relation peu explorée

Très peu de travaux se sont intéressés aux relations entre le RAPM et l'implication dans l'organisation.

L'implication dans l'organisation est un construit multidimensionnel qui peut se définir comme des prédispositions mentales ou un état psychologique, des sentiments ou des croyances, concernant la relation d'un employé à une organisation (Allen et Meyer, 1990).

Les travaux menés dans le domaine (Allen et Meyer, 1996, 1990 ; Dunham et al. 1994 ; Morrow, 1993) envisagent l'implication comme un construit multidimensionnel à trois composantes : la composante affective, la composante calculée et la composante normative. L'implication affective, actuellement la plus étudiée, relie l'individu et son orientation positive à l'organisation. La définition qui s'est imposée dans la littérature est celle de Mowday et al. (1982) qui voient l'implication comme la force relative de l'identification et de son engagement dans une organisation particulière. Marquée à la fois par l'aspect affectif mais également psychologique, elle est relative à la volonté de l'individu de rester dans l'entreprise et concerne l'attachement émotionnel résultant d'expériences ou d'échanges positifs ou négatifs. Buchanan (1974) identifie trois caractères : une identification (l'adoption des buts et des valeurs de l'entreprise), un engagement (ou immersion psychologique dans l'activité, la loyauté), le sentiment d'affection et d'attachement à l'organisation.

L'implication calculée est issue des recherches de Becker (1960) sur la théorie des avantages comparatifs (« side bets »), et de March et Simon (1958) sur la théorie des échanges sociaux. Selon la théorie des avantages comparatifs, l'implication est abordée comme un instrument qui permet à l'individu de faire un arbitrage entre les avantages qu'il retire de l'organisation et les sacrifices qu'il consent pour y rester. L'individu évalue des contributions reçues de la part de l'organisation afin d'ajuster son apport (Postmes et al. 2001).

Pour Alluto et al. (1973) l'implication est le résultat de cet investissement dans le temps. (1996) parlent de « continuance commitment » comme le niveau auquel les employés se sentent impliqués à l'organisation en raison de coûts qu'ils perçoivent comme associés à leur départ.

La composante normative, issue des recherches de Wiener (1982), est l'acceptation des attentes et valeurs de l'organisation comme guide de la conduite individuelle. Commeiras et Charles-Pauvers (2002) y voient une identification correspondant à un contrôle normatif sur les actions d'une personne et l'associent à la composante affective. Toutefois, on peut déduire de cette composante qu'elle n'est pas uniquement un guide, elle devient un devoir moral qu'a l'individu envers son organisation. Il ne s'agit pas d'être passif au regard des valeurs de l'entreprise mais davantage d'opter pour un comportement actif de protection de l'organisation.

Ces trois dimensions ont été étudiées dans divers domaines de l'implication : l'implication dans la profession (Snape et Redman, 2003 ; Irving et al. 1997; Meyer et al. 1993), dans les

groupes de travail (Becker et Kernan, 2003) mais également dans les changements organisationnels (Herscovitch et Meyer, 2002).

En se basant sur les travaux d'Allen et Meyer (1990), rares sont les recherches qui ont analysé le lien entre RAPM et l'implication. Or l'existence de pressions budgétaires ou d'un style de management axé sur l'atteinte des objectifs budgétaires peut avoir un impact sur l'implication de l'individu.

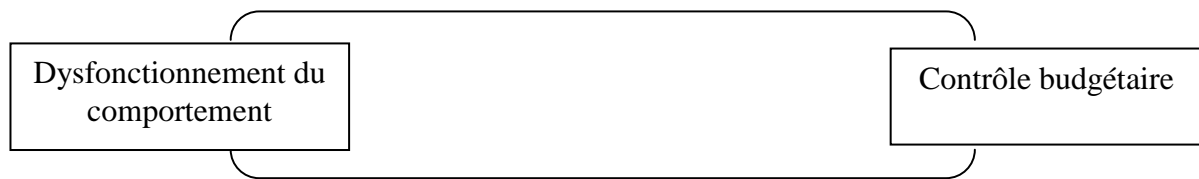
C'est pourquoi, Subramanian et Mia (2003) testent la relation entre le RAPM et l'implication dans l'organisation auprès de responsables marketing et de responsables de production. Leur étude, menée auprès de 116 managers, révèle que la relation entre l'accent sur le budget et l'implication dans l'organisation dépend du poste occupé. En effet, la corrélation entre RAPM et implication dans l'organisation est négative pour les responsables marketing et positives pour les responsables de production. Leurs résultats sont justifiés, selon eux, par le fait que les responsables marketing doivent faire preuve de créativité. Or dans le cadre d'un fort RAPM, les possibilités de développer des idées ou de faire face à l'incertitude sont faibles. En revanche, lorsque le RAPM est faible, ils peuvent développer leur créativité (Subramanian et Mia, 2003).

2.3. La manipulation de données : un domaine mal exploré

Une littérature ancienne montre l'existence de dysfonctionnements de comportements liés aux budgets.

Les travaux d'Argyris (1953) soulèvent que l'apparition de dysfonctionnements dans les comportements peut provenir du système même qui vise à les réguler. On pourrait suggérer il y **aurait donc un double** interact (Figure 14) selon lequel une action par l'acteur A évoque une réponse spécifique de l'acteur B (interact) à laquelle répond à son tour l'acteur A (double interact) en nous appuyant sur les travaux de Weick (1979).

Figure 14 : Les liens d'interdépendance entre dysfonctionnements de comportements et contrôle budgétaire.



Whyte (1955) décrit les tentatives ingénieuses d'un groupe pour obtenir des objectifs budgétaires plus facilement atteignables lorsque leur bonus est corrélé à l'atteinte de ces standards.

Sur ce même sujet, des travaux (Schiff et Lewin, 1968 ; Rosen et Schneck, 1967) indiquent que les managers ont tendance à manipuler les données budgétaires pour anticiper une réduction possible de leur budget par leur supérieur.

Par conséquent, la littérature identifie deux manières de manipuler :

- la création de slack budgétaire qui correspond à « *l'excès du montant alloué à une division au delà de ce qui lui est nécessaire* » Merchant (1985). Il est réalisé en amont de la tâche puisqu'il apparaît lors de négociations budgétaires ;
- la manipulation de données par la falsification de données qui est un dysfonctionnement du système de contrôle pouvant s'effectuer soit en lissant des données soit en les falsifiant (Flamholtz, 1979). Cette manipulation est continue ou à posteriori.

2.3.1. Le slack budgétaire

Dans l'étude de cas menée par Lowe et Shaw (1968), les résultats montrent que les managers de commerciaux peuvent avoir des comportements particuliers en réponse au système de récompenses mis en place par l'entreprise et basé sur l'atteinte des objectifs budgétaires. En effet, ils peuvent introduire du slack budgétaire en biaisant leurs prévisions des ventes et en participant au processus d'élaboration du budget.

Shiff et Lewin (1968) ou encore Onsi (1973) indiquent que les managers ont tendance à créer du slack budgétaire. En effet, les résultats d'Onsi (1973) démontrent que pour faire

face aux objectifs budgétaires serrés, les managers sont enclins à faire de la manipulation de données ou encore de créer du slack afin de disposer de marge de manœuvres.

Merchant (1985) mesure le RAPM avec trois variables et constate que le slack budgétaire n'est positif et significatif qu'avec la variable « *dépassements prévus de budget* », les deux autres variables « *explications à donner aux écarts budgétaires* » et « *lien avec récompenses* » ne donnent pas lieu au slack budgétaire.

Aussi, il démontre que le slack budgétaire peut apparaître lors de pressions budgétaires si le manager intervient dans le processus d'élaboration du budget c'est à dire en amont. Dans son étude, Dunk (1993) met en exergue le fait que l'accent mis sur les objectifs budgétaires associés à un faible degré de participation et une asymétrie d'information peut conduire les agents à créer du slack budgétaire.

Par ailleurs, une étude confirmatoire est menée par Hughes et Kwon (1990) sur les données de Merchant. Elle valide le lien positif entre le RAPM et le slack budgétaire.

Lau et al. (1995) lors de leur enquête auprès de 83 managers arrivent aux mêmes conclusions.

D'autres recherches se centrent sur le style de contrôle budgétaire serré, concept corrélé au RAPM. Ce style de contrôle est selon Anthony et Govindarajan (1998), un système de contrôle centré uniquement sur le fait d'atteindre ou non les objectifs budgétaires, ce sont ces derniers qui sont le point central de l'évaluation de la performance.

Ce concept (Van der Stede, 2001) se décline en cinq dimensions : l'accent mis sur le budget, les révisions budgétaires en cours de période, l'intensité de la communication budgétaire, la tolérance pour la déviation budgétaire et l'analyse globale versus l'analyse de certains postes budgétaires.

En testant la relation entre les contrôles rigides et le slack budgétaire, Van der Stede (2000) trouve que plus les contrôles budgétaires sont rigides moins il y a de slack budgétaire. De plus, ces travaux n'indiquent pas de relations significatives entre la rigidité des contrôles budgétaires et l'orientation managériale sur le court terme. Ces résultats concernant les contrôles budgétaires serrés et le slack viennent confirmer partiellement l'étude de Lau (1999).

2.3.2 La manipulation de données

A notre connaissance, très peu de travaux se sont penchés sur la manipulation de données. Ce concept, délicat à isoler, n'a été étudié en contrôle de gestion, que par Hopwood (1972) et Merchant (1990). Leurs travaux indiquent que la pression à atteindre les objectifs financiers tend à augmenter la manipulation (Hopwood, 1972, Merchant, 1990).

Les corrélations obtenues entre RAPM et manipulation de données ont été partielles dans le cadre des travaux de Merchant (1990). Ses recherches indiquent l'existence d'une corrélation entre RAPM et la manipulation de données en accélérant les ventes. En revanche, les corrélations entre RAPM et d'autres techniques de manipulation, telles que l'achat à l'extérieur ou le transfert de comptes ne sont pas significatives.

Ainsi, les managers, pour atteindre les objectifs budgétaires ont tendance à différer une dépense ou en accélérer les ventes. Cette manipulation de données s'effectue *a posteriori*, contrairement au slack budgétaire.

On peut donc s'interroger au vu des résultats obtenus, si le RAPM n'engendre pas un seul type de manipulation de données.

CONCLUSION DE LA SECTION 2

Le RAPM est un concept aux contours ambigus. Il est appréhendé par la littérature comme un fort accent sur le budget, une pression budgétaire ou encore l'accent mis par le supérieur hiérarchique sur les données comptables et financières.

Or, il paraît délicat d'utiliser indifféremment ces déclinaisons du RAPM pour plusieurs raisons. Tout d'abord, **sa traduction littérale n'indique à aucun moment un sentiment de pression perçue**, il s'agirait davantage d'un lien relatif à l'existence de mesures comptables destinées à évaluer la performance.

De plus, les instruments de mesure utilisés dans la plupart des travaux tentent d'identifier des styles de direction, exercés ou perçus en se concentrant sur le manager, son travail, ses relations. Or, rien n'indique que le style de direction exercé ou perçu soit le même à tous les niveaux organisationnels.

Egalement, les études se sont centrées sur les pressions exercées par la hiérarchie directe. Elles s'attachent peu à étudier l'existence de pressions pouvant provenir des autres managers, autres supérieurs ou encore salariés. Cependant, l'étude d'Argyris (1953) indique que le manager peut se retrouver en position d'interface entre le supérieur direct et l'équipe qu'il dirige, suite aux pressions qu'il perçoit. Aussi, il semble que cette piste de recherche soit intéressante à explorer.

En conséquence, malgré ses faiblesses, le RAPM demeure pertinent pour l'objet de cette étude puisqu'il met en lumière les effets d'un contrôle par l'utilisation de mesures comptables et tout particulièrement d'un contrôle par les résultats financiers.

Par ailleurs, comme nous l'avons précisé, la T2A et la nouvelle gouvernance mettent en place un contrôle par les résultats financiers.

Aussi, en nous intéressant à ses effets, il semble pertinent de mobiliser ce concept. Dans la littérature, le RAPM est associé à des mesures comptables de la performance. Or, l'introduction de la T2A se base sur l'activité déclarée, par conséquent il semble préférable d'appréhender le RAPM comme la dépendance à la mesure financière de l'activité déclarée.

Nous précisons qu'il s'agit d'une activité déclarée puisque les ressources vont être attribuées en fonction des informations contenues dans le PMSI, c'est-à-dire du codage des actes effectué par les médecins.

Par ailleurs, les travaux sur les relations entre tensions au travail et RAPM n'ont pas pu donner de résultats clairs. Les auteurs ont justifié les résultats contradictoires obtenus en se basant sur la théorie de la contingence (Lawrence et Lorsch, 1973). Malgré la complexification des modèles, les corrélations entre RAPM et conflits de rôle ne sont pas toujours significatives.

Si certains travaux indiquaient que le RAPM pouvait augmenter les conflits de rôle, les études récentes révèlent que l'utilisation de données comptables pour évaluer la performance peut diminuer les ambiguïtés de rôle, puisque les managers connaissent les objectifs à atteindre.

Enfin, nous avons remarqué le faible nombre de travaux relatifs consacrés aux liens entre le RAPM et les comportements. Ces travaux suggèrent que le RAPM génère une certaine forme de manipulation de données. Les résultats étant partiels, il semble que des travaux sur ce sujet doivent être approfondis.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Nous avons montré dans ce chapitre que différents modes de contrôles, le contrôle professionnel et le contrôle par les règles, coexistent dans les organisations professionnelles telles que les hôpitaux publics.

Nous avons pu également observer que les réformes mises en place en France et visant la réforme des hôpitaux introduisent toutes les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'un contrôle des résultats s'implante. En effet, l'introduction de la T2A couplée à l'organisation en pôles d'activités, créent des unités décentralisées autonomes dont les ressources sont liés à l'activité déclarée.

Par conséquent, le contrôle par les résultats financiers nous a conduit à mobiliser le cadre du Reliance on Accounting Performance Measures (RAPM), comme courant de recherche sur les effets du contrôle par les résultats.

Les recherches sur le RAPM précisent, d'une part, qu'il y a un manque de base théorique à ce concept et, d'autre part, qu'il est multidimensionnel. En effet, sous le vocable RAPM sont conjointement réunis des styles de directions ou encore des pressions budgétaires. Or nous avons évoqué que la dépendance à la mesure comptable de la performance présente des ambiguïtés pouvant expliquer l'absence de consensus entre les travaux antérieurs sur le sujet. Par conséquent, malgré le nombre d'études menées dans ce domaine, ce concept s'est dénaturé et n'a pas été mesuré de la même manière, ce qui le complexifie. Les nombreuses critiques sur le plan théorique et méthodologique soulignent que les développements statistiques, parfois critiquables, sont au cœur de ces travaux. Egalement, l'absence de mobilisation de cadres théoriques clairs justifie ces faiblesses conceptuelles.

Toutefois, si l'on s'attache à la traduction littérale du concept de RAPM, il nous paraît pertinent de mobiliser ce concept à l'hôpital. En effet, l'introduction de la T2A lie directement les ressources à l'activité exercée. Ainsi, un lien de dépendance financier à la mesure de l'activité est mis en place à l'hôpital public.

CONCLUSION DE LA PARTIE 1.

Tout au long de cette partie, nous avons mis en lumière les récentes réformes à l'hôpital et les travaux menés en contrôle de gestion concernant les modes de contrôles.

La première partie nous a permis d'identifier les changements organisationnels et financiers au sein de l'hôpital. Nous avons souligné, d'une part que l'hôpital est aujourd'hui divisé en pôles d'activités disposant d'une autonomie de gestion, et d'autre part, que le mode de financement introduisait une logique de résultats permettant de contrôler l'activité des médecins.

C'est pourquoi, dans le second chapitre, nous avons envisagé les différents modes de contrôles organisationnels dans le secteur hospitalier. En effet, de part sa nature, ce secteur est soumis à un mode de contrôle clanique, informel et professionnel, mais également à un contrôle par les règles.

Nous avons pu constater que toutes les conditions nécessaires et suffisantes étaient réunies pour la mise en place d'un contrôle par les résultats au sein de l'hôpital. De plus, la logique du New Public Management semble confirmer l'orientation de l'hôpital vers un contrôle par les résultats financiers.

Par conséquent, l'objectif de notre travail étant d'étudier les conséquences du contrôle par les résultats financiers, cela conduit à mobiliser le cadre conceptuel du RAPM, en tenant compte de ses limites (manque de clarté dans les définitions, faiblesses d'opérationnalisation...)

La littérature a également montré que le RAPM pouvait générer des conflits de rôle.

Or, nous avons précédemment évoqué l'existence de logiques différentes résultant de la confrontation entre les soins et les contraintes financières. Aussi, il ne paraît pas exclu que la dépendance à la mesure comptable de l'activité engendre des tensions de rôles chez les médecins.

Par ailleurs, dans ce milieu où l'attachement aux valeurs professionnelles est important, l'implication ne peut être occultée. Les travaux menés sur les médecins ont montré non seulement leur implication dans la profession mais également dans l'organisation. Aussi, si des logiques économiques prennent le pas sur des logiques de soins, on peut s'interroger sur l'évolution de l'implication du médecin dans sa profession et dans l'organisation hospitalière.

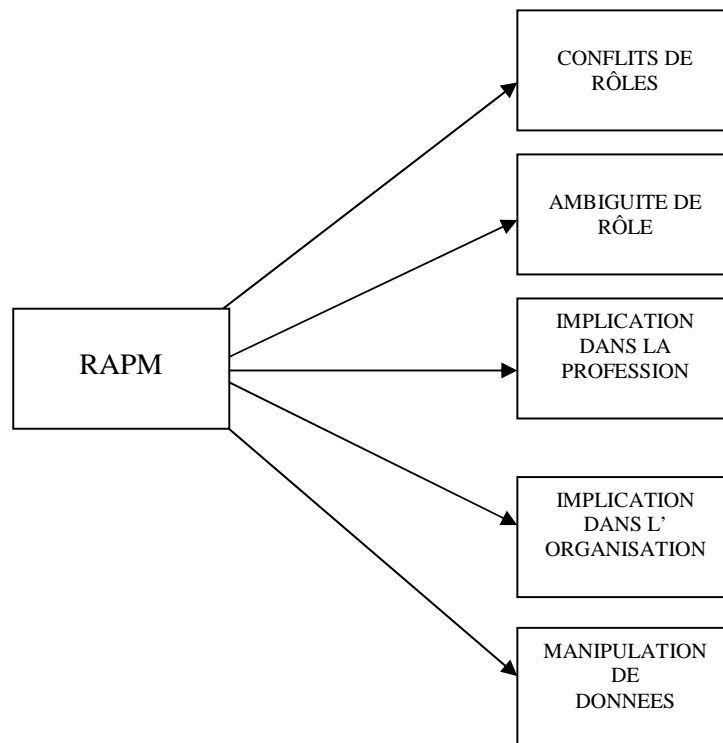
Enfin, peu de travaux ont réussi à identifier la manipulation de données comme conséquence de la mesure comptable de la performance.

On ne peut négliger cet aspect, car les recherches effectuées dans le milieu hospitalier ont montré l'existence de surcodage depuis l'introduction des DGR.

Par conséquent, il est possible de retrouver ce phénomène de surcodage, qui correspondrait à une manipulation de données via le système d'information, au sein du secteur hospitalier public français.

Ces éléments, à l'issue de la revue de littérature nous permettent de présenter un premier modèle de la recherche.

Figure 15 : Un premier modèle de la recherche



Afin de mieux appréhender le RAPM dans l'institution hospitalière et plus précisément ses manifestations et dysfonctionnements, nous procédons à une première étude qualitative exploratoire. Nous menons cette recherche auprès de praticiens hospitaliers dans deux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Le chapitre suivant sera consacré à présenter cette étude.

PARTIE 2 :
LES ETUDES EMPIRIQUES SUR
LA PRESSION FINANCIERE
INTERNE A L' HOPITAL PUBLIC

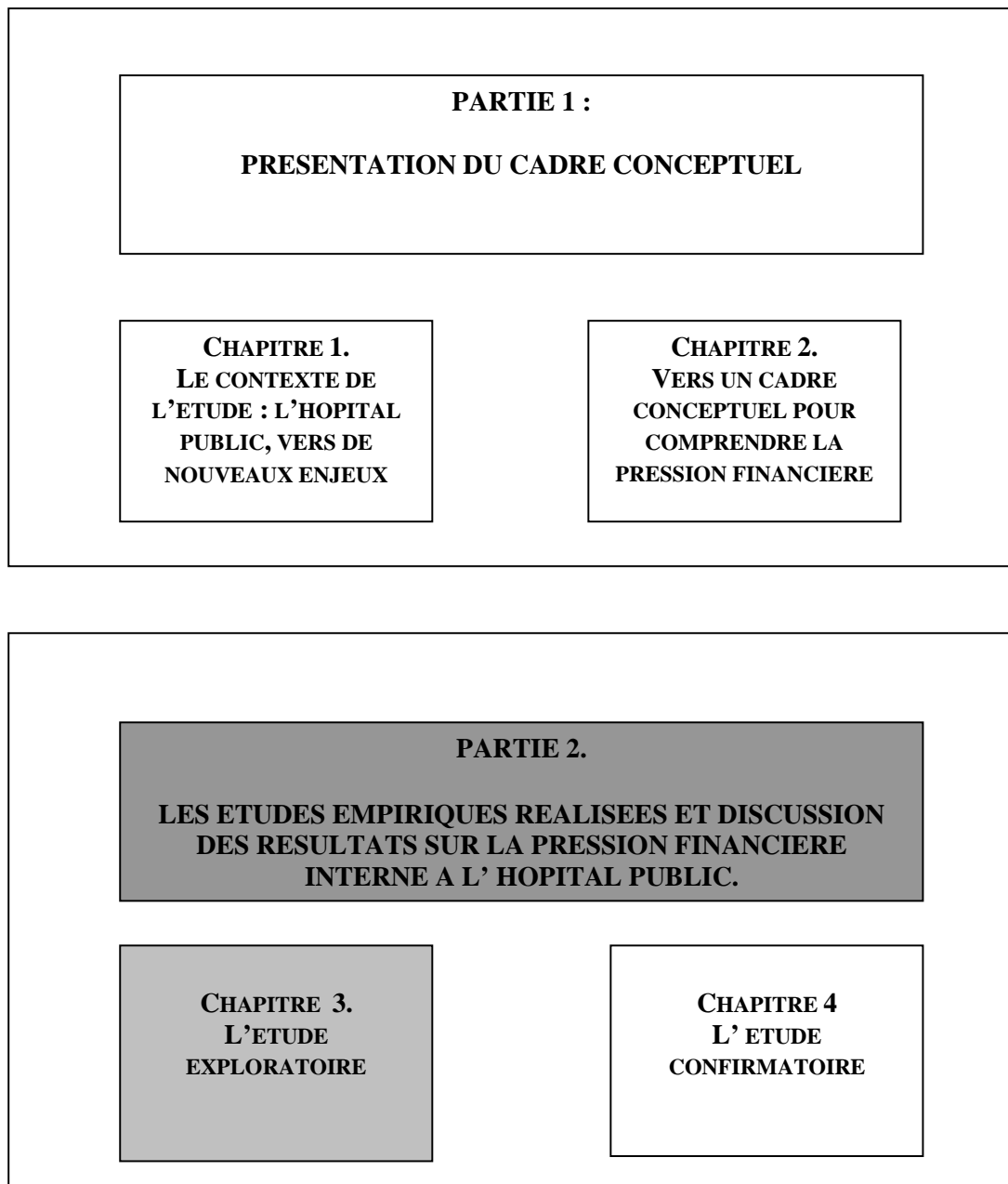
Nous avons présenté, dans les chapitres précédents, le cadre conceptuel de notre travail doctoral ainsi que le terrain de notre étude. En nous basant sur la littérature, nous avons proposé un premier modèle de la recherche.

La seconde partie de ce travail a pour objet de d'enrichir ce modèle de recherche en le confrontant aux données empiriques. Pour cela, nous avons réalisé deux études qui seront présentées dans les chapitres suivants.

Le chapitre 3 sera consacré à l'étude qualitative exploratoire menée auprès de 31 praticiens hospitaliers dans deux CHU. Cette étude nous permettra de mieux comprendre le RAPM ainsi que ses effets. Nous exposerons en premier lieu la méthodologie retenue puis les résultats et terminerons par une synthèse qui nous aidera à compléter notre modèle initial.

Le chapitre 4 aura pour objet de confirmer les résultats obtenus dans notre étude exploratoire et de tester le modèle de recherche. Pour cela nous nous appuierons sur l'enquête que nous avons menée auprès de 578 praticiens hospitaliers dans 14 CHU. Après avoir exposé les hypothèses de la recherche issues de la revue de littérature et de notre étude exploratoire, nous présenterons la méthodologie retenue pour cette étude, les analyses statistiques et les tests des hypothèses, puis nous terminerons par une discussion des résultats.

Figure 16 : Structure Générale de la Thèse



CHAPITRE 3.

L'ETUDE EXPLORATOIRE SUR LE CONCEPT DE PRESSION FINANCIERE INTERNE

Les récentes réformes à l'hôpital public introduisent un contrôle par les résultats financiers. De plus, les attributions des cadres administratifs se sont élargies puisqu'il s'agit de gérer les dépenses et d'améliorer le pilotage de l'organisation. De ce fait, une nouvelle logique financière de résultats est introduite dans cette bureaucratie professionnelle, orientant cette dernière vers une organisation par divisions.

La corrélation entre les ressources perçues par l'hôpital et son activité, nous amène à mobiliser le cadre conceptuel du RAPM issu de la littérature du contrôle de gestion.

Néanmoins, ce concept demeure flou car certains auteurs se sont attachés à la dimension styles de direction tandis que d'autres l'abordent comme une pression budgétaire.

Par ailleurs, les précédentes recherches sur le RAPM et la pression budgétaire ont, pour la plupart, utilisé des méthodologies quantitatives de nature hypothético-déductives. Or, selon Noeverman et al. (2005), il n'existe pas, à ce jour, d'échelles de mesures optimales pour ce construit. La réalisation d'une étude qualitative permettrait de mieux appréhender ce concept et de saisir ses facettes.

C'est pourquoi à partir d'une étude exploratoire auprès de 31 praticiens hospitaliers dans deux CHU, nous tenterons de comprendre comment le RAPM se révèle à l'hôpital public, quels sont les dysfonctionnements qui y sont associés.

Une première partie sera consacrée à la méthodologie de l'étude exploratoire menée. Dans un second temps, les résultats seront présentés, ce qui nous permettra d'avancer un modèle plus affiné de notre recherche.

SECTION 1 : LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Nous verrons, dans un premier temps, les grands thèmes du guide d'entretien de notre étude, l'échantillon et le mode de recueil des informations puis, dans un second temps, le mode de traitements des données utilisé pour notre recherche exploratoire.

1. LA COLLECTE DES DONNEES

Nous présenterons tout d'abord le guide d'entretien puis, le mode de constitution de l'échantillon et enfin nous exposerons la procédure de collecte des données.

1.1. Le guide d'entretien

Suite à l'analyse de la littérature plusieurs interrogations se sont posées : qu'est ce que le RAPM, comment se manifeste-t-il à l'hôpital, que ressent le personnel médical, et peut-on observer une modification des comportements depuis l'introduction de la T2A.

Aussi, une première série de questions vise à comprendre ce qu'est le RAPM dans le secteur hospitalier. Nous avons ainsi orienté l'entretien sur les pressions ressenties par les acteurs interrogés et les logiques économiques émergentes.

Une seconde série de questions a pour objectif de connaître les liens existants entre le répondant et son organisation, son métier. Aussi, un second groupe d'interrogations portait sur ce que représentent, pour le répondant, son métier de médecin et le CHU.

Un troisième groupe de questions essaie d'éclairer les relations entre le médecin et l'administration. Nous avons conduit l'entretien vers les rapports avec l'administration et l'existence d'injonctions contradictoires ou paradoxales. En cas de réponse affirmative, nous avons demandé à l'interrogé de l'illustrer par un ou plusieurs exemples.

Enfin, un quatrième groupe de questions se centre sur la manipulation de données afin de déceler le phénomène de surcodage. Nous n'avons pas directement posé la question du surcodage mais avons cherché à savoir comment se déroule le processus de codage des actes.

Le guide d'entretien a été élaboré en utilisant des termes propres au secteur médical. L'ordre des thèmes abordés a tenu compte de la règle de progressivité des questions (Evrart et al, 2009). Nous avons, cependant, parfois dû intervenir afin d'envisager d'autres questions pour obtenir les informations souhaitées (Tableau 12).

Tableau 12 : Le guide d'entretien de l'étude exploratoire

Thème 1. Les pressions

1. Ressentez-vous des changements depuis l'introduction de la T2A ? Y-a-t-il des logiques financières ?
2. Faites-vous des demandes de matériel ? Vous donne-t-on satisfaction ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?
3. Dans quel cadre vous consulte-t-on ? Vous sentez-vous concerné par les décisions qui sont prises ? Pensez-vous que l'on tienne compte de votre avis ?
4. Avez-vous rencontré des conflits, des résistances avec d'autres acteurs pour obtenir des ressources (financières ou humaines) ? Avez-vous un exemple ?

Thème 2. L'implication

1. Que représentent pour vous votre profession, le CHU
2. Avez-vous déjà travaillé dans les établissements du secteur privé ?
3. Quelle satisfaction retirez-vous de votre travail ? Aviez-vous eu initialement une motivation que vous avez perdue ? Qu'est-ce qui a, selon vous, déclenché ce changement ?
4. Que représentent pour vous votre profession, le CHU?

Thème 3. Les relations avec l'administration

1. Quels sont vos rapports avec le corps administratif ? Sentez-vous une pression administrative exercée, des injonctions contradictoires ou paradoxales (exemples...) ?
2. Sentez-vous parfois un conflit entre vos fonctions de médecin/fonction administrative (cas de chef de pôle), entre vos fonctions de médecins et les administratifs ? Exemple. Entre le médecin et le personnel soignant ?
3. Sentez-vous un conflit entre vos fonctions administratives et votre avancement de carrière ?
4. Avez-vous l'impression que l'on vous donne assez de moyens pour exercer votre travail ? Par rapport à la qualité des soins que vous souhaiteriez dispenser ?

Thème 4. Le codage des actes

1. Comment se passe la prise en charge du patient ? La codification des actes ?
2. Comment procédez-vous quand vous réalisez un acte qui n'existe pas dans le PMSI?

1.2. La constitution de l'échantillon

L'échantillon est constitué de **31 praticiens hospitaliers** exerçant au sein de différents pôles dans deux CHU. Le **contexte environnemental de ce terrain d'étude est sensible**, notamment depuis les introductions de la tarification à l'activité et de la Réforme « Hôpital Santé Patient Territoire ».

Par conséquent, nous avons opté pour une prise de contact par le président de la Commission Médicale d'Etablissement qui nous a dirigés vers deux praticiens hospitaliers, qui eux-mêmes, par la suite nous ont orienté vers d'autres praticiens hospitaliers. **Cet échantillonnage « boule de neige » a été réalisé pour atteindre le seuil de saturation de 30 entretiens.** Selon Pires (1997), le seuil de saturation est celui à partir duquel les réponses fournies à l'intérieur d'une catégorie sociale ne varient plus.

Nous avons pris le soin d'obtenir des spécialités, fonctions, unités différentes afin d'élargir le champ de compréhension du phénomène (anesthésiste, ophtalmologiste, cardiologue, biologiste, ... voir Tableau 13).

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

Nous avons opté pour le **praticien hospitalier** car, au sein de l'organisation, son activité (consultations, opérations) est à **l'origine des ressources perçues** par l'hôpital. Il est, théoriquement, en charge d'effectuer le codage des actes médicaux. Par conséquent, c'est un acteur clé, qui peut percevoir directement les effets de la T2A.

Enfin, bien qu'il ne soit pas dans l'échantillon, nous avons contacté un contrôleur de gestion dans un des CHU afin de mieux comprendre certains points de l'entretien.

Tableau 13 : Les caractéristiques de l'échantillon.

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

SP= Service Public

PH= Praticien Hospitalier

PU= Professeur des Universités

Nous avons ainsi interrogé 4 encadrants et 27 médecins de spécialités et services différents.

1.3. La réalisation des entretiens

Nous avons procédé à une série d'entretiens **individuels semi-directifs** afin de collecter des données primaires entre les mois de juin et d'août 2008.

Cette technique privilégiée d'accès à l'information permet à l'interrogé de répondre librement sur des questionnements précis, sous le contrôle du chercheur (Wacheux, 1996).

Aussi, au vu des questionnements issus de la revue de littérature et dans le cadre d'une recherche exploratoire, il nous semblait pertinent de préférer cette technique aux techniques d'entretien directif ou non-directif.

La prise de rendez-vous s'est effectuée en indiquant que nous étions recommandés par un médecin. Conscient du risque de contamination intragroupe, associé à la sensibilité du terrain (Mitchell, 1993), nous avons demandé à chaque praticien de ne pas contacter personnellement le médecin que nous allons interviewer par la suite.

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

Chaque entretien a été enregistré avec l'accord du répondant et retranscrit dans son intégralité de manière exhaustive. Nous avons ainsi obtenu un corpus de 83 pages interligne 1 page A4.

2. LE TRAITEMENT DES DONNEES

Nous présenterons successivement l'intérêt d'utiliser la démarche qualitative dans cette étude exploratoire, puis la méthode de découpage de corpus pour en extraire du sens.

2.1. Intérêts de la démarche qualitative

Une des difficultés de la démarche qualitative est qu'elle est bâtie sur des mots. Ces mots peuvent posséder de nombreux sens, en fonction des contextes, ce qui peut rendre leur utilisation et manipulation difficiles (Miles et Hubermann, 2003). Ce processus de déconstruction et reconstruction des données (Tesch, 1990) permet de dégager un sens nouveau, de donner une lecture orientée (Blanchet et Gotman, 2001) d'un phénomène.

Cette méthodologie se distingue des approches quantitatives sur trois points (Gavard-Perret et Helme- Guizon, 2008) :

- la complexité et la richesse de l'analyse : en effet, selon Paillé et Mucchielli (2003), une donnée qualitative est par essence complexe et ouverte. Ses contours sont flous, sa signification est sujette à interprétation. Les chiffres sont moins ambigus (Miles et Hubermann, 2003) ;
- les objectifs de l'étude : elle a pour objectif la compréhension en profondeur d'un phénomène, de prendre en compte des interactions et leur articulation dans un contexte (Gavard-Perret et Helme- Guizon, 2008).
- l'émergence d'un sens : la technique qualitative est un « exercice intellectuel permettant de faire émerger du sens », Paillé et Mucchielli (2003). On ne peut exclure la part importante de l'interprétation du corpus lors du traitement des données. A ce sujet, Paillé et Mucchielli (2003) précisent qu'il s'agit d'un champ d'exercice intellectuel avant d'être une méthode ou une technique, et ne saurait être contenue dans une formule exclusive ou dans une série linéaire et limitée d'algorithmes.

La mise en œuvre de la technique qualitative peut s'effectuer de deux façons : il est possible de procéder à une analyse manuelle ou à une analyse automatisée des données (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2008).

Nous avons opté, dans notre recherche, pour une analyse manuelle pour deux motifs.

Le premier motif est que nous souhaitons faire **émerger du sens**. Aussi, pour analyser un phénomène, une étude manuelle, comme l'étude « papier-crayon », demeure la méthode conseillée (Capdevielle-Mougnibas, 2009 ; Fenneteau, 2002).

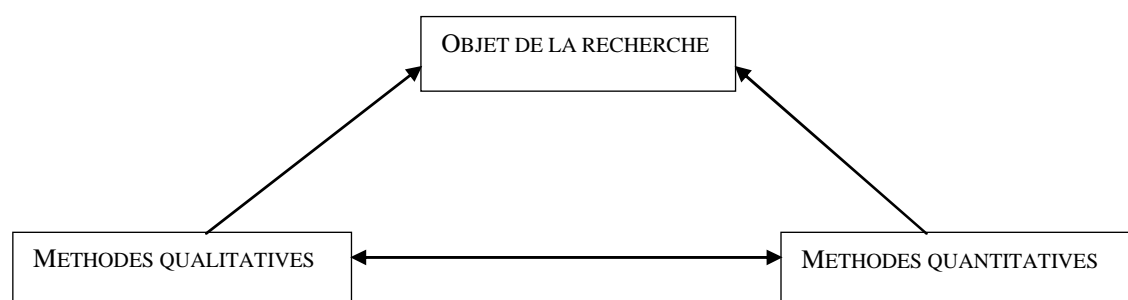
Afin de ne pas marginaliser certains phénomènes, nous n'avons pas procédé à un comptage via, par exemple, le logiciel Alceste. La poursuite de notre étude se déroulant par la méthode des équations structurelles, nous n'introduiront pas d'analyse quantitative dans cette partie.

Les méthodes quantitatives peuvent être utilisées dans le cadre d'une triangulation.

Lambin (1990) indique qu'une étude exploratoire, est une première étape afin de délimiter la question de recherche, de clarifier les concepts, d'explicitier les hypothèses qui vont mener par la suite à une approche quantitative.

La triangulation permet de tester le dispositif de recherche (Bouchard, 1976) afin de s'assurer que les résultats obtenus ne sont pas uniquement liés à la méthode utilisée. Le chercheur peut ainsi utiliser les deux méthodes en limitant les défauts de l'une par les atouts de l'autre (Jick, 1990).

Figure 17 : La triangulation (Thiéart et al. 2007)



Ainsi, l'objectif de notre étude permet d'utiliser ce cadre d'analyse. En effet, notre recherche exploratoire a pour but de **comprendre les conséquences du contrôle par les résultats financiers pratiqués au sein des CHU sur les praticiens hospitaliers**.

Par ailleurs, la mise en place effective et totale du nouveau mode d'allocation des ressources au sein des CHU ne s'est faite qu'au début de l'année 2008. En conséquence, à notre

connaissance, aucun travail francophone sur ce sujet n'a été effectué. Nous avons ainsi pour objectif la compréhension d'un phénomène dans son contexte.

Enfin, le RAPM souvent flou dans la littérature nécessite d'être mieux compris. L'usage de la méthodologie qualitative peut nous aider à mieux appréhender ce concept.

C'est pourquoi, il paraît utile de mobiliser l'analyse de contenu sur les données recueillies en travaillant non pas sur les interprétations ou adaptations personnelles que l'individu fait subir à l'outil linguistique mais sur le contenu de la communication et ses traits constitutifs (Gavart-Perret et Moscarola, 1998).

2.2. Le découpage du corpus

La technique la plus connue en méthodologie qualitative est l'analyse de contenu. Toutefois, il semble qu'elle regroupe non seulement des définitions diverses (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2008) mais également « un ensemble disparate de techniques » (Henri et Moscovici, 1968).

Elle est initialement définie par Berelson (1952) de manière restrictive comme « une technique de recherche pour une description objective et systématique et quantitative du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter ». Plus tard, Bardin (2003) propose d'y voir « un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de descriptions du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/ réception de ces messages. ». Malgré ces évolutions de définitions, il semble qu'il y ait un accord sur le fait que l'analyse de contenu a pour objet de classer les mots d'un texte dans un nombre plus petit de catégories (Weber, 1990).

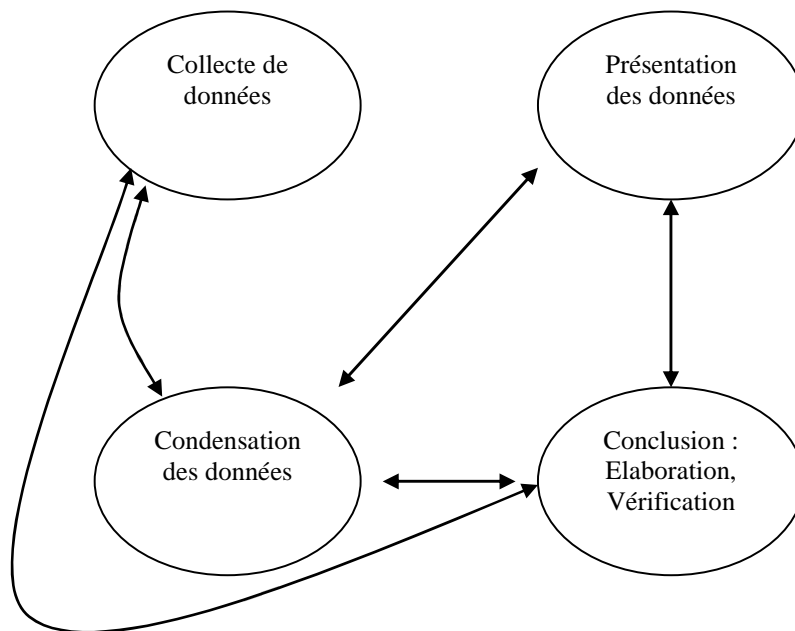
L'analyse de contenu peut avoir différentes utilisations (Berelson, 1952 ; Weber, 1990). En sciences de gestion, elle permet notamment :

- d'identifier des attitudes, des intentions, des croyances d'employés, de dirigeants ;
- d'analyser des différences culturelles dans les styles de communications des dirigeants ;
- de construire des typologies sur la base de différences ou points communs à partir d'entretiens ou d'observations.

Miles et Hubermann, (2003) proposent un modèle bâti sur « trois flux concourant d'activités » :

- la période de condensation des données ;
- la présentation des données ;
- l'élaboration et vérification des hypothèses.

Figure 18 : Les composantes de l'analyse de données : modèle itératif (Miles et Hubermann, 2003)



La première phase consiste à un « ensemble de processus de sélection, de centralisation, simplification, abstraction et transformations de données brutes » (Miles et Hubermann, 2003). Au cours de cette phase, différentes étapes vont se succéder.

Tout d'abord une lecture « flottante » doit être faite. Il convient au terme de cette étape de respecter la condition d'homogénéité en utilisant les données issues d'un même type de source.

Dans notre étude, notre matériel est exclusivement composé d'entretiens semi-directifs. La lecture flottante doit permettre de déterminer les règles de découpage du corpus : mots, phrase, paragraphe.

Ce découpage donne lieu à un codage ou catégorisation en fonction des auteurs car il semble que la terminologie ne se soit pas encore stabilisée (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2008, Paillé et Mucchielli, 2003).

C'est pourquoi nous optons ici pour l'approche préconisée par Miles et Huberman (2003).

Le codage d'un texte consiste en une transformation, effectuée selon des règles précises, des données brutes du texte (Bardin, 2007).

Un code, selon Miles et Huberman (2003) est une étiquette qui désigne des unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude.

Pour ces auteurs, un code n'est pas de taille précise et prédéfinie. Il peut concerner un mot, une phrase ou un paragraphe ayant un sens ou une signification.

Le code va permettre de savoir quels sont les éléments qui sont similaires, ceux qui peuvent être associés ou ceux qui sont opposés (LeCompte et Goetz, 1983).

La création de code peut se faire soit a priori, soit de manière émergente.

Dans le cadre d'un codage a priori, le chercheur se construit une grille de code à partir de théories déjà existantes, de définitions conceptuelles. Puis, il tente de repérer au sein du corpus les éléments pouvant être rattachés à ces concepts ou théories. Or, certains éléments du corpus ne peuvent pas être codés car ils n'entrent pas dans le champ prédéfini du chercheur (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2008).

Nous optons dans notre étude pour un codage émergent, dans une perspective de théorie enracinée (Glaser et Strauss, 1967). Méthodologie peu usitée dans les travaux comptables en France, (Joannides et Berland, 2008), nous choisissons ce mode de codage pour plusieurs motifs. Tout d'abord, il a pour objectif la compréhension d'un objet, d'un environnement managérial ou social (Quattrone, 2000). Il s'agit de « faire abstraction des cadres théoriques préexistants afin de laisser un objet d'étude produire de lui-même les éléments constitutifs d'une théorie » (Joannides et Berland, 2008).

Ensuite, selon Becker (2001), certaines dimensions empiriques n'ont pas été soulevées, ne permettant pas à la connaissance d'avancer. Par conséquent, l'utilisation de ce mode de codage peut révéler de nouvelles connaissances.

La démarche de la Grounded Theory, ou théorie enracinée, peut s'effectuer en suivant en trois étapes : le codage des données, la réflexivité des acteurs au regard du texte et enfin la plausibilité du discours.

Le codage du corpus n'est réalisé qu'une fois les entretiens retranscrits de manière exhaustive.

Il existe alors trois modes de codages successifs:

- un codage ouvert : il permet de mettre dans des catégories des phénomènes en se basant sur le corpus. Le chercheur procède à une démarche itérative entre les données issues du terrain et les concepts présents dans la littérature. Il dispose alors d'une latitude suffisante pour pouvoir s'éloigner des travaux antérieurs si aucune des données ne peut être reliée à des concepts issus de la littérature. A ce stade les concepts sont regroupés et catégorisés (Gavard-Perret et Helme-Guizon, 2008). Ainsi, nous nous sommes attachés à identifier les unités d'analyses heuristiques, donnant du sens.
- un codage axial : il s'agit d'établir des liens entre une catégorie ou des sous catégories en identifiant des propriétés, des caractéristiques. Il s'agit de se centrer sur le phénomène central issu des données et du codage ouvert ;
- un codage sélectif : les diverses catégories vont être mises en relation afin de déterminer les catégories centrales et formuler des propositions théoriques. Cette phase permet la création d'une structure pour sa théorie. Les résultats peuvent être, par la suite, comparé avec ceux des recherches précédentes.

Le processus de codification s'achève lorsqu'un phénomène de saturation apparaît : chaque fait nouveau peut être rattaché à une catégorie (Lincoln et Guba, 1990 ; Strauss, 1987). Nous avons ainsi procédé au processus de codification jusqu'à ce que l'analyse parvienne à saturation et qu'un certain nombre de régularités émergent (Lincoln et Gupta, 1990). Par la suite, nous avons utilisé la méthode de la comparaison constante ou systématique : chaque unité a été comparée aux autres unités catégorisées. Ainsi, toutes les unités ont pu faire l'objet d'un classement en catégorie. Les catégories ont été définies et les relations entre les différentes catégories ont émergé.

Cette méthode, selon Wacheux (1996), permet d'organiser le phénomène pour aider à l'interprétation « à partir de concepts mobilisés, de leur contextualisation sur le terrain et du sens donné par les acteurs à leurs actes ».

La seconde étape du processus consiste en la présentation des données. Pour Miles Hubermann (2003) cela consiste en un « assemblage organisé d'informations qui permet de

tirer les conclusions et de passer à l'action ». De manière courante, les données sont présentées sous la forme de texte narratif, illustré par des verbatims. Il est possible de les compléter par des diagrammes ou des schémas qui rassemblent les informations (Miles Hubermann, 2003).

La dernière étape permet de donner du sens, élaborer et vérifier ses conclusions. Différents outils sont proposés par Miles et Hubermann (2003). L'interprétation des données peut se baser sur différentes tactiques :

- le regroupement de variables ;
- repérer les relations entre les variables ;
- trouver les variables intervenantes ;
- construire une chaîne logique d'indices.

Par la suite, il convient de vérifier ou de confirmer les résultats : un des objectifs est de minimiser les biais pouvant apparaître.

Selon les travaux de Wax (1971), il est possible de retrouver trois catégories de biais :

- le biais lié à l'illusion holiste est d'accorder aux événements plus de convergence qu'ils n'en ont dans les faits.
- le biais d'élite est d'accorder trop d'importance aux données provenant d'informateurs possédant de hautes responsabilités, susceptibles d'être bien informés ;
- la sur-assimilation consiste en une perte de sa neutralité et de son objectivité.

Glaser et Strauss (1967) proposent d'évaluer la validité de l'étude en soumettant les conclusions obtenues aux acteurs observés ou à un autre groupe d'acteurs issus de la même organisation. L'objectif principal réside dans le fait que les acteurs se reconnaissent ou reconnaissent leur organisation dans la présentation de la narration proposée par le chercheur.

Parker et Roffey (1997) proposent de vérifier les résultats en se basant sur la plausibilité du discours. Par conséquent, ici la réflexivité n'est plus tournée vers les acteurs observés mais vers le lecteur en général ou réviseurs dans les revues (Howard et Stout, 2006).

Pour synthétiser la démarche et ses questionnements, Jacques (2009) découpe l'analyse de contenu en six étapes (Tableau 14) : la codification, la catégorisation, la mise en relation des catégories, l'intégration, la modélisation et la théorisation.

Nous avons suivi cette démarche pour l'analyse de notre corpus.

Tableau 14 : Les étapes, objectifs et questionnements de l'analyse de contenu (Jacques, 2009).

Les étapes	Objectif	Les questions
La codification	Identifier l'ensemble des éléments présents dans le corpus	Qu'est-ce qu'il y a ici ? Qu'est-ce que c'est ? De quoi est-il question ?
La catégorisation	Repérage des aspects importants du phénomène. À cette étape, nous devons, définir les catégories, en dégager les propriétés, préciser les conditions sociales permettant leur formulation et identifier les diverses formes et les dimensions possibles.	Qu'est-ce qui se passe ici ?
		De quoi s'agit-il ? Je suis en face de quel phénomène ?
Mise en relation des catégories	Début de l'analyse. L'objectif à cette étape est de faire émerger l'événement en rassemblant les catégories, par exemple par ressemblance, dépendance, fonctionnement ou hiérarchie.	Ce que j'ai ici est-il lié avec ce que j'ai là ? En quoi et comment est-ce lié ?
Intégration	Recentrer l'analyse sur notre cadre théorique et notre problématique : Espace, temps, collectif	Quel est le problème principal ? Je suis devant quel phénomène en général ?
Modélisation	Reproduction de la dynamique du phénomène analysé. À cette étape, il faut retracer l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles	Comment le phénomène se dévoile-t-il ?
		Quel est le processus ?
		De quel type de phénomène s'agit-il ? atypique, marginal, répandu, récurrent, Comment peut-on précisément le qualifier, quelles sont les propriétés du phénomène, les composants, Se présente-il sous différentes formes, quelles dimensions interviennent dans ses différentes manifestations ?
		Quels sont les antécédents et les conséquences du phénomène ?
		Les modalités de son expression et de sa transformation : évolution, dynamique, différenciation, blocages, reflux, changement. Le phénomène a un rythme, une forme, une ampleur, un investigateur, une structure.
La théorisation	L'objectif étant de renforcer les concepts émergents et d'affaiblir les explications divergentes	-L'échantillonnage théorique des manifestations du phénomène.
		- La vérification des implications théoriques en décomposant le modèle ou la théorie sous forme d'énoncés. À cette étape il s'agit de vérifier si les données empiriques sont en harmonies avec les hypothèses formulées.
		- L'induction analytique : elle consiste à confronter l'explication du phénomène aux événements qui contredisent cette explication. Ces cas négatifs vont alors soit remettre en cause l'explication et impliquer une autre formulation, soit être considérés non pertinents par rapport au phénomène étudié.

CONCLUSION DE LA SECTION 1

Cette partie nous a permis, tout d'abord, de présenter le mode de collecte de données pour notre travail exploratoire : un échantillonnage « boule de neige ». Ce mode de collecte a été justifié par un terrain d'étude sensible, puisque, lors de notre enquête, l'adoption de la loi HPST, donnait lieu à des tensions et des grèves. Afin de diversifier notre échantillon, nous avons interrogé des acteurs, les praticiens hospitaliers, exerçant des spécialités et fonctions différentes dans l'organisation.

Par la suite, dans cette section, nous avons présenté la méthodologie utilisée pour l'analyse des entretiens. Comme nous l'avons précisé, nous n'avons pas eu recours, lors de cette phase

à des techniques statistiques proposées par différents logiciels car, nous comptons sur la phase confirmatoire pour valider nos premiers résultats.

SECTION 2. LES RESULTATS DE L'ETUDE : UNE COMPREHENSION PLUS APPROFONDIE DU RAPM ET DE SES EFFETS

Nous avons présenté dans le premier chapitre le contexte de l'étude et nous avons révélé que le mode de financement de l'organisation hospitalière est aujourd'hui directement lié à l'activité déclarée. Notre étude va montrer que ce nouveau mode de financement est associé à des sentiments de pressions et a un impact sur les attitudes et comportements des médecins. L'étude a révélé que la pression financière donne lieu à l'apparition de conflits de rôle, d'ambiguïté de rôle. Nous avons trouvé également que les pressions financières perçues affectent l'implication des médecins dans leur profession et l'organisation.

De plus la pression financière donne lieu à des comportements de manipulation de données et, de manière sous jacente, des jeux de pouvoirs apparaissent notamment avec des stratégies de déresponsabilisation et re-responsabilisation.

1. L'EXPRESSION DE PRESSIONS FINANCIERES

Les médecins ont, lors des entretiens, exprimé l'existence de pressions depuis l'introduction de la tarification à l'activité. Ces pressions se traduisent tant dans les faits, par la mise en place de contrôles, de sanctions, que dans les discours des encadrants administratifs. De plus, la pression financière ne provient pas uniquement du responsable hiérarchique direct, elle est diffuse dans l'organisation

→ **L'accroissement des contrôles formels de l'activité**

Les pressions perçues sont associées à l'accroissement des contrôles formels de l'activité. Ces contrôles sont souvent effectués par l'envoi de courriers électroniques à chaque médecin et s'accompagnent de rapport d'activité spécifiant le niveau d'activité de chaque médecin mais également le niveau d'activité des autres médecins.

Cependant la mise en place de ces contrôles formels n'a émergé que dans une des structures étudiées.

« Il y a une activité, je me rends compte qu'elle est de plus en plus examinée à titre globale et individuelle, après les chiffres sont analysés par période » (Cardiologue).

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

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

Adresser des rapports d'activités et des comparatifs aux médecins peut suggérer que l'administration rappelle, par ces voies de communications, l'importance des résultats financiers. Elle mettrait l'accent sur l'activité, par des effets de feed-back afin que le médecin augmente son activité déclarée. Ce mode de contrôle formel pourrait aussi faire penser que l'activité du médecin n'est plus contrôlée que par les pairs mais également par des cadres administratifs. Aussi, les **contrôles exercés sur l'activité pourraient accroître chez le médecin un sentiment de pression financière.**

→ **Un discours de sanctions-récompenses**

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

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

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

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

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

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

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

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

« On nous a dit que plus on travaillerait, plus on aurait des postes hospitaliers. Mais on attend de voir puisque la masse de travail augmente avec le même nombre de salariés

médicaux. (...) *Quand on leur demande des postes en plus parce qu'on a été bénéficiaire et qu'on a augmenté notre activité, ils nous répondent que ce n'est pas la peine d'avoir des salariés en plus, on peut faire la même chose avec le même nombre de personnes. Cela devient pénible* » (Gastro-entérologue).

« On est un pôle bénéficiaire et les administratifs nous demandent pourquoi on a une baisse de 5% par rapport à l'année dernière alors qu'on reste bénéficiaire. Ils nous font des remarques : pourquoi vous baissez l'activité ? Nous avons même eu un mail où on nous mettait la culpabilité sur le fait qu'on ait diminué l'activité. On est un des pôles les plus bénéficiaires et on a eu une amende de 120 000 € par le directeur de l'hôpital, parce qu'on était en retard sur le budget du pôle » (Cardiologue).

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

Cet élément pourrait être, en partie expliqué par le fait que les médecins ne font pas la différence entre l'enveloppe pour les recettes et l'enveloppe pour les dépenses.

« Les pôles ont tendance à se considérer, comme ils ont une délégation de gestion, ils sont des mini cliniques dans le CHU, comme s'ils étaient seuls au monde.

Il y a une enveloppe de recette établie sur la base de l'EPRD, s'ils l'atteignent et la dépasse oui, ils sont bénéficiaires, on leur refuse c'est quand ils dépassent leurs dépenses prévisionnelles. Les deux sont déconnectées et ce qu'on refuse c'est plus sur la recette. Ils sont bénéficiaires et vont faire des dépenses autres que le personnel, ils vont aller au-delà, demande de matériel ou de travaux. Il y a aussi une délégation sur les dépenses (prothèse, biologie, médicament,...). Dans chaque enveloppe soit ils respectent ce qu'on leur fixe, soit ils sont en dessous donc ok, on leur donne, soit ils dépassent. Quand il leur reste de la marge c'est rare qu'on leur refuse. Il faut étudier les deux enveloppes» (Contrôleur de gestion).

→ **La mise en place d'objectifs parfois difficilement atteignables**

Les administratifs semblent **fixer des objectifs budgétaires sans parfois tenir compte des caractéristiques de la tâche, ou des ressources existantes**. Les médecins ont le sentiment que les objectifs d'activité fixés sont difficilement atteignables. Si, parfois, ils arrivent à négocier à la baisse ces objectifs, ils ont toujours le sentiment que le niveau d'activité fixé n'est pas encore cohérent au vu des moyens dont ils disposent.

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

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

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

→ **La pression financière est une pression diffuse**

La pression financière ne serait pas ressentie uniquement au niveau des praticiens hospitaliers n'exerçant pas de fonctions managériales.

On pourrait la retrouver à différents stades de l'organisation. Il semblerait, en fait, que son expression remonte **le long de la ligne hiérarchique** jusqu'à l'échelon des chefs de pôles, soumis à la pression de la direction générale, elle-même subissant en amont la pression de l'Agence Nationale de l'Hospitalisation (ARH)¹¹.

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

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

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

¹¹ Depuis la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, les Agences Régionales de l'Hospitalisation ont été remplacées par les Agences Régionales de Santé (ARS)

De plus, la pression peut se retrouver au **niveau horizontal**, celui des médecins appartenant à la même organisation. Cette pression peut également s'accompagner de contrôles informels entre les médecins puisqu'ils ont connaissance de l'activité des autres médecins et, de ce fait, se sentent contraints d'atteindre le même niveau de résultat afin de ne pas perdre de ressources.

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

« Le système est particulier parce qu'on se tient informé de l'avancée des autres, et on arrive à voir comment les autres ont coté telle situation que l'on connaît. Et il ne faut pas faire moins bien qu'eux parce que le risque c'est qu'on ait plus de moyens. Donc si eux, ils ont trichés, on a tendance à faire pareil. Il y a une espèce de jeu. Et comme ça au final on a des coûts ça fait des scores. Je suggérerais d'ailleurs qu'on fasse un jeu en réseau.» (PH de médecine interne).

→ **La pression financière concerne les décisions de soins**

Certains médecins interrogés ont indiqué que depuis l'introduction de la T2A, ils ont tendance à modifier leurs décisions médicales. En effet, certains déclarent qu'ils tiennent compte des contraintes financières dans leurs choix médicaux. Ils peuvent percevoir une pression financière de la part des cadres administratifs et la transfère à leurs pairs.

« On a l'obligation aujourd'hui de dire là où on dépense de l'argent, une à deux réanimations sont des réanimations pour rien. C'est 3000 € alors qu'on sait qu'il va mourir et ce message-là on a du mal à le faire passer auprès du personnel soignant, médical. Mais on est entre deux générations, la génération ancienne qui pense que la santé n'a pas de prix et la génération intermédiaire qui essaie de sensibiliser la nouvelle génération en disant que la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût, on essaie d'introduire ce concept. Dans le cas de réanimation futile je fais tout pour expliquer et convaincre mes collègues qu'on est en train de jeter de l'argent par la fenêtre. Dans le cas de réanimation active j'essaie de faire en sorte qu'on utilise le produit le moins cher à efficacité égale. On essaie de ne pas utiliser des médicaments qui n'ont pas fait leurs preuves. On essaie de réfléchir plus avec une balance coût efficacité. » (Chef de service).

Une première conclusion peut être faite : les phénomènes ainsi observés témoignent de la pertinence du concept de RAPM dans la pratique budgétaire liée à la Tarification À l'Activité.

En effet, les ressources futures d'un pôle sont directement liées au résultat de l'unité exprimé en termes d'activité puisque l'outil « T2A » permet de mesurer les recettes prévisionnelles de l'année à suivre. Le budget de l'unité est, par la suite, ajusté trimestriellement en tenant compte de l'activité réalisée. Les données comptables et financières sont alors utilisées pour la mesure de la performance de l'unité.

De plus, la mesure de la performance sur la base de résultats financiers se manifesterait dans notre étude par une pression financière. Cette pression financière se caractérise par plusieurs composantes :

- un discours de sanctions-récompenses ;
- l'application de sanctions en cas de non-respect des objectifs ou l'absence de récompense si l'activité est augmentée ;
- des objectifs budgétaires fixés par les administratifs, difficilement réalisables au vu des ressources et des caractéristiques de la tâche ;
- une contagion verticale et horizontale ;
- une pression sur les décisions de soins.

Les pressions financières révélées dans notre étude pourraient être qualifiées de **pression financière interne**:

- la pression à l'activité est fortement corrélée aux résultats financiers qu'elle génère. Les médecins ont en effet plus le sentiment qu'il faut être « rentable » et « faire du chiffre » ;
- la pression perçue n'est pas directement transmise par le supérieur direct, elle est diffuse et provient de la chaîne hiérarchique administrative ou des médecins chefs de pôles ou des médecins. Elle se situe au sein de l'organisation et provient de différents acteurs. Ainsi, cette pression est interne à l'organisation.

En conséquence, nous n'utiliserons plus l'appellation de RAPM dans ce cas mais préférons l'expression de pression financière interne pour exprimer les manifestations de ce concept dans l'hôpital public.

Les entretiens que nous avons menés ont également indiqué que la pression financière interne engendrait certains effets.

2. LES EFFETS DE LA PRESSION FINANCIERE INTERNE

Les effets observés sont multiples. La pression financière interne a des conséquences sur les comportements et stratégies d'acteurs, les attitudes des médecins et, enfin, sur l'organisation hospitalière.

2.1. Les effets de la pression financière interne sur les comportements et jeux des acteurs

Deux types de comportements, en réaction à la pression financière interne sont apparus.

- un premier type de comportement lie l'individu au système d'information, le PMSI, par son utilisation ;
- un second type de comportement lie l'individu à l'organisation : les résistances, le renvoi de pression ou l'adaptation faisant suite à un renoncement.

→Le codage des actes par les médecins leur permet de manipuler les données

Lors de nos entretiens, nous avons évoqué avec les médecins le codage des actes. Nous avons ainsi pu mettre en lumière comment se déroule le processus de codage des actes, l'existence de pressions au codage des actes, ainsi que les possibles utilisations du système d'informations.

• Le processus de codage des actes, un processus en plusieurs étapes.

En premier lieu, la **tâche du codage des actes est dévolue aux médecins**. Ils identifient les actes à coder lors de la consultation avec le patient ou en salle d'opération. Parfois, le codage

d'actes médicaux complémentaires (comme des actes techniques) est réalisé par les infirmiers ou d'autres médecins.

Par la suite, **une lettre de sortie est dictée** et retranscrite par la secrétaire médicale. Le **codage d'actes dans le PMSI** s'effectue **une fois le patient sorti**, en cohérence avec le dossier médical.

« On nous a demandé de faire le PMSI parce que justement on nous a dit qu'on coderait mieux que les administratifs. » (Dermatologue).

« Pour le PMSI, le DIM a décrété début 2000 que les médecins feront la cotation et la saisie comme ça ils verront les milliers d'euros et seront motivés pour saisir. » (Ophtalmologiste).

« Les cotations PMSI, elles sont devenues obligatoires pour les médecins alors qu'avant elles étaient faites par les secrétaires. » (Dermatologue).

« Un patient, quand il rentre en réanimation, on fait les soins, ensuite toutes les données sont dans un dossier et quand le patient sort, on fait un codage des actes. Je vous donne un exemple. Vous avez un patient qui est rentré, vous avez des activités de réanimations qui sont les actes, au jour le jour de son hospitalisation, les actes codés qui sont des actes facturés. Tout ça est rempli par un médecin et saisi par une secrétaire après. Ensuite, un courrier est établi et validé par un médecin. Et à la fin est codé le PMSI où on rentre les pathologies du patient. » (Anesthésiste).

« On rentre le diagnostic principal, le diagnostic secondaire, les coûts morbidités, et à la fin on obtient le montant » (Pneumologue).

« Nous devons coder les malades avant le 15 du mois suivant l'hospitalisation. Le système est qu'on ne code qu'au moment des comptes-rendus de sorties. » (PH de Médecine Interne).

« Je fais la cotation des actes en consultation. Au plateau invasif on saisit les diagnostics et coûts morbidité ; les actes techniques ne sont pas forcément saisis par nous. Par exemple, le malade a un infarctus, il passe en salle de coronarographie, c'est l'infirmière qui saisit la coronarographie et à la fin du séjour on va coter dans le PMSI infarctus du myocarde diabète insulino-dépendant. » (Cardiologue).

L'activité de certains médecins et service est parfois perçue par ces derniers comme étant sous-évaluée. Cela peut s'expliquer tout d'abord par le fait que le **médecin qui procède au codage des actes ne maîtrise pas toujours l'outil PMSI.**

«Au CHU c'est la même logique que dans les cliniques privées. On perd 5% liée à la mauvaise cotation parce que vous avez le jeune personnel qui arrive et qui va coder moins bien parce qu'ils n'ont pas compris. » (PH de Maladies Vasculaire).

« Avant, je codais les actes, en fonction du PMSI. Mais aujourd'hui ce sont les internes qui le font à la place. On est actuellement plutôt en sous-codage. On oublie de coder certaines pathologies annexes qui sont très rentables à l'hôpital. Mais on essaie de coller au maximum à ce qu'on nous dit. » (Dermatologue).

« J'oublie de coder certaines pathologies qui sont très rentables à l'hôpital. » (Dermatologue).

Il semble également que **l'information** entre le médecin et le Département d'Information Médicale (DIM) **arrive de manière incomplète**, ce qui peut générer **une sous-évaluation de leur activité.**

« Les administratifs font d'énormes erreurs sur l'évaluation de l'activité puisque nous on a des carnets et on se rend compte qu'il y a des différences, de 10 à 20% sur la consultation. Je vous donne l'exemple du Point, en Cardiologie on est classé 29^{ème} en cardiologie sur l'infarctus du myocarde, donc on a fait un bond, ils ont donné 50% de notre activité au Point. J'ai appelé le responsable au DIM et je lui ai dit que je comprends pas, ils annoncent 510 angioplasties et on en fait 1050 ils annoncent 900 poses d'endoprothèses, on en a 1700. Ce qu'on nous répondu c'est « envoyez nous un mail on va s'en occuper » (Cardiologue).

● La pression au codage

La pression financière interne est aussi associée à la pression à déclarer de l'activité.

« Le médecin remplit le PMSI par quinzaine car il faut transmettre à la fin du mois qui suit l'activité. Ils mettent la pression sur les médecins, maintenant on déclare mois par mois. Puis au fil de l'eau. » (Contrôleur de gestion).

« Le DIM, il nous a mis la pression. C'est sûr qu'il a fait preuve d'efficacité pour que l'on cote le mieux possible. Et ils nous ont mis la pression. Ils nous ont répété son côté important, et qu'on était des médecins. » (Gastro-entérologue).

« Depuis que le PMSI est entré en vigueur, je n'arrive pas à faire une demi journée de PMSI par semaine. Donc j'ai des PMSI qui s'accumulent, je les fais au bout de quatre semaines, pour moi et pour les autres. Si on arrive en fin de quinzaine et qu'on a pas coté, on a une amende. On nous fait des remarques acerbes pour nous dire qu'on ne cote pas assez vite et ensuite on nous dit qu'on ne cote pas bien. » (Cardiologue).

« Il y a tellement de pathologies, qu'on est obligé d'être cohérent, pour qu'on code bien. Et ça, ça prend du temps. Donc il y a du retard. Et quand j'étais seul, j'expliquais que je ne pouvais pas tout coder dans les délais. Et on m'a répondu « oui, mais depuis le temps où on vous demande de finir, sachez que c'est ce que vous codez qui vous apportera des sous » (PH de Médecine Interne).

« Ce qui a été un peu lourd c'est lorsqu'il y a eu la transformation avec la T2A puisque petit à petit on a eu une pression sur le PMSI avec la nécessité en termes de délais de rentrer les cotations. On nous a dit qu'on était comptable de l'activité et vous devez rendre compte de l'activité que vous avez, en rentrant le PMSI, vous avez un délai à respecter. Et à la CME, c'est la pression permanente, comme si on était considéré comme des enfants pour le PMSI. Le summum pour moi c'est quand on a convoqué devant tout le monde un PH universitaire, en CME, pour le mettre en accusation parce qu'il n'avait pas rentré son PMSI. Même si leurs arguments sont ok, là, on a basculé, on est passé dans un tournant. » (Chirurgien).

Ce dernier verbatim peut laisser ainsi supposer qu'il y a une évolution dans l'organisation professionnelle. Le pouvoir dans l'organisation étant initialement maîtrisé par les médecins, la tarification à l'activité est utilisée comme outil de contrôle des médecins.

Aussi, si le médecin est en charge de coder les actes qu'il réalise dans le PMSI cela lui donne une opportunité de surcoder c'est-à-dire de manipuler les données médicales.

● **Le surcodage, une manipulation de données**

« Il y a une étude qui m'a toujours choquée, on s'est aperçu qu'il y a plus de péritonites dans le privé que dans le public et ça c'est impossible car on est le plus gros recruteur des

urgences et péritonite. Alors qu'est ce qui se passe ? C'est que l'appendicite elle est transformée en péritonite. Sur le bassin N., c'est un autre biais, la majorité des appendicites, la quantité des appendicites est essentiellement faite dans le privé, contrairement au bassin M. où c'est 50% public, 50% privé. On a deux fois plus d'appendicites par tête d'habitants à N. qu'à M. Ce qui veut dire qu'ils ont été opérés sans appendicites. » (Anesthésiste).

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

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

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

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

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

Cette pseudo-production peut également s'effectuer par la réalisation d'un acte médical supplémentaire.

« Maintenant on fait des examens sous anesthésie générale parce que ça code beaucoup plus, je peux avoir la même cotation que les chirurgiens et je suis dans un système mixte. Je rajoute quelque chose comme soins palliatifs, je gagne 2 000 €. Moi j'ai des trucs et c'est des trucs légaux. » (Anesthésiste).

« L'outil PMSI quand on a compris à quoi il sert, c'est facile de l'utiliser. Quand vous avez compris que vous codez le coût des soins, vous l'optimisez. On va coder certaines activités par rapport au cadre économique, pas par rapport à la pathologie. Quand l'acte n'est pas dans le PMSI, je me débrouille autrement. L'exemple c'est les consultations multidisciplinaires pour certaines pathologies rares. On est une dizaine à voir le patient et c'est côté 60 €. Donc les solutions c'est du bricolage : je fais coder la consultation en hospitalisation d'au moins un jour pour que ça ait une valeur économique pour le CHU. » (PH de Maladies vasculaire)

Une autre forme de manipulation de données est apparue. Il ne s'agit pas d'anticiper ou de repousser des dépenses, recettes ou production, mais **d'utiliser le système d'information pour augmenter artificiellement la rentabilité déclarée de l'activité**. De part sa fonction, le médecin a aujourd'hui, dans ses tâches, l'obligation de compléter le système déclaratif d'activité. Il a appris à manier le système d'information afin d'accroître la rentabilité de son activité. La manipulation du système d'information s'effectue ici de trois manières : en inversant les codes pour trouver la combinaison la plus rentable ; en ajoutant des diagnostics supplémentaires qui engendrent des ressources ; en assimilant un acte à un autre acte plus généraliste.

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

« Au début quand on cote, on se rend compte qu'en fonction du diagnostic que l'on met en premier on obtient pas la même cotation. Donc on se rend compte qu'il faut faire tourner les diagnostics pour avoir une meilleure rentabilité. Les diagnostics sont vrais mais l'ordre est un petit peu inversé. Par exemple si je mets la maladie de Crohn en premier et dénutrition associé, ça va rapporter moins que si je l'inverse. Parce qu'on sait ce qui rapporte le plus. » (Pédiatre).

« On cote en changeant le diagnostic principal ou en rajoutant de la pathologie comme par exemple des coûts morbidités. Rien que de les mettre ça peut augmenter beaucoup. » (PH de Médecine Interne).

« Si par exemple vous avez le choix entre une pneumopathie grave et si voyez qu'avec le staphylocoque, que vous n'avez peut être pas, vous pouvez avoir plus, alors vous cliquez sur le staphylocoque pour avoir plus d'argent. Vous pouvez aussi inverser des diagnostics pour avoir plus d'argent. Parce que sinon, on nous dit que vous risquez de vous pénaliser par rapport au budget du pôle. » (Neurologue).

« Les sanctions c'est qu'on risque de nous geler des postes. Si je fais un acte qui n'existe pas dans le PMSI, par exemple le problème de l'acte de thrombolyse dans ma spécialité utilisant le RTPA, n'est pas répertorié. Alors il y a dans le PMSI un autre acte qui s'appelle la thrombolyse qui est très chère et certains mettent thrombolyse. Ca veut dire qu'ils rapprochent l'acte que l'on fait à un autre acte. » (Neurologue).

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

« Des fois on est obligé d'inventer, de mettre des maladies qui sont justes à côté, c'est sur des critères subjectifs qu'on les rapproche, pour ne pas perdre de ressources et parce que le PMSI n'est pas à jour. » (Neurologue).

« Aujourd'hui on se retrouve en complète contradiction si on veut optimiser l'activité avec le ressenti médical sur le terrain. Là où ça devient aberrant c'est qu'on est obligé de mettre en diagnostic principal ce qui rapporte le plus et pas ce qui a demandé le plus de moyens. Concrètement, c'est sûr que si on met choc septique en principal, ça gagne bien, syndrome de détresse respiratoire de l'adulte c'est mon bien coté. Dans choc septique vous avez tout. » (Anesthésiste).

« On code quand on n'a pas l'acte. On cote sur un truc approximatif. Et comme j'ai travaillé dans le privé je sais comment il faut coder pour que ce soit rentable. » (Ophtalmologiste).

« Il faut le faire pour la rentabilité, c'est la motivation. Quand ça n'existe pas dans le PMSI, quand on comprend le système, comme ça fonctionne par groupe, il n'y a pas de finesse de cotation, alors quand on sait que ça rapporte tant, on classe la pathologie dedans. » (PH de Médecine Interne).

« Je code les diagnostics et les coûts morbidité. Quand l'acte n'est pas répertorié, on essaie de trouver une cotation qui est la plus proche de l'acte éventuel. Par exemple, on suppose une tumeur du pancréas et on ne peut pas la coter, on est obligé de mettre

quelque chose qui n'existe pas. La découverte de la lésion se fait au scanner. Donc il faut savoir retomber sur ses pieds en cotant ce qui s'approche le plus du définitif. » (Gastro-entérologue).

« Notre problème c'est comment associer les actes sachant qu'on ne peut facturer que deux actes, on ne peut pas facturer tous les actes de consultation. Donc on va facturer l'acte le plus cher en principal. » (Ophtalmologiste).

Aussi, le système manque d'exhaustivité dans les codes PMSI. De ce fait, **le médecin peut utiliser le vide existant pour éviter de perdre des ressources en ne déclarant pas l'activité.** De plus, le système de codage est peu adapté à certains actes ou certaines spécialités.

« La Pédiatrie sera toujours en déficit, la médecine interne aussi car au niveau de la pédiatrie, au niveau de l'échelle des GHM, ils ne sont pas représentatifs et donc mal évalués. L'enfant tombe dans un GHM d'adulte. » (Contrôleur de gestion).

L'attribution de la tâche « *codage de l'activité* » combinée à la pression financière interne semble, par conséquent, **inciter l'opérationnel à la manipulation de données.** On peut souligner également le fait que le médecin n'a pas reçu une formation particulière lui apprenant les techniques de manipulations du système informatique. Un phénomène d'apprentissage individuel ou collectif pourrait s'être mis en place lui permettant d'optimiser sa rentabilité.

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

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

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

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

Les contrôles du codage des actes sont effectués à deux niveaux. Un premier contrôle est effectué par le Département d'Information Médicale (DIM), un second contrôle est réalisé par l'ARH.

Deux objectifs ont été cités concernant les vérifications effectuées par le DIM.

En premier lieu, le DIM s'assure que le codage des actes est fait correctement, notamment pour vérifier qu'il n'y ait pas chez les médecins des oublis dans le codage.

Ils procèdent également au contrôle du codage pour s'assurer que la sur cotation ne soit pas excessive.

« La Cotation va au DIM, qui fait un contrôle aléatoire par rapport au dossier médical. Les techniciens de la formation médicale regardent les pratiques de codage et dans un second temps, ils vérifient que l'on surcote pas de manière dangereuse, car il y a des circulaires frontières qui disent quand vous hospitalisez un patient pour un jour, s'il y a telle pathologie, il a pas le droit d'être hospitalisé. L'ARH contrôle et sanctionne l'établissement, il peut évaluer le montant du préjudice, faire un avertissement ou demander une pénalité financière, ça a failli se passer sur la pneumo cancéro, il les prenait en semaine alors qu'ils devaient être en hospitalisation de jour. La fréquence des contrôles par ARH c'est au moins une fois par an. Le DIM déclare l'activité chaque mois par le biais de la plateforme e-PMSI, il l'envoie à l'ARH qui fait le lien avec DRASS. » (Contrôleur de gestion).

Ce contrôle suppose ainsi qu'il y a acceptation tacite de la manipulation de données par les administratifs, ils veillent à ce que cette manipulation ne soit pas trop visible.

« Bon mais il y a des contrôles, pour voir si c'est pas en excès mais surtout en défaut » (PH de Médecine Interne).

« Il y a quelques temps ils ont pris au hasard soixante PMSI et ils ont regardé s'ils étaient correctement codés. On nous a dit qu'il y avait X% de surcodage et X% de sous codage. Surcodage, par exemple, un malade a été rentré sur infarctus du myocarde alors qu'il n'avait qu'une angine de poitrine. Donc ça rapporte plus en termes de paiement

d'hospitalisation. Donc on nous a dit : « vous êtes corrects dans 70% des cas et incorrects dans le reste ». Ils vérifient d'après la lettre de sortie. » (Cardiologue).

Par conséquent la manipulation de données semble résulter de **plusieurs facteurs** :

- une **pression financière interne**;
- une **tolérance et connaissance par le DIM** du phénomène de surcodage ;
- un **manque d'exhaustivité du système de cotation** ;
- une **inadaptation du système de cotation**.

Nous avons vu que les pressions financières peuvent donner lieu à l'apparition chez le médecin d'un comportement de manipulation de données. Il s'agirait, pour eux, de trouver une solution à la pression financière qu'ils perçoivent. Un second jeu d'acteurs est apparu dans les entretiens : celui de responsabilisation – déresponsabilisation.

→ **Des réactions différentes aux pressions financières internes**

Il semble qu'en fonction des individualités, les médecins réagissent aux pressions qu'ils perçoivent. Certains acteurs peuvent renvoyer cette pression à l'administration, d'autres tentent de résister, enfin d'autres s'adaptent après s'être découragés.

● **Des jeux de responsabilisation – déresponsabilisation entre les acteurs du milieu médical et les acteurs administratifs**

Nous avons souligné précédemment que l'hôpital était dans une logique de réduction de coûts. Nous avons évoqué les réductions de lits, issues des statistiques de la DRESS. Mais, au sein de l'organisation d'autres économies peuvent être réalisées.

Il semble que certaines de ces économies concernent des équipements médicaux mettant à mal le médecin face à son patient ou le plaçant dans l'impossibilité de faire son métier. C'est pourquoi, parfois, il peut arriver que le médecin tente de faire pression sur l'administration afin d'obtenir, rapidement, des équipements en état de marche. Ainsi, les médecins peuvent renvoyer cette pression aux administratifs en les responsabilisant par le biais d'écrits.

« On a un appareil de PHmétrie. On est les seuls à faire ça dans la région. L'imprimante est tombée en panne, elle avait 10 ans. Quand on a demandé le remplacement on nous a

dit que c'était impossible qu'il fallait attendre le budget 2008-2010. Il a fallu écrire au responsable des achats, en disant, que si on n'avait pas d'imprimante, il n'y aurait plus de PHmétrie dans la région et que l'administration porterait la responsabilité. On a eu l'imprimante le lendemain matin. Un autre exemple : on a déménagé récemment notre service. C'était les médecins et les puéricultrices qui ont porté les meubles parce que l'administration disait qu'ils n'avaient pas de moyens pour nous donner du personnel. Jusqu'au jour où il y en a une qui s'est blessée et là on a eu du personnel. » (Pédiatre).

« Quand vous demandez à quelqu'un de prendre la responsabilité de refuser telle ou telle chose, ça change un peu. Par exemple quand vous avez besoin de matelas anti-escarres, et qu'on vous dit qu'il y a une liste d'attentes, vous répondez qu'il faut envoyer une lettre pour l'expliquer au patient. Et là ça résout le problème, ils donnent des lits. » (Pneumologue).

« Dans le cas d'un refus de moyens on réitère la demande en mettant en évidence le plus possible les déficiences induites par le manque de ce que je demande. Le seul moyen quasiment d'être efficace c'est de rejeter la responsabilisation des situations litigieuses induites par ça sur l'administration. Et là l'administration prend peur et se bouge. Il faut donc aller au conflit, presque au chantage à la menace pour qu'il y ait une action, au moins un audit pour vérifier que c'est vrai. La menace qui peut marcher est celle de démissionner. » (Ophtalmologiste).

●Des comportements de résistances chez les médecins

Argyris (1953) dans ses travaux a révélé que, pour faire face à la pression ressentie, les subordonnés peuvent former un groupe pour partager leur sentiment et se soutenir. Ce groupe constitue alors un contrepoids au management. Lors de notre travail, nous n'avons pas trouvé une résistance organisée ou collective. En effet, il semble que la **résistance à la pression à l'activité s'exprime de manière individuelle en n'accomplissant pas les tâches.**

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

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

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

La résistance à la pression peut également trouver racine dans une tentative pour le médecin de diminuer son conflit de rôle.

« On oublie de coter certaines pathologies annexes qui sont très rentables à l'hôpital. Ou je diminue mon activité et je me consacre à faire du PMSI ou alors, ce temps là, je continue à le consacrer aux malades. J'ai fait un choix par rapport aux malades. Les journées font 24 heures, on en demande plus au médecin. Le système de l'administration c'est de rajouter au médecin des demi-heures de travail en plus. » (Dermatologue).

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

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

« Moi, j'ai renoncé aux tâches administratives. Je ne suis pas mécontent d'échapper à tout ça. » (Neurologue).

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

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

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

● Une adaptation suite au renoncement

Le contexte de l'étude indique que les logiques des deux mondes sont différentes. Chez certains médecins, des comportements d'adaptation apparaissent : ils trouvent d'autres solutions.

Tout d'abord, les médecins interrogés perçoivent une **déconnexion de l'administration par rapport aux réalités de leur métier.**

Ils expriment cette déconnexion comme étant le résultat d'une **absence de connaissance** du métier de médecin ou encore des réalités d'un marché de la santé.

« Je regrette que les administratifs ne viennent pas plus souvent sur le terrain. Ils restent dans leur tour d'ivoire. Par exemple on a un sol qui n'est pas aux normes de l'hygiène. Dans la gestion des lits, on a un problème. On fait une chirurgie de plus en plus compliquée qui impose une surveillance en post- opératoire et on a pas suffisamment de lits et surtout on est bloqué dans le turnover de nos lits par des patients en hospitalisation conventionnelle. On est obligé de remettre des patients et on ne peut pas prendre un patient qui est aigu alors on va décaler l'intervention. Pour une certaine chirurgie on sait que le patient on le gardera, pour d'autres chirurgies peut être que le patient va se faire opérer ailleurs. » (Dermatologue).

« On a vu des changements au niveau du bloc opératoire pour des raisons qui ne sont pas justifiées. Par exemple en salle de réveil, on ne peut plus entrer en civil comme on le faisait, ce qui n'est pas justifié. Donc il est hors de question pour aller voir des patients en salle de réveil qu'on descende dans un vestiaire au rez-de-chaussée pour qu'on se change pour remonter à l'étage. » (Anesthésiste).

« Aucun administratif n'est venu voir à quoi correspondait notre travail, une journée de PH au CHU. Ils sont en dehors de la réalité quotidienne. » (Gastro-entérologue).

« Les administratifs nous disent qu'il faut travailler, il faut gagner de l'argent, il faut combler le trou. Quand on nous demande de faire plus de travail ce sont des gens qui ne connaissent pas la vie hospitalière. Moi, j'ai jamais vu un administratif sur le terrain. Ils ne savent pas ce que c'est une garde, d'être bipé toute la journée, ils n'ont pas la réalité du terrain. On leur demande de gérer une enveloppe et de combler le trou. Mais les moyens pour arriver à ces objectifs, ils ne les connaissent pas. Ils ne connaissent pas la pénibilité du travail. Mon problème avec les administratifs c'est qu'ils ne connaissent pas mon métier et qu'ils essayent de gérer mon métier. » (Gastro-entérologue).

« Un patient de clinique privée n'est pas le même qu'au CHU. Les patients les plus graves, on nous les envoie au CHU, les cliniques nous les envoient car sinon elles ne sont pas rentables. Il y a pire ; certains patients se font opérer dans le privé mais ils n'assurent pas le suivi. Peut être qu'en réanimation on dépense beaucoup d'argent mais il faut savoir pourquoi cela coûte de l'argent. Quand on fait une chirurgie X dans une structure et qu'on a pas l'habitude de la faire, et quand on voit cette personne arriver dans un état catastrophique dans notre service et que ce patient va faire trois mois de réanimation lourde...Et que ça a coûté énormément d'argent. Après on va nous dire « vous avez dépensé énormément d'argent ». Et ce que je vous dis là, c'est tous les jours. On a trois à quatre patients toutes les semaines sur seize lits. C'est énorme. »
(Anesthésiste).

De plus, la mise en place du financement par la tarification à l'activité accentue le clivage entre la logique médicale et la logique économique et financière

« Vous n'allez valoriser que ce qui dépense. Je prends un exemple : le chirurgien qui voit dix malades en consultation qui décide d'en opérer neuf, c'est un bon chirurgien en termes de T2A. Le chirurgien qui voit dix malades et qui en réfuse cinq, qui estime que l'intervention ne leur apportera rien, c'est le mauvais chirurgien, il en opérera moins, il sera moins valorisé, alors qu'en terme de prise en charge c'est la bonne attitude. »
(Anesthésiste).

« Il peut y avoir des divergences profondes des niveaux de points de vues. Par la non prise en compte par l'administration des impératifs médicaux et du fait qu'on est quand même là pour soigner les gens par forcément pour faire de la rentabilité. Vous voyez c'est comme freiner les dépenses. Freiner les dépenses du matériel biologique, sur des consommables de biologie, il peut y avoir des économies de bout de chandelle qui compromettent la réalisation des analyses. » (Hématologue).

« On ne va pas dans le même sens. Les administratifs sont hors du temps, de la problématique du quotidien, sur les relations humaines avec les malades. Le fossé se creuse. Avant il y avait un dialogue, aujourd'hui ils ont des chiffres, des analyses et ils nous les imposent. » (Cardiologue).

« On a parfois des conflits, des rapports de force avec l'administration. Ils sont parfois normaux parfois non, parce qu'on parle de choses différentes » (Gastro-entérologue).

« Le discours c'est l'argent. On ne parle pas de malades, le directeur ne parle des malades que devant la presse. Et moi je leur ai dit, on est pas là pour vendre des lessives ou des boulons, on est là pour les patients. » (Hématologue).

Les résultats de l'étude qualitative menée auprès des médecins semble révéler **l'existence de dysfonctionnements** au sein de l'organisation.

Ces dysfonctionnements peuvent résulter de l'inertie de la technostructure mais aussi de la lourdeur du fonctionnement administratif.

Tout d'abord, l'inertie de la technostructure est illustrée par le fait que les médecins ont le sentiment qu'ils sont obligés de **multiplier les demandes** sans pour autant obtenir de réponses justifiées. Cette inertie semble concerner à la fois des demandes à faible coût et des demandes nécessitant un investissement financier conséquent.

« Par exemple, pour cette imprimante, j'ai mis six ans et demi pour avoir cette imprimante. Et comme on a pas de budget papiers, je n'ai pas de papiers. J'achète le papier à Carrefour et je l'amène. Un autre exemple, je suis passée à temps plein depuis plus d'un mois. On m'a payé à temps partiel. J'ai appelé le service et on m'a reproché que je stressais les gens. Et moi, ce mois ci, je ne touche pas mon vrai salaire. » (Ophtalmologiste).

« Les rames de papier, le CHU fournit des rames de papier, ce papier n'est pas adapté à ce type d'imprimante. Donc j'achète moi-même le papier. Et c'est au CHU de fournir ce type de matériel. Pour l'ordinateur, j'ai fait des demandes, et ben je vais moi-même acheter un écran plat. » (Dermatologue).

« Par exemple, pour des armoires, on a du attendre trois ou quatre ans. Et c'est tout le temps comme ça. La première épreuve c'est déjà de faire la demande. Par exemple pour faire des photos cliniques correctes il nous faut un fond gris. Il suffit de découper un fond gris et de le scotcher à la porte. Et bien je n'ai pas le droit de toucher aux murs et aux portes du CHU puisqu'en cas de problème d'assurance. Et pour tout c'est comme ça. Le délai d'attente, l'absence de réponse et les côtés parfois ridicules des demandes. On a fait venir X fois les cadres infirmiers. On leur a dit qu'il faut changer le sol. Rien n'est fait. Et on s'épuise. Alors en rigolant on se dit que peut être si on y mettait le feu ce serait plus vite fait. » (Dermatologue).

« Avec l'administration ça fait longtemps que j'ai renoncé d'avoir un quelconque dialogue. J'ai un exemple de lettre que j'ai adressé pour avoir un accès pour un fax qui est laissée sans réponse. Donc j'ai envoyé une deuxième lettre et je n'ai toujours pas eu de réponse. » (Dermatologue).

« C'est le manque de réactivité qui me gêne le plus. A un moment donné il y a des choix à faire et il faut agir assez rapidement. Des fois ça passe, des fois on a l'impression qu'on s'épuise contre un truc qui ne bouge pas, du coup c'est un peu frustrant. Il y a des petits trucs de tous les jours. Vous allez courir pour avoir des bouts de papier pour l'imprimante, vous allez courir pour des bouts de chandelle. Sur la pharmacie et l'informatique, on a un outil informatique pour obtenir des médicaments car la pharmacie est sur un autre site. Et pour le moment on sort une feuille, on la remplit à la main et on la faxe alors qu'il y a d'autres endroits où on le remplit par ordinateur. Donc ce sont des étapes qui, en plus, font perdre du temps et en plus sont sur un autre site. Donc il faut prendre un coursier pour le transfert. Ça fait un an qu'on fait des réunions sur ça, on voit rien qui se passe. » (Oncologue).

« Je suis dans un service où on devrait être trois médecins. Et j'ai passé quatre ans à être seul avec des demandes de postes, des retards de réponse de l'administration. J'ai eu deux candidats qui n'ayant pas eu de réponses, ce sont engagés ailleurs. Avec un discours de l'administration a posteriori disant qu'on l'avait donné, mais que le candidat est parti » (PH de Médecine Interne).

« Depuis des années il y avait des demandes qui avaient été faites en dehors de la certification sur, par exemple, les lavages de sabots au bloc opératoire. Ça fait plus de 10 ans qu'on demande que ces sabots soient nettoyés après être placés au bloc. Il n'y avait rien qui avait été organisé pour que les sabots soient lavés. Il y a eu 107 demandes avec des réponses farfelues. Et dès qu'on est entré dans le cadre de la certification, ça été fait tout de suite. » (Gastro-entérologue).

Depuis la mise en place de pôle, l'instauration d'un niveau hiérarchique supplémentaire semble **alourdir les procédures administratives**.

« On met cinq ou six intermédiaires pour la demande comme ça on est sûr qu'elle n'aboutit pas. Je vous donne un exemple caricatural : j'ai demandé un porte manteau

mural, il y a eu 17 intervenants différents; la demande a été faite en 2003 et elle a abouti en 2007 ; c'est déconnecté de toute réalité. » (PH de Médecine Vasculaire.)

« Il y a un manque de réactivité pour des choses bêtes, comme mettre un clou dans le mur, les strates se sont alourdies. Moi j'ai eu ce service en charge pendant environ 15 ans. Avant quand on faisait des réunions avec 10 personnes on réglait un problème assez rapidement. Maintenant on fait des réunions à 20 et cela met plus de temps.» (Anesthésiste).

« Le concept des pôles...sur le plan pratique ? La complexité de l'administration fait qu'on passe le temps à remplir quatre fois le même papier. Pour obtenir quelque chose, avant, qu'on ne devait justifier qu'une fois, aujourd'hui on doit le faire quatre ou cinq fois. » (Anesthésiste).

Les médecins peuvent s'organiser en fonction de leurs besoins en essayant de trouver des ressources financières ou créer parfois des organisations en se partageant les ressources disponibles.

« Il y a deux éléments qui nous gênent : le personnel et le nombre de lits. On est obligé de jongler pour déplacer les gens, les faire sortir, en mettre d'autres à la place. Et c'est un problème quotidien et c'est assez désagréable. Quand on est obligé à deux heures du matin de changer un patient de lit parce qu'on a besoin d'un lit en soin intensif et qu'on sort celui qui va le moins mal. » (Gastro-entérologue).

« Il fallait qu'on renfloue le secrétariat du service. Renflouer les secrétaires, j'ai attendu deux ans pour avoir une réponse positive. Pendant ce temps j'ai utilisé des secrétaires des autres, on avait un pool de quatre là où on avait besoin de six secrétaires. On avait un retard de courrier habituel de quatre mois. » (Ophtalmologiste).

« Pour les étudiants et l'enseignement comme l'ordinateur ou l'appareil photo tout a été acheté par d'autres moyens que le CHU. Et si ça avait été fourni par le CHU les délais sont tels... » (Dermatologue).

En conclusion, nous pouvons constater que les pressions financières internes peuvent provoquer l'apparition du surcodage par l'utilisation du système d'information ou par l'assimilation de codes, ou l'ajout de codes qualifiés de rentables.

En second lieu, certains comportements, plus marginaux, se font jour, suite à l'introduction de la logique économique.

D'autres effets de la pression financière interne ont été mis en lumière. La pression financière semble créer d'une part, des conflits de rôle et d'autre part, elle peut atténuer l'implication du médecin.

2.2. La pression financière interne a un impact sur les attitudes des médecins

L'étude a révélé des conséquences sur les conflits de rôle et l'ambiguïté de rôle mais également sur différentes facettes de l'implication du médecin.

→L'apparition de tensions de rôles

Nous avons vu que la littérature identifiait deux catégories de tensions de rôles : les conflits de rôle et l'ambiguïté de rôle (Kahn et al. 1964). Cependant, certains auteurs (Schaubroeck et al. 1989 ; Orqvist et Wincent, 2006) voient la surcharge de travail, non plus comme une dimension du conflit de rôle mais comme une composante à part entière des tensions de rôles. Notre travail a permis d'isoler ces trois composantes comme étant des conséquences à la pression financière interne.

● Les conflits de rôle

Dans notre travail nous avons trouvé l'existence des conflits de rôle « intra-émetteur », « inter-rôle », et conflits de rôle personnel.

L'existence de **conflits de rôle intra-émetteur peut être associée à la présence d'injonctions contradictoires.**

« On a l'impression qu'on nous dit un truc et qu'on fait après strictement l'inverse. Par exemple pour la pharmacie, l'unité de cytotatique, une partie de l'unité devait être déplacée dans le service pour le projet mais a été annulé puis ils se rendent compte que c'est pas possible, ça pourra pas tenir donc ils vont faire un roulement de coursier. Donc vous voyez ça c'est contradictoire, vous prévoyez un projet, vous y rogez dessus et puis après c'est pour vous apercevoir qu'il ne fallait pas rogner dessus, donc vous avez perdu

deux ou trois ans alors que si ca avait été tissé d'un seul bloc, ça aurait été fait. »
(Oncologue).

« On nous demande de garder la même qualité du service actuel et on ajoute une activité qui va exploser notre activité de 30 à 40%. On ne peut pas garder la qualité si on augmente notre charge de travail et qu'on n'envisage pas d'embaucher. » (Neurologue).

« Il manque tous les moyens nécessaires à la qualité, notamment le temps passé auprès du patient. Quand on sait qu'on est payé à l'acte, ça amène à multiplier les patients que l'on voit. On nous demande de faire de la qualité mais le financement est lié à la quantité et pas à la qualité. C'est un mensonge. » (PH de Médecine Vasculaire).

Il est également possible d'identifier des **conflits inter-émetteur** entre le principe médical propre à la spécialité et les objectifs de rentabilité énoncés par les administratifs.

« Chaque année, le directeur administratif nous explique que l'année prochaine, il faudra mieux faire avec moins de moyens. Notre pôle est très déficitaire car les principes de pédiatrie sont de faire le moins possibles d'exams invasifs, de les hospitaliser le moins possible et de les laisser avec leurs parents. C'est incompatible avec ce que nous demande la T2A » (Pédiatre).

De plus, on se rend compte que la **pression financière peut être contraire à la logique médicale :**

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

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

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

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

« Je suis à l'hôpital par conviction. Je constate que la dimension pécuniaire ne va pas toujours dans le sens de ce que j'envisageais, de mon idée de la pratique médicale » (Gastro-entérologue)

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

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

Par ailleurs, ce conflit peut apparaître lorsque le médecin est soumis à deux forces contradictoires : la pression financière et le lien affectif avec les valeurs véhiculées par l'hôpital public.

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

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

Enfin, des **conflits de rôle de type personnel** chez le praticien peuvent apparaître car ces derniers ne souhaitent pas perdre des ressources.

« Mon paradoxe c'est avec les moyens donnés, de prendre les personnes qui sont les plus lourdes en fin de vie, qui sont refusées par tout le monde. Et si je ne prends pas ces

patients là, on m'enlèvera des moyens. Donc on est dans une situation qui est un vrai tiraillement. Et tout ça est laissé à ma libre appréciation. » (Gastroentérologue).

« Dans le cadre de la productivité, comme tout à l'heure, j'ai du refuser une personne. En tant que gestionnaire de l'activité du service, il y a des impératifs, et en tant que médecin je dois discuter avec le patient. Je lui dis qu'on peut faire différemment parce que ça coute trop cher. Si on ne fait pas attention, on arrive en tant que médecin à justifier le soin par rapport au manque de moyens en disant, « oui mais pour elle ce n'est pas tout à fait indispensable », mais ce n'est pas vrai, elle en a besoin. » (PH de Médecine Interne)

« On est amené à faire attention à ce que le côté administratif n'empiète pas sur le côté des soins. Malheureusement les théoriciens nous édictent des règles aberrantes parce qu'ils ne sont pas sur le terrain. Donc on doit être vigilant pour ne pas se laisser envahir par ça par rapport à l'efficacité des soins. » (Chirurgien)

Le médecin est donc confronté à deux contraintes : d'une part le soin et d'autre part être « rentable ».

Cela peut créer des tensions au travail, plus précisément dans les relations entre les médecins de différents services ou de pôles.

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

●L'ambiguïté de rôle

Selon Kahn et al. (1964), l'ambiguïté de rôle correspond au degré d'information manquante pour occuper une place dans l'organisation. Comme le souligne Loubès (1997), cette ambiguïté semble liée à la différence entre l'information disponible pour une personne et celle qui lui est nécessaire pour remplir de façon adéquate son rôle. Cela signifie ainsi que la

personne focale est dans l'incertitude par manque d'informations provenant de son fait et par manque d'informations provenant de la hiérarchie.

Kahn et al (1964) déclinent l'ambiguïté de rôle en plusieurs dimensions. L'ambiguïté peut concerner la tâche ou l'aspect socio-émotionnel. Notre étude a révélé ces deux dimensions de l'ambiguïté de rôle.

Nous avons identifié une ambiguïté de rôle associée à la tâche. Cette dernière se définit comme une insuffisance d'informations concernant la définition du poste, les buts et moyens utilisés pour les atteindre (Kahn et al. 1964).

« On fait de plus en plus de malades qu'avant avec le même nombre de médecins et ça c'est au détriment du temps imparti auprès des gens et de la famille. On nous demande d'être rentables. Et il y a le discours classique qui est de dire qu'on doit d'abord prouver que cette rentabilité va être importante pour l'administration pour pouvoir avoir les moyens. Et c'est là que le malaise existe : on ne peut pas répondre T2A à un patient qui veut parler pendant une heure. » (Gastro-entérologue).

« Les actes sont côtés, on côte nos actes en consultation. Après c'est vrai qu'on a des contraintes économiques, pour les hospitalisations de jour. On nous a dit qu'un certain nombre d'actes qui étaient faits en hospitalisation de jour ne devaient plus l'être, on devait se débrouiller autrement » (Dermatologue).

On retrouve également liée à la pression financière interne, une ambiguïté relative à la manière de mener correctement sa tâche.

« On va me dire vos consultations ne sont pas rentables, il faut consulter plus. Je ne vois pas comment matériellement je pourrais faire plus de consultations. Je ne peux pas me dédoubler. Pour moi une consultation pas rentable cela ne veut rien dire. Je vois des patients, je fais un diagnostic, je fais des prescriptions, je ne comprends pas la signification du « pas rentable » » (Dermatologue).

« C'est le directeur de l'ARH⁽¹⁾ qui nous sabre les budgets. C'est lui qui impose et qui nous dit que la chirurgie ambulatoire, ça doit être plus de 90% de l'activité chirurgicale. C'est sur que la chirurgie ambulatoire dans le privé peut représenter cette proportion. Mais à l'hôpital, je ne vois pas comment faire. A partir du moment où, en ophtalmo on a

une majorité de patients qui ont plus de 75 ans, ils sont inéligibles pour la chirurgie ambulatoire. » (Anesthésiste).

« Il y a un décalage entre ce qu'on est censé pouvoir réaliser et les moyens qui nous permettraient de le faire. Par exemple, on a une triple mission soin, enseignement et recherche. Ce n'est pas possible de tout faire. Le soin prend beaucoup de temps et par manque de personnel, il est très difficile de s'extraire ponctuellement d'une des missions pour se consacrer à l'autre. » (PH de Médecine Interne).

Cette ambiguïté **peut être associée à des injonctions contradictoires** provenant de l'administration.

« On nous demande à la fois de gérer cette activité non rentable tout en nous reprochant de ne pas faire d'activité rentable. Quand on demande à l'administration, ils nous disent « ce n'est pas notre problème ». Quand on leur demande ce qu'on doit faire des patients qui ne sont pas rentables, ils nous disent « Prenez les, mais prenez en le moins possible. » Alors on leur demande qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on renvoie ces gens ? Ils nous répondent « S'ils ne sont pas du secteur sanitaire pourquoi pas ? » Mais ça c'est jamais écrit, c'est dit. » (Dermatologue).

« L'administration nous met la pression. On nous demande d'être productif, d'être rentable et de sélectionner des pathologies. De prendre des pathologies plus rentables. De travailler plus mais de consommer moins. C'est insupportable. Exemple de faire de plus en plus de chirurgie ambulatoire mais de ne pas nous donner les moyens d'ouvrir des lits d'ambulatoires. Il faut en faire plus mais quand on veut inscrire les patients, c'est plein. » (Ophtalmologiste).

Une seconde dimension de l'ambiguïté de rôle, liée à l'aspect socio-émotionnel a été mis en lumière. Elle se définit par Kahn et al. (1964) comme le fait que l'individu identifie difficilement quelles vont être les conséquences de son travail et des résultats atteints sur le regard que porteront les autres sur lui.

« Ce qui me fait peur c'est qu'on risque de perdre en qualité. A vouloir faire de l'activité, on peut voir les patients en un quart d'heure. C'est ce qu'ils font à Paris, mais si c'est pour gagner ça et faire que les gens prennent des anti-dépresseur, que le patient se sente largué, qu'il n'y a pas de relations humaines, cette relation humaine elle est primordiale pour le devenir du patient » (PH de Maladies infectieuses).

« Il faut réfléchir à toute la thérapeutique des médicaments et j'essaie de plus en plus de limiter les soins futiles, ce qui n'est pas toujours accepté. On a l'obligation aujourd'hui de dire là où on dépense de l'argent, une à deux réanimations sont des réanimations pour rien. C'est 3 000 € alors qu'on sait qu'il va mourir et ce message là il a du mal à passer auprès du personnel soignant, médical. » (Anesthésiste).

« On essaie de trouver l'antibiotique le moins coûteux. On pèse quand même bien le bénéfice, et ce que ça va apporter au patient par rapport au pronostic vital. Est-ce que ça vaut le coup de mettre en place cette thérapie très coûteuse. On y pense, dans l'absolu on devrait pas, on devrait prescrire sur des données purement scientifiques et puis avancer, on le fait, mais on réfléchit, on essaie d'être responsable » (Anesthésiste).

Un autre volet de l'ambiguïté de rôle lié à l'aspect socio-émotionnel est lié aux conséquences des actions de la personne focale sur ses buts personnels et sur son bien être (Kahn et al. 1964).

« L'administration avec la T2A. Ils veulent qu'on ait une activité rentable et rémunératrice et ils nous tiennent des discours à nous médecin en nous disant « certains malades ne sont pas rentables évitez de les prendre en charge ». Ce qui est inentendable » (Dermatologue).

« Parfois on peut se poser des questions quand c'est un problème thérapeutique qui coûte très cher, en tant que médecins on aurait parfois tendance à vouloir essayer même si ça coûte très cher et qu'on n'est pas sûr que ça amène quelque chose mais d'un autre côté on va culpabiliser on réfléchit à ne pas le faire car ça coûte très cher. Le CHU est une globalité il faut qu'on fasse attention à ne pas dépenser si on n'est pas certain que ça amène quelque chose. On est très mal à l'aise face à ce choix. » (Anesthésiste).

●La surcharge de travail

La surcharge de travail peut apparaître lorsque l'émetteur a des attentes trop nombreuses au regard du temps et des ressources disponibles de la personne focale. Elle a fait l'objet de recherches dans le secteur médical (Tordera et al. 2008, Wu et al. 2008). A ce propos, les travaux de Baret (2002), dans une étude comparative de six pays de l'union Européenne,

constatent une augmentation de la charge du personnel soignant soumis à trois contraintes : une diminution d'effectif, une demande sociale accrue et une carence de main d'œuvre.

La surcharge de travail que nous avons identifiée dans notre étude exploratoire semble provenir des tâches administratives qui sont attribuées aux médecins.

« Je n'augmente pas mon activité médicale, mes décisions médicales sont en fonction de mes contraintes administratives. On essaie de me faire faire ça mais je ne le fais pas tant que faire ce peut. Je tamponne, je temporise pour que ça n'apparaisse pas, ça ne retentisse pas. Ça retentit un petit peu mais de là à ce qu'il y ait des conflits... Je ne refuse pas un patient, la prise en charge d'un patient parce que cela va coûter cher à la structure. On essaye, ça tend vers ça, mais sur mes décisions médicales, ça ne retentit pas, par contre ça retentit sur moi, sur le temps passé. » (Ophtalmologiste).

« C'est une surcharge la fonction administrative. Ce n'est pas inclus dans nos heures de travail » (Orthopédiste).

« On m'attribue des fonctions administratives, mon temps médical n'est pas compensé. » (PH de Médecine vasculaire).

Cet un accroissement des tâches administratives peut donner au médecin le sentiment d'avoir des difficultés à accomplir sa mission de soins (Noy et Lechman, 1993).

« Le problème est qu'on nous charge au niveau administratif, je ne crois pas que les malades nous paient pour faire de l'administratif, on est payé pour soigner les gens. Et l'administratif ça me prend du temps. Pour moi j'ai fait des études de médecins pour ma valeur médicale, pas pour ma valeur administrative qui n'est pas bonne. Administrativement les choses se sont dégradées pour moi, je signais 10 fois moins de papier. Avant cela prenait 5% de mon temps maintenant c'est 20%. » (Dermatologue).

« Il y a un conflit naturel entre mes deux tâches médicales et administratives. Si j'analyse le temps passé sur les tâches administratives depuis 15 ans, il y a une évolution inquiétante au détriment des soins. Aujourd'hui c'est 20% de notre travail. » (Neurologue).

« Pour les cotations des PMSI, elles sont devenues obligatoires pour les médecins, alors qu'avant elles étaient faites par les secrétaires. C'est une prise de temps qui est pour moi, très difficile à gérer » (Dermatologue).

« Le PMSI c'est un acte médical, mais la saisie c'est administratif. L'administration a dit que c'est le médecin qui doit saisir, les secrétaires refusent de taper. On va bientôt nous demander de faire le parterre ! La saisie ce n'est pas un acte médical » (Cardiologue).

Toutefois, il serait possible de **nuancer le lien entre surcharge de travail et pression financière interne**. La surcharge de travail paraît, pour le médecin, sensiblement liée aux tâches administratives qui lui incombent. Il perçoit le fait de compléter le PMSI comme une tâche administrative. Or, en tant que tel, le PMSI a été une tâche attribuée au médecin avant l'introduction de la T2A. C'est donc davantage le fait de réaliser cette tâche qu'il perçoit comme une surcharge de travail que la pression financière interne en tant que telle. C'est la raison pour laquelle la charge de travail ne sera pas retenue dans la suite de notre travail.

→ **La diminution de l'implication du médecin**

Notre travail exploratoire s'est également intéressé à l'implication du médecin. De part son appartenance à une profession dont les valeurs sont fortes (Hall, 1973), cette dimension ne pouvait être occultée. De plus, très peu d'études sur le RAPM se sont penchées sur le lien entre RAPM et implication dans l'organisation. Il nous semblait donc pertinent d'explorer les liens possibles, entre ces concepts.

Comme nous l'avons évoqué l'implication est multidimensionnelle. En partant des trois facettes de l'implication (affective, normative et calculée) les recherches se sont orientées par la suite, par exemple, vers l'implication dans la profession (Snape et Redman, 2003 ; Irving et al. 1997 ; Meyer, et al. 1993).

L'implication dans la profession ou carrière –*professional commitment, career commitment* est utilisée indifféremment dans les travaux de recherche bien que certains chercheurs distinguent la carrière de la profession (Commeiras et al. 2009 ; Commeiras et Charles-Pauvers, 2002). Pour eux, la carrière a un aspect cyclique, voire évolutif « la carrière peut être définie comme un cycle, des étapes à franchir s'échelonnant de l'entrée de l'individu sur le marché du travail, dans un métier, dans une organisation, ou une profession » ; la

profession peut s'assimiler à l'appartenance à un groupe d'individu exerçant la même activité.

Aussi, nous retiendrons le terme d'implication dans la profession.

Ce concept, est défini par Lee et al. (2000) comme un attachement qu'ont les individus au regard de leur profession. Mais il ne semble trouver échos qu'auprès de salariés spécialisés disposant d'une expertise dans un domaine.

Les travaux menés dans le secteur médical ont montré que le médecin disposait d'une double implication : une implication dans la profession (Hoff, 1999) mais également dans l'organisation (Freeborn, 2001; Hoff, 2001).

Nous avons retrouvé ces deux dimensions de l'implication. Toutefois, l'implication dans l'organisation semble être davantage orientée vers le service public que vers l'établissement en tant que tel.

●L'implication dans le métier

Nous avons pu retrouver l'implication dans le métier, dans son volet affectif, pouvant, parfois engendrer une « sur-implication ».

En premier lieu, **l'implication professionnelle est orientée vers le patient**. On retrouve ainsi un des **attributs de la fonction de médecin** énoncé par Hall (1973) associé au volet affectif de l'implication.

« Mes priorités c'est faire mon métier, soigner des malades, j'arrive encore à trouver du plaisir. » (Anesthésiste).

« Je suis le plus impliqué dans le service du patient. C'est traiter les gens convenablement, surveiller les gens qu'il n'y ait pas de bévues de faites. Vous voyez là, mon portable est déchargé. Il faut que je le recharge parce que beaucoup de patients ont mon portable. » (Oncologue).

« Je me donne complètement à la fonction qui m'incombe, c'est professionnel et personnel. Ce n'est pas uniquement faire les gestes qu'il faut faire, c'est aller plus loin. C'est réfléchir, c'est pas simplement poser un acte et puis partir sans se préoccuper du reste. Ce qui incombe pour moi c'est le malade et son entourage. » (PH de Soins palliatifs).

« Mon plus grand souhait c'est quand quelqu'un rentre alors que vous passez des nuits entières, vous ne savez pas s'il sera vivant demain matin, et quelques mois après ils viennent à la porte du service vous embrasser. » (Anesthésiste).

« Faire son travail avec ardeur, ne pas se contenter de l'existant mais en savoir plus. Soigner des gens avec davantage de connaissances et leur faire bénéficier de la science de pointe. Je privilégie l'actualisation de mes connaissances, vis-à-vis de mes malades. Parce que j'y consacre un temps anormalement important. Et parce que j'estime que je leur dois bien ça. » (Ophtalmologiste).

« J'adapte mon travail à la situation telle qu'elle est au quotidien, par rapport aux malades. La disponibilité en particulier, pour moi c'est être à l'écoute, être réactif vis-à-vis des malades. » (Dermatologue).

« A l'hôpital, maintenant pour moi c'est rester passionné par ce que je fais. C'est rester malgré la pénibilité de mon travail et essayer d'assurer au maximum le bien être des gens. Faire un diagnostic, traiter, communiquer, être le plus humain possible, même si ce n'est pas toujours facile quand on est fatigué. Si je n'ai plus ça, je change de métier. » (Gastro-entérologue).

Selon Mintzberg (1989), les **médecins exercent leur métier avec dévouement**. Se dévouer est défini, selon le Larousse (2007) comme « se consacrer entièrement à » ou « encore se charger d'une tâche pénible par abnégation, d'une tâche difficile ou peu enthousiasmante. ». Cela pourrait suggérer, parfois, une sur-implication dans la profession.

« Mon travail pour moi, c'est le fait de soigner un malade en dehors des horaires, le fait de sauter un repas et ca m'arrive très souvent. Je suis très impliqué envers les patients, ils sont sous ma responsabilité ». (PH de Médecine Interne).

« En gastro-entérologie, tout le monde travaille beaucoup. Peut être à tort, on est un peu trop impliqué dans notre travail et ca prend une grande partie de notre emploi du temps, de notre vie. » (Gastro-entérologue).

« J'ai eu un patient qui faisait les 160 kilos qui ne voyaient plus, bien sûr personne ne voulait l'opérer, il avait été récusé par trois CHU. J'ai fait descendre en février, pour opérer en juin, le patient au bloc opératoire pour savoir s'il tenait sur la table. On m'appelait trois jours après pour me dire que les tables opératoires ne pouvaient supporter que 140 kilos. Donc c'est à toi de prendre la responsabilité, le fabricant s'est désengagé, la chef de matériel s'est désengagée de toute responsabilité si la table ne tient

pas et elle m'a dit, « si tu veux l'opérer il faut le prendre sous ta responsabilité ». Je l'ai fait. » (Ophtalmologiste).

«Je suis disponible pour les enfants et les familles. D'un côté tous les malades les plus graves ont tous mon portable et d'un autre côté j'essaie de leur offrir la meilleure qualité de soins possible, être au courant en permanence des évolutions. Je fais plus de consultations que les créneaux officiels pour réduire le temps d'attente des enfants. » (Pédiatre).

●L'implication dans le service public

Le médecin de l'hôpital public semble être à l'hôpital parce qu'il partage les valeurs du service public. Cet attachement peut se rattacher au volet affectif de l'implication.

« J'ai travaillé dans le privé pour des remplacements. Je suis passé à l'hôpital parce que sorti d'internat il est intéressant de faire du clinicat, ça permet de rester au sein du secteur public. Et je reste très attaché aux missions du service public. La mission du service public c'est de récupérer. En réanimation, on récupère tout ce qui ne peut pas se faire ailleurs. » (Anesthésiste).

« Je suis dans le service public car j'aime le service public. J'ai connu une grande époque hospitalière, on s'est formé, on est arrivé à avoir un niveau inégalé. L'hôpital public, pour moi, c'est l'équité des soins, ça fait partie de ma philosophie. Pour moi l'hôpital, c'était le modèle idéal de la qualité des soins d'éthiques. Mais peut être que je me suis trompée. » (PH de Maladies infectieuses).

« Je n'ai jamais travaillé dans le secteur privé. Je suis à l'hôpital parce que je suis aussi très impliquée dans le milieu associatif donc l'hôpital représente les valeurs que je partage. » (PH de Soins palliatifs).

« Je suis à l'hôpital parce que ma conception de la médecine ne se conçoit pas dans le privé. Essayer de faire une médecine au maximum qui ne soit pas influencée par les moyens financiers à la base, ne pas être guidé par le bénéfice. » (Anesthésiste).

« Ca peut vous sembler un détail, j'ai un certain côté social. Il y a un certain nombre de personnes qui sont dans la difficulté, dans le besoin, et en public c'est un devoir de recevoir ces personnes. Je suis content d'aider ces gens. Peut être que je gagne moins d'argent que dans le privé mais ça ne me gêne pas de donner pour la communauté, les gens en difficulté. » (Ophtalmologiste).

« Je suis à l'hôpital par conviction. Je compte passer en privé lorsque le secteur public n'offrira plus ce qui est en adéquation avec mes convictions c'est-à-dire un service public. Le jour où le service public sera dans le même champ d'activité que le privé, je ne vois pas pourquoi je resterai dans le service public pour être moins bien payé. »
(Pneumologue).

« Je peux songer à passer dans le privé à cause des conditions de travail de l'hôpital, l'argent et la manière dont sont perçus les médecins et leur travail à l'hôpital. La carotte il n'y en a pas. Nous sommes des gens qui avons des idées claires sur la manière dont on aime travailler. Et c'est vrai que ça devient de plus en plus pénible. Mais je continue de travailler à l'hôpital parce qu'il y a des idéaux nobles auxquels j'adhère. » (Anesthésiste).

Pour certains médecins, leur lien avec l'établissement semble contraint. Certains énoncent presque un « sacrifice » nécessaire pour pouvoir exercer leur métier.

« Pour pouvoir remplir le rôle tel qu'on le voudrait auprès du patient, on est obligé de donner de notre personne, d'être présent aux réunions, sinon on ne nous laisse pas travailler. Ça nous fait perdre un temps fou mais on est obligé de passer par là. »
(Ophtalmologiste).

D'autres paraissent se désimpliquer de la structure dans laquelle ils exercent.

« Donner son temps, son énergie, ses connaissances, son énergie, pour l'institution, je l'ai fait pendant longtemps en étant dans différentes commissions et pour moi, ça c'est terminé. C'est fini. J'ai été très déçu parce que l'institution n'apportait rien, il y a eu des dépenses d'énergie sans aucune reconnaissance derrière. Pas d'aboutissement de projets que j'avais porté. Aujourd'hui je ne travaillerai plus pour l'institution. » (Gastro-entérologue).

CONCLUSION DE LA SECTION 2

Cette étude exploratoire nous a permis tout d'abord de mieux appréhender le RAPM et ses manifestations à l'hôpital.

Souvent mal défini par la littérature, nous constatons que le RAPM, au sein de l'hôpital, se traduirait par une pression financière interne. Elle se caractérise par un discours de sanctions-récompenses tourné vers la performance financière, l'application de sanctions en cas de non atteinte des objectifs, des objectifs budgétaires fixés par les cadres administratifs difficilement atteignables et un effet de **contagion vertical et horizontal**.

De plus, les entretiens ont révélé que la **pression financière se portait sur l'activité déclarée mais aussi pouvait concerner les décisions médicales**. En effet, les médecins perçoivent que les cadres administratifs essaient, afin de dégager plus d'activité, d'orienter leurs décisions médicales.

Par conséquent, la pression financière interne pourrait se définir comme : l'insistance sur les objectifs financiers par les acteurs travaillant au sein d'une organisation.

Cette recherche semble indiquer que le **contrôle de l'activité** par l'envoi de courriers électroniques ou de comparatifs d'activité a un impact sur la pression financière interne. En effet, ces contrôles formels introduits dans un des établissements étudiés, semble augmenter la pression à « être rentable ».

Par ailleurs, nous avons pu révéler certains effets de la pression financière interne. Ces effets concernent les comportements mais également les attitudes.

La pression financière interne crée des **comportements de manipulation de données, via le PMSI, soit en inversant les codes entrés dans le système d'information, soit en ajoutant des pathologies**, telles que la dénutrition, qui n'ont pas été automatiquement vérifiées.

D'autres comportements sont mis en lumière : des résistances aux informations et directives transmises ; des adaptations en usant parfois d'astuces ; des comportements de responsabilisation et déresponsabilisation entre les acteurs administratifs et médicaux.

En outre, nous avons constaté que la pression financière a un impact sur les **conflits de rôle**. En soumettant les médecins à deux forces contradictoires, logique de soins et logique économique, le médecin ressent des conflits de rôle. Il ne sait pas toujours quelle casquette adopter face au patient : celle de médecin ou celle de gestionnaire. De plus, en

recevant de la part des cadres administratifs des ordres parfois contradictoires, il ressent également des **ambiguïtés de rôle**. Il apparaît qu'il ne comprend pas comment atteindre les objectifs financiers fixés en fonction des moyens dont il dispose ni ce que signifie « être rentable ».

Nous avons également repéré l'existence de surcharge de travail pour le médecin. Au terme des entretiens, elle semble davantage liée aux tâches administratives à exécuter telles que le PMSI, qu'à la pression financière interne. Bien que le PMSI soit le moyen pour les médecins de déclarer leur activité, il s'agit avant tout d'une tâche administrative qui a été confiée au médecin dès 2000, dans ces établissements. Aussi, il semble que la surcharge de travail ne soit pas directement liée à la pression financière à l'activité. C'est pourquoi, nous ne la retiendrons pas dans notre étude confirmatoire.

Enfin l'étude indique que le médecin a un **lien fort avec sa profession et le service public**. L'implication dans la profession, chez le médecin, présente un caractère affectif : il situe l'essence de sa mission dans le soin dispensé au patient. Il considère qu'il est là pour traiter les patients et peut être découragé lorsque les tâches administratives ou la logique financière prennent le pas sur son métier. Comme certains répondants l'ont soulevé, leur choix du service public s'est, entre autre, basé sur les caractéristiques du service public, ses valeurs et l'absence de pressions financières. Aussi, il existerait un lien avec l'institution hospitalière publique qui pourrait se qualifier d'implication affective dans le service public. Certains, malgré les conditions de travail et les changements, semblent vouloir se maintenir dans ce secteur car ils s'identifient dans les valeurs véhiculée.

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

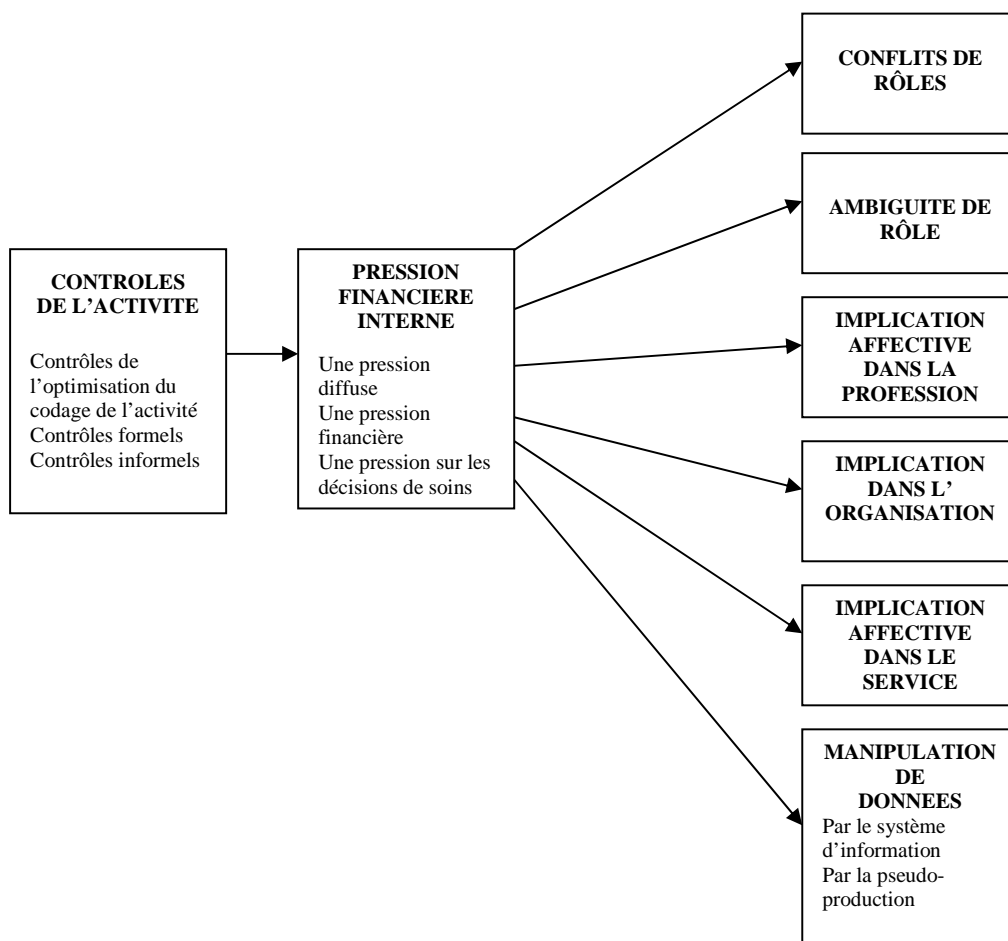
Dans ce chapitre, nous avons mené une étude qualitative exploratoire afin de mieux comprendre le RAPM, ses manifestations et les dysfonctionnements comportementaux associés.

D'une part, les résultats exposés nous ont permis de proposer une définition de la pression financière interne comme étant **l'insistance sur les objectifs financiers par les acteurs travaillant au sein d'une organisation.**

D'autre part, l'étude a révélé un **déterminant** à la pression financière interne, le contrôle exercé, mais également, des **conséquences** à la pression financière interne : des tensions de rôles, d'implication et la manipulation de données.

Par conséquent, nous pouvons ainsi compléter le modèle de recherche proposé dans le chapitre 2 par les résultats de notre travail exploratoire. Nous remplaçons alors le RAPM initial par la pression financière interne (Figure 19).

Figure 19 : Le modèle de la recherche.



Cependant, plusieurs limites peuvent être associées à cette étude.

Tout d'abord, une limite réside dans le nombre d'organisations présentes dans notre échantillon. Nous n'avons sélectionné que deux organisations, ce qui rend la validité externe de notre recherche discutable.

De plus, une seconde limite est liée à notre échantillon. En utilisant la méthodologie boule de neige, on ne peut exclure que notre étude ne présente pas le même degré de fiabilité que dans le cadre de sélection par randomisation. En outre, notre échantillon n'est constitué que de praticiens hospitaliers titulaires. D'autres acteurs tels que les infirmiers, chefs de cliniques, internes pourraient apporter davantage d'informations sur les pressions ressenties à différents niveaux organisationnels.

Une troisième limite pourrait être contextuelle. Notre étude exploratoire s'est déroulée au cours de l'été 2008, soit l'année de passage à 100% à la tarification à l'activité. Aussi, du

fait du caractère récent de l'implantation de la T2A à l'hôpital il est possible que la sensibilité des acteurs aux pressions financières soit plus importante.

Malgré ces limites, l'étude a pour dessein d'apporter un éclairage permettant de mieux comprendre le concept de RAPM dont plusieurs auteurs ne cessent de souligner l'ambiguïté du construit et de la mesure (Hartmann 2000 ; Ross 1995).

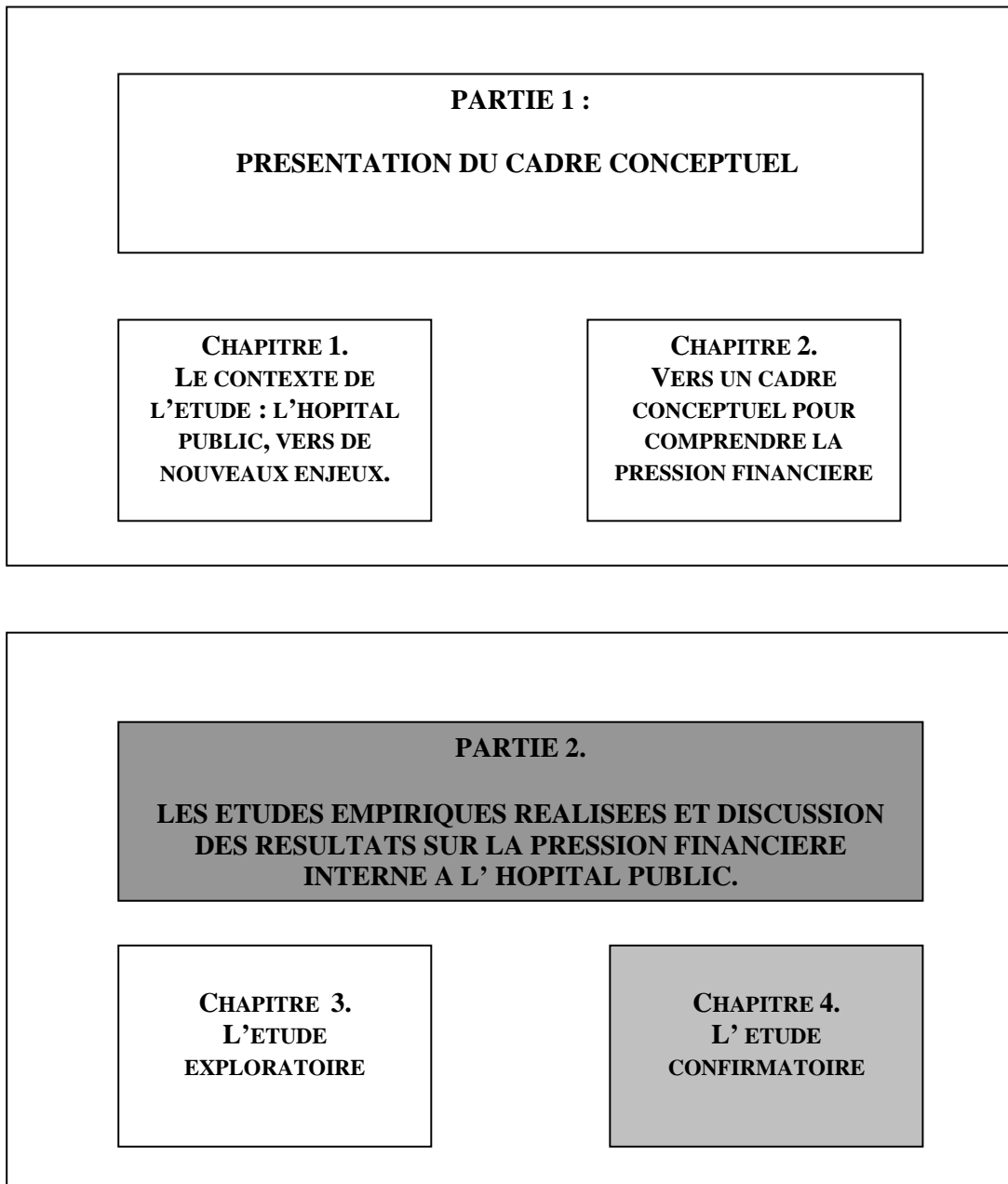
Cette étude a permis d'appréhender le RAPM comme une pression financière interne.

Afin d'essayer de confirmer le modèle issu de l'analyse de la littérature et de notre étude exploratoire, nous avons procédé à une étude quantitative. Celle-ci sera exposée dans le chapitre suivant. Nous procéderons dans un premier temps à la formulation des hypothèses issues de ce modèle, puis nous testerons les instruments de mesure, en suivant les recommandations du paradigme de Churchill (1979). Enfin nous procéderons aux tests des hypothèses posées.

CHAPITRE 4.

L' ETUDE CONFIRMATOIRE SUR LE CONCEPT DE PRESSION FINANCIERE INTERNE

Figure 20 : Structure Générale de la Thèse



Les précédents chapitre nous ont permis de poser les fondements conceptuels de notre travail et de préciser les manifestations de la pression financière interne. Dans la littérature, le RAPM est un construit flou qui a un impact sur les tensions de rôles, l'implication dans l'organisation et la manipulation de données.

Situant notre champ d'étude dans un contexte de bureaucratie professionnelle, l'étude exploratoire a confirmé l'existence d'une implication dans la profession ainsi qu'un fort attachement au service public. Enfin, elle nous a permis de mieux cerner le RAPM est de l'appréhender comme une pression financière interne.

Nous avons, à la suite de ces chapitres, présenté le modèle de notre recherche.

A présent nous procédons à une étude confirmatoire afin de confronter la conceptualisation de notre modèle.

Nous débuterons notre première section par la formulation des hypothèses et exposerons l'opérationnalisation des construits.

Puis dans une seconde section, nous présenterons la méthodologie utilisée. Dans une troisième section nous présenterons les résultats des tests d'échelles.

Pour terminer, dans une quatrième section, nous testerons les hypothèses puis les résultats seront discutés.

SECTION 1. LE MODELE DE LA RECHERCHE

Notre travail se fonde sur l'idée que la pression financière interne à l'hôpital public a des effets sur les attitudes et les comportements.

Les chapitres précédents nous ont permis de mettre en avant les faiblesses et les apports des recherches menées sur les effets du contrôle par les résultats. Notre étude exploratoire nous a permis la pression financière interne au sein de l'organisation hospitalière. Nous avons également révélé les conséquences de ces pressions sur la manipulation de données, l'implication dans la profession et le service public ainsi que sur les conflits de rôle et l'ambiguïté de rôle.

Afin de confirmer les résultats trouvés dans la phase exploratoire, nous procéderons au test de ce modèle. Nous présenterons les hypothèses de notre travail confirmatoire puis envisagerons l'opérationnalisation des construits mobilisés pour ce travail.

1. LE PROBLEME DE LA RECHERCHE, SES HYPOTHESES

Le modèle conceptuel que nous avons élaboré à la suite de la revue de la littérature et de notre étude exploratoire permet de comprendre quels sont les effets et déterminants de la pression financière interne à l'hôpital. Nous cherchons à répondre à la problématique suivante :

Quels sont les déterminants de la pression financière interne et ses conséquences sur les attitudes et les comportements des médecins ?

Cette problématique est liée aux questions suivantes :

→ « *Les contrôles exercés sur l'activité créent ils un sentiment de pression financière interne ?* »

→ « *La pression financière interne crée-t-elle des tensions de rôles chez le médecin ?* »

→ « *Quels sont les liens entre pression financière interne et les diverses facettes de l'implication des médecins ?* »

→ « *La pression financière interne augmente-t-elle la manipulation de données ?* »

Pour y répondre nous formulons des hypothèses que nous allons tester dans cette phase confirmatoire.

Les hypothèses de la recherche que nous allons poser sont issues de l'analyse de la littérature et notre étude exploratoire.

Ces hypothèses se centrent autour du concept de pression financière interne. Nous distinguerons un **déterminant**, le mode de contrôle à l'activité, et des **conséquences**, les tensions de rôles, les implications et la manipulation de données.

→Le contrôle de l'activité et la pression financière interne

L'introduction de la tarification à l'activité permet la mise en place d'un contrôle des résultats (Naro, 2010). Nous avons effectivement constaté que les hypothèses sous-jacentes à l'existence d'un contrôle par les résultats étaient validées depuis la mise en place de pôles d'activités au sein de l'hôpital public couplés à un financement lié directement à l'activité déclarée.

Ainsi, la mise en place d'un système de contrôle comptable de l'activité, soumet les professionnels à d'autres modes de contrôles que les contrôles sociaux (Orlikowsky, 2001).

Par ailleurs, certains travaux, menés à l'hôpital, montrent que l'introduction d'un système de contrôle permettant la mesure de la performance aide le médecin intégré dans le management de son unité à augmenter le résultat de son unité (Comerford et Abernethy, 1999).

En outre, notre étude exploratoire a révélé l'introduction, depuis la mise en place de la T2A, de contrôles via les messageries électroniques provenant des cadres administratifs. Des contrôles plus informels, à l'occasion de discussions entre les médecins, ont été identifiés. Ces contrôles portent sur le codage de l'activité et sur la rentabilité de l'activité de chaque médecin.

Aussi, nous pouvons dissocier d'une part l'objet du contrôle qui concerne la rentabilité de l'activité et la manière dont le contrôle est exercé : un contrôle formel ou un contrôle informel.

Nous définirons donc, ici, le contrôle à l'activité comme « l'ensemble des moyens et voies de vérifications exercées par des acteurs sur le codage des actes déclaré. »

A notre connaissance, les travaux qui se sont centrés sur le RAPM n'ont pas étudié le contrôle exercé par le supérieur comme un déterminant du RAPM. Les études menées se sont centrées soit sur la pression budgétaire, soit sur le style de direction. En effet, la confusion parfois menée par les auteurs entre la manière d'exercer le style de leadership et la pression perçue ne permet pas de faire de distinctions entre ces deux concepts.

Or certains auteurs (Hartmann et al. 2010 ; Derfuss, 2009 ; Noeverman et al. 2005) envisagent le RAPM comme un construit multidimensionnel.

Nous avons pu constater dans l'étude exploratoire que les contrôles exercés dans un des établissements créent un sentiment de pression financière interne. Aussi, nous optons pour une distinction entre le construit de contrôle de l'activité et la pression financière interne.

→**La pression financière interne**

L'analyse de la littérature sur le RAPM a montré que ce concept n'était pas défini de manière claire. Aussi, nous avons pu dans notre travail exploratoire analyser ses manifestations. Nous avons observé qu'il s'agissait d'une pression financière interne que nous avons définie comme « l'insistance sur les objectifs financiers par les acteurs travaillant au sein d'une organisation ».

Cette pression est effectivement diffuse voire collective (Besson et al. 2004), elle provient de multiples acteurs, administratifs ou médicaux et portent sur l'atteinte d'objectifs financiers ou sur les décisions de soins. Notre étude a mis en lumière un effet de contagion de la pression financière interne : elle semble toucher tous les acteurs de la chaîne hiérarchique et elle provient du centre opérationnel.

Cette pression financière interne concerne non seulement le fait d'être rentable mais également de prendre des décisions médicales rentables. Par exemple, un des répondants indique qu'il modifie ses décisions de soins afin que l'unité ne gaspille pas d'argent inutilement. Il perçoit une pression du monde administratif, de part sa position de chef de service et transfère cette pression à ses pairs.

Nous pouvons, alors, poser une première série d'hypothèses liant les contrôles exercés à la pression financière interne perçue.

H1.a. le contrôle de l'optimisation du codage de l'activité a un impact positif sur la pression par les administratifs sur les soins.

H1.b. le contrôle de l'optimisation du codage de l'activité a un impact positif sur la pression par les administratifs sur la rentabilité.

H1.c. le contrôle de l'optimisation du codage de l'activité a un impact positif sur la pression exercée par les pairs sur les décisions de soins.

H1.d. le contrôle formel de l'activité par la hiérarchie a un impact positif sur la pression par les administratifs sur les soins.

H1.e. le contrôle formel de l'activité par la hiérarchie a un impact positif sur la pression par les administratifs sur la rentabilité.

H1.f. le contrôle formel de l'activité par la hiérarchie a un impact positif sur la pression exercée par le monde médical sur les décisions de soins.

H1.g. le contrôle informel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression par les administratifs sur les soins.

H1.h. le contrôle informel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression par les administratifs sur la rentabilité.

→ **Les tensions de rôles**

Les liens entre RAPM et tensions de rôles ont fait l'objet de nombreuses recherches (Hirst, 1983 ; Otley, 1978 ; Hopwood, 1972). Les résultats n'ont pas permis de déterminer clairement les liens entre ces deux concepts pour plusieurs motifs : le RAPM n'a pas été mesuré avec le même instrument et les travaux ont mesuré les tensions de rôles dans distinguer les concepts sous jacents : conflit de rôle, ambiguïté de rôle. Par conséquent, contrairement aux recherches précédemment menées sur les tensions de rôles, nous dissociions ce concept en conflit de rôle et ambiguïté de rôle et surcharge de travail.

● **Le conflit de rôle**

Certains travaux menés dans le secteur hospitalier indiquent que les conflits de rôle peuvent apparaître lorsque le médecin est à la fois tourné vers sa profession mais aussi soumis à des logiques budgétaires (Comeford et Abernethy, 1999).

Notre étude qualitative révèle des résultats similaires puisqu'elle indique que les pressions financières internes créent des tensions de rôles chez les médecins.

Plus précisément nous avons pu observer l'existence de conflits de rôle chez le praticien hospitalier : il ne sait pas, parfois, quel rôle privilégier entre son rôle de médecin et son rôle de gestionnaire. Il perçoit des injonctions contradictoires de la part des cadres administratifs qui d'un côté parlent de qualité des soins et de l'autre de rentabilité.

Aussi, les hypothèses suivantes peuvent être posées :

H2.a. la pression par les administratifs sur les soins a un impact positif sur le conflit de rôle.

H2.b. la pression par les administratifs sur la rentabilité a un impact positif sur le conflit de rôle.

H2.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur le conflit de rôle.

•L'ambigüité de rôle

Des travaux (Marginson et Odgen 2005, Hartmann, 2005 ; Hirst et Yetton, 1984) ont révélé que le RAPM pouvait diminuer l'ambigüité de rôle dans le cadre d'une forte incertitude liée à l'accomplissement de la tâche. Le manager, qui se fait évaluer sur sa performance, considère que l'introduction de normes comptables lui donne une lisibilité sur les critères d'évaluation.

Notre étude qualitative semble indiquer des résultats contraires. La littérature indique que l'exercice de la tâche de soin est une tâche complexe nécessitant une expertise (Abernethy et Stoelwinder, 1995 ; Mintzberg, 1989). Aussi, au vu des recherches précédentes, on pourrait s'attendre à ce que la pression financière interne réduise l'ambigüité de rôle puisque le médecin connaît les objectifs comptables à atteindre.

Or, le médecin ne comprend pas comment il peut atteindre les objectifs financiers fixés, d'une part parce qu'il ne comprend pas ce que signifie un acte médical « rentable », terme souvent utilisé par les cadres administratifs et, d'autre part, il ne sait pas comment arriver à augmenter ses résultats financiers au vu des moyens dont il dispose.

Par conséquent, s'appuyant sur les résultats de l'étude qualitative nous pouvons poser les hypothèses suivantes :

H3.a. la pression par les administratifs sur les soins a un impact positif sur l'ambigüité de rôle.

H3.b. pression par les administratifs sur la rentabilité a un impact positif sur l'ambigüité de rôle.

H3.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur l'ambigüité de rôle.

→L'implication dans la profession

A notre connaissance, aucune recherche n'a étudié les liens entre le RAPM, ou pression budgétaire, et l'implication dans la profession.

Or, dans notre contexte de recherche, nous ne pouvons exclure cette variable du champ de l'étude. En effet, des travaux précédemment menés dans le secteur indiquent que le médecin possède une forte implication dans la profession (Hoff, 2001, 1999 ; Hafferty et Light, 1995 ; Hall, 1973).

Par ailleurs, notre travail exploratoire confirme l'existence d'un fort lien affectif entre le médecin et son métier. Enfin, notre étude a montré que si, de manière marginale certains médecins pouvaient être conduits à changer de métier, il semble que la majorité maintienne une forte implication en dépit des pressions ressenties. Par conséquent, nous supposons que la pression financière interne n'a pas d'impact sur l'implication dans la profession.

Toutefois, nous supposons que lorsqu'elle est émise par les pairs qui partagent les mêmes valeurs, les mêmes normes et références (Ouchi, 1979) la pression financière interne a un impact positif sur l'implication dans la profession, puisque les médecins auraient tendance à se recentrer sur leur métier (Sainsaulieu, 2007). Ceci nous amène à poser les hypothèses suivantes :

H4.a. la pression par les administratifs sur les soins n'a pas d'impact sur l'implication affective dans la profession.

H4.b. la pression par les administratifs sur la rentabilité n'a pas d'impact sur l'implication affective dans la profession.

H4.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur l'implication affective dans la profession.

→L'implication dans les organisations

Nous n'avons pu isoler, dans la phase exploratoire, que l'implication affective dans le secteur public en tant que secteur porteur de valeur. Par conséquent nous optons pour une distinction entre l'organisation en tant qu'établissement et le service public comme institution.

●L'implication dans l'organisation

Dans le secteur de l'hôpital, l'implication dans l'organisation fait l'objet de quelques travaux dans le secteur médical (Freeborn, 2001 ; Bunderson, 2001, Hoff, 2001, 1999). Toutefois, dans ce secteur, à notre connaissance, aucune recherche n'a été réalisée concernant l'impact de la pression financière interne sur l'implication dans l'organisation.

Les liens entre RAPM et implication dans l'organisation ont fait l'objet de peu de recherches (Subramanian et Mia, 2003). Les résultats indiquent que l'implication dans l'organisation d'un manager marketing peut augmenter si l'accent sur le budget est faible. Lorsque l'accent mis sur l'atteinte des objectifs budgétaires est fort, l'implication dans l'organisation diminue pour ces professionnels.

En revanche, pour le manager responsable d'un centre de production, la relation entre l'accent sur le budget et l'implication dans l'organisation est positive. Ces recherches trouvent une justification dans le fait que le responsable marketing, de part la tâche qu'il exerce, qui est fortement empreinte d'incertitude, ressent les pressions budgétaires comme un frein à son exercice.

Notre étude qualitative n'a pas permis d'isoler le CHU en tant qu'organisation ou établissement. C'est pourquoi, nous nous basons sur les résultats issus de la littérature pour poser nos hypothèses. Le médecin exerce une tâche où l'incertitude est forte : les tâches exercées par les médecins sont des tâches complexes avec un fort degré d'incertitude (Abernethy et Stoelwinder, 1995). Nous pensons, donc, que les pressions financières internes ne permettent pas d'augmenter l'implication dans l'organisation. Au contraire, nous supposons qu'elles ont un impact négatif sur l'implication dans l'organisation.

H5.a. la pression par les administratifs sur les soins a un impact négatif sur l'implication dans l'organisation.

H5.b. la pression par les administratifs sur la rentabilité a un impact négatif sur l'implication dans l'organisation.

H5.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact négatif sur l'implication dans l'organisation.

●L'implication dans le service public

Si l'essentiel des études s'est centré sur l'implication dans les organisations privées, les études menées dans le secteur public demeurent peu développées (Steijn et Leisink, 2006). En outre, l'implication dans le secteur public n'est pas souvent évoquée de manière explicite (Liou et Nyhan, 1994). Peu de travaux ont été menés sur l'implication organisationnelle de profession spécifique, telle que les professionnels de santé (Somers et Birnbaum, 2000). Or notre étude qualitative nous a permis de faire émerger un fort lien existant entre le service public et les médecins. Le service public, pour eux, représente un ensemble de valeurs auxquelles ils adhèrent.

Aussi, nous retiendrons ici la définition de Mowday et al. (1982) : « l'implication dans l'organisation est une forte croyance et acceptation des buts et valeurs de l'organisation » en nous concentrant sur le volet affectif de l'implication dans le service public.

Au vu des entretiens réalisés, les pressions subies à augmenter l'activité semblent dénaturer les motifs de leur engagement envers l'institution. Par conséquent nous supposons que les pressions subies peuvent diminuer l'implication dans le service public. Nous pouvons alors poser les hypothèses suivantes :

H6.a. la pression par les administratifs sur les soins a un impact négatif sur l'implication affective dans le service public.

H6.b. la pression par les administratifs sur la rentabilité a un impact négatif sur l'implication affective dans le service public.

H6.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact négatif sur l'implication affective dans le service public.

→La manipulation de données

Très peu de recherches ont étudié les liens entre le RAPM et la manipulation de données (Hopwood, 1972 ; Merchant, 1990). Les corrélations obtenues ont été partielles dans le cadre des travaux de Merchant (1990). Il révèle que la manipulation de données peut se faire en accélérant les ventes, toutefois, les autres techniques de manipulation de données (achat à l'extérieur ou transfert de comptes) ne sont pas reliées au RAPM. En revanche Hopwood (1972) montre que des techniques de manipulations peuvent se développer dans le cadre d'une forte pression budgétaire.

La manipulation de mesures de la performance peut se définir comme un dysfonctionnement du système de contrôle et peut s'effectuer soit en lissant des données soit en les falsifiant (Flamholtz, 1979). Quelques études montrent que les hôpitaux depuis l'introduction des DRG ont des tendances à surcoder (Berta et al. 2010 ; Steinbush et al. 2007, Harrisson et al. 2007 ; Dafny et Leemore, 2005). Ces recherches indiquent que les processus de surcodage sont possibles en fonction du moment où il est réalisé, de l'exhaustivité du système de cotation ou encore de la politique de l'hôpital. Toutefois, ces travaux n'ont pas indiqué comment s'effectue le surcodage lors de la saisie informatique.

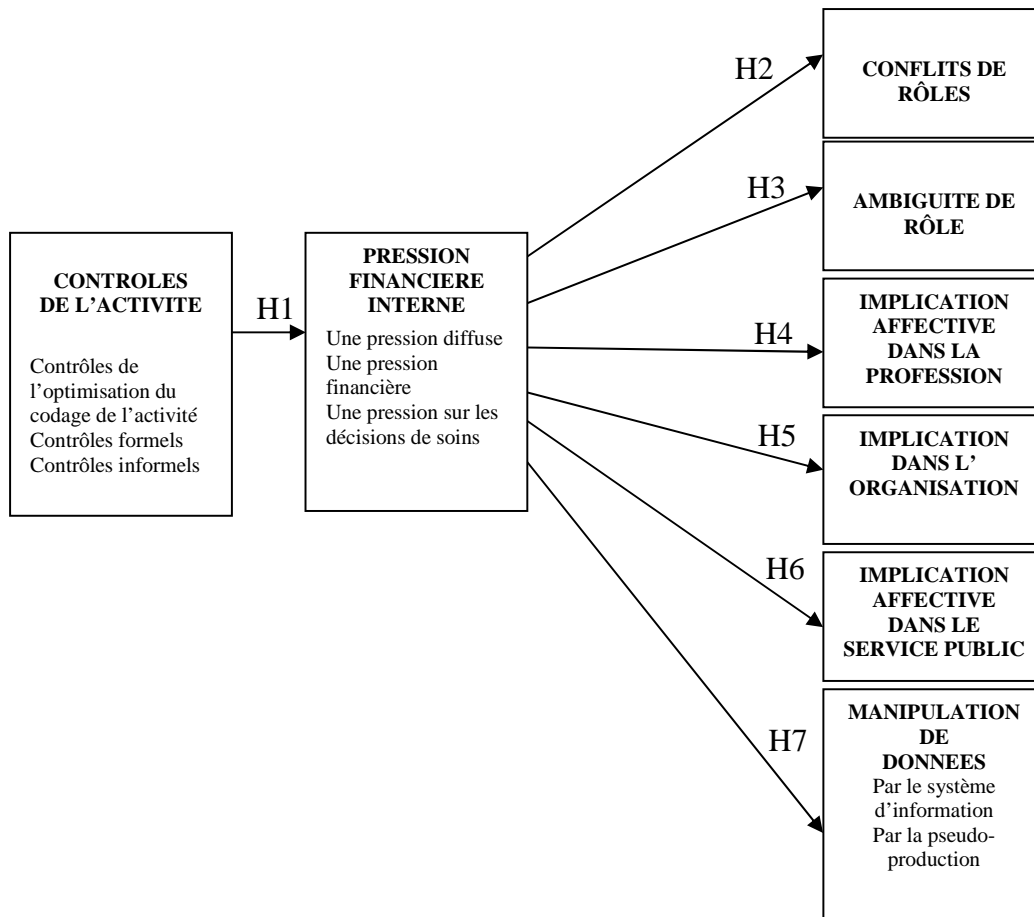
De plus, ces travaux ne testent pas si la pression financière interne crée de la manipulation de données. Notre étude qualitative a révélé l'existence de la manipulation de données par des combinaisons de codes ou des assimilations de codes afin d'obtenir davantage de ressources. C'est pourquoi, nous pouvons alors poser les hypothèses suivantes :

H7.a. la pression par les administratifs sur les soins a un impact positif sur la manipulation de données.

H7.b. la pression par les administratifs sur la rentabilité a un impact positif sur la manipulation de données.

H7.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur la manipulation de données.

Figure 21 : Description des hypothèses de recherches



2. L'OPERATIONNALISATION DES CONCEPTS

Nous allons ici présenter les différents instruments de mesure utilisés dans notre recherche confirmatoire. Etant donné d'une part que les échelles sur le RAPM ont été fortement critiquées pour leur faiblesses méthodologiques et que, d'autre part, peu de recherches ont été menée à l'hôpital sur ces construits, nous avons procédé à la création de trois échelles :mesurant : le contrôle de l'activité, la pression financière interne et la manipulation de données. Enfin nous avons procédé à l'adaptation des outils de mesure des implications et conflits de rôle, ambiguïté de rôle au secteur médical. Nous avons au préalable effectué un pré-test auprès de cinq médecins afin de vérifier d'une part s'ils comprenaient les items et d'autre part, si ces items leur paraissaient bien formulés. Certaines modifications mineures ont été apportées sur leurs conseils.

Toutes ces échelles sont des échelles de Likert à 5 points (1 « pas du tout d'accord » ; 2 « plutôt pas d'accord » ; 3 « ni d'accord, ni en désaccord » ; 4 « plutôt d'accord » ; 5 « tout à fait d'accord ») exceptée le contrôle de l'activité qui est mesuré par sa fréquence (1 « moins d'une fois par trimestre » ; 2 « une à deux fois par trimestre » ; 3 « trois à quatre fois par trimestre » ; 4 « cinq à six fois par trimestre » ; 5 « plus de six fois par trimestre »).

2.1. Les instruments de mesure créés

2.1.1. L'opérationnalisation de la pression financière interne

Les échelles de mesure du RAPM ont montré de nombreuses faiblesses quant à la mesure du construit. De plus, en nous centrant sur la pression interne financière, nous devons utiliser nos entretiens exploratoires afin d'opérationnaliser ce construit. Nous avons pu constater que la pression était diffuse puisqu'elle provenait des différents acteurs de la chaîne hiérarchique, mais également que les médecins étaient également à la source de cette pression. Aussi, nous avons décliné cet instrument en identifiant la source des pressions et sur quoi porte cette pression. Nous avons ainsi dressé une liste d'acteurs dans l'hôpital en les distinguant et les différents objets de la pression financière interne, tel que être rentable modifier ses décisions de soins. Par ailleurs, nous nous sommes inspirés de certains items de l'échelle de Hirst (1983) concernant les dépenses.

Tableau 15 : L'opérationnalisation de pression financière interne et codes associés

Je ressens de la pression à être rentable par :	
- l'ARH	PRESS_RENT_ADM_ARH
- le directeur du CHU	PRESS_RENT_ADM_DCHU
- le directeur administratif chef de pôle	PRESS_RENT_ADM_CPA
- le praticien responsable de pôle	PRESS_RENT_PRP
- les collègues	PRESS_RENT_PAIR_PH
- les administratifs	PRESS_RENT_ADM
- les infirmiers.	PRESS_RENT_PAIR_INF

Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par :	
- l'ARH	PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH
- le directeur du CHU	PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU
- le directeur administratif chef de pôle	PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA
- le praticien responsable de pôle	PRESS_DEC SOIN_PRP
- les collègues	PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH
- les administratifs	PRESS_DEC SOIN_ADM
- les infirmiers.	PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF

Je ressens de la pression sur la qualité de ma pratique médicale par :	
- l'ARH	PRESS_PRAT_ADM_ARH
- le directeur du CHU	PRESS_PRAT_ADM_DCHU
- le directeur administratif chef de pôle	PRESS_PRAT_ADM_CPA
- le praticien responsable de pôle	PRESS_PRAT_PRP
- les collègues	PRESS_PRAT_PAIR_PH
- les administratifs	PRESS_PRAT_ADM
- les infirmiers.	PRESS_PRAT_PAIR_INF

Je ressens de la pression pour augmenter mon activité par :	
- l'ARH	PRESS_AUGACT_ADM_ARH
- le directeur du CHU	PRESS_AUGACT_ADM_DCHU
- le directeur administratif chef de pôle	PRESS_AUGACT_ADM_CPA
- le praticien responsable de pôle	PRESS_AUGACT_PRP
- les collègues	PRESS_AUGACT_PAIR_PH
- les administratifs	PRESS_AUGACT_ADM
- les infirmiers.	PRESS_AUGACT_PAIR_INF

Je ressens des pressions pour atteindre les objectifs budgétaires du pôle par :	
- l'ARH	PRESS_OBJPOL_ADM_ARH
- le directeur du CHU	PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU
- le directeur administratif chef de pôle	PRESS_OBJPOL_ADM_CPA
- le praticien responsable de pôle	PRESS_OBJPOL_PRP
- les collègues	PRESS_OBJPOL_PAIR_PH
- les administratifs	PRESS_OBJPOL_ADM
- les infirmiers.	PRESS_OBJPOL_PAIR_INF

Je ressens de la pression pour que je diminue mes dépenses par	
- l'ARH	PRESS_DIMDEP_ADM_ARH
- le directeur du CHU	PRESS_DIMDEP_ADM_DCHU
- le directeur administratif chef de pôle	PRESS_DIMDEP_ADM_CPA
- le praticien responsable de pôle	PRESS_DIMDEP_PRP
- les collègues	PRESS_DIMDEP_PAIR_PH
- les administratifs	PRESS_DIMDEP_ADM
- les infirmiers.	PRESS_DIMDEP_PAIR_INF

2.1.2. L'opérationnalisation du contrôle de l'activité

La recherche exploratoire nous a permis d'identifier l'existence des modes de contrôles et les sources du contrôle. Nous avons ainsi opérationnalisé le contrôle de l'activité en déclinant les modes et les sources en fonction des types de contrôles à l'activité que nous avons pu identifier.

Tableau 16 : L'opérationnalisation du contrôle de l'activité et codes associés

Je reçois des mails pour améliorer mon codage de l'administration	CONT_COD_AMEL_ADM
Je reçois des mails pour améliorer mon codage du PRP	CONT_COD_AMEL_PRP
Je reçois des mails pour améliorer mon codage des autres praticiens hospitaliers	CONT_COD_AMEL_PH
J'ai des injonctions répétant que je dois coder à temps par l'administration	CONT_COD_TP_ADM
J'ai des injonctions répétant que je dois coder à temps par le PRP	CONT_COD_TP_PRP
J'ai des injonctions répétant que je dois coder à temps par les autres PH	CONT_COD_TP_PH
Me font des remarques concernant l'organisation du service : l'administration	CONT_ORGA_ADM
Me font des remarques concernant l'organisation du service : le PRP	CONT_ORGA_PRP
Me font des remarques concernant l'organisation du service : les autres PH	CONT_ORGA_PH
Me font des remarques si je n'ai pas généré et coté suffisamment d'activités rentables : l'administration	CONT_COD_RENT_ADM
Me font des remarques si je n'ai pas généré et coté suffisamment d'activités rentables : le PRP	CONT_COD_RENT_PRP
Me font des remarques si je n'ai pas généré et coté suffisamment d'activités rentables : les autres PH	CONT_COD_RENT_PH
Depuis la T2A, m'indique si j'ai été rentable l'administration	CONT_RENTA_ADM
Depuis la T2A, m'indique si j'ai été rentable le PRP	CONT_RENTA_PRP
Depuis la T2A, m'indique si j'ai été rentable les autres PH	CONT_RENTA_PH
Lors de discussions informelles, la rentabilité de mon activité est abordée par l'administration	CONT_RENTA_INFOR_ADM
Lors de discussions informelles, la rentabilité de mon activité est abordée par le PRP	CONT_RENTA_INFOR_PRP
Lors de discussions informelles, la rentabilité de mon activité est abordée par les autres PH	CONT_RENTA_INFOR_PH

Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par l'administration	CONT_COMP_ADM
Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par le PRP	CONT_COMP_PRP
Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par les autres pH	CONT_COMP_PH

2.1.3. L'opérationnalisation de la manipulation de données

Comme pour les deux échelles précédentes, l'échelle concernant la manipulation de données à été réalisée à l'aide de nos entretiens exploratoires. Ces derniers ont montré que la manipulation était possible en utilisant le système d'information, le PMSI. Des formes de surcodage consistent à inverser les codes ou encore à intégrer, dans des pathologies plus vastes, certaines qui sont mal codées. Aussi nous avons tenté de décliner notre échelle en deux volets : une manipulation liées à l'inversion de codes ou ajout de codes existants très rentables et une manipulation liées à la création de pathologies inexistantes dans le diagnostic du patient mais étant rentables.

Tableau 17 : L'opérationnalisation de la manipulation de données et codes associés

Je sais associer les codes pour être rentable	MDRENT
J'adapte les diagnostics pour être plus rentable	MDRENT_DIAG
Il arrive que je cote un acte par assimilation, s'il n'existe pas dans la cotation officielle pour ne pas perdre de ressources.	MDRENT_ASSIM
J'ajoute le plus de coûts morbidités (obésité, dénutrition, escarres...) possibles pour que mon acte soit rentable.	MDRENT_CMORB
Il m'arrive de réaliser, pour le coter et être plus rentable un acte médical non nécessaire.	MDRENT_ACTNNECC
Je code un cout morbidité uniquement parce qu'il est rentable et ce , même si le patient n'en est pas atteint	MDRENT_CMORBNEXIST
Je code une pathologie uniquement parce qu'elle est rentable et ce, même si le patient n'en est pas atteint.	MDRENT_DIAGNEXIST

2.2 Les instruments de mesure adaptés au secteur hospitalier

2.2.1. L'opérationnalisation des tensions de rôles

→L'opérationnalisation du conflit de rôle

Les études précédentes menées sur les tensions de rôles (Hopwood, 1972, Hirst, 1983, Hirst et Yetton, 1984, Abernethy et Stoelwinder, 1995) ont été menées avec les échelles de Kahn et al. (1964). C'est pourquoi, afin de pouvoir effectuer des comparaisons, nous optons pour les échelles de conflits de rôle à 8 items de Kahn et al. (1964).

Tableau 18 : L'opérationnalisation du conflit de rôle et codes associés

J'ai des choses à faire qui devraient être réalisées autrement	CR1
Je reçois des patients sans infirmières ou aides soignants pour pouvoir les soigner	CR2
Je dois contourner une règle ou des procédures pour pouvoir soigner	CR3
Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent de façon différente	CR4
Je reçois des demandes incompatibles d'une ou plusieurs personnes avec ma mission de soins	CR5
Je réalise des choses qui peuvent être acceptées par certaines personnes et rejetées par d'autres	CR6
Je soigne des patients sans ressources ni moyens adéquat pour pouvoir l'effectuer	CR7
Je travaille pour des choses inutiles	CR8

→L'opérationnalisation de l'ambiguïté de rôle

Les travaux menés sur le RAPM et l'ambiguïté de rôle ont utilisé les échelles de Rizzo et al. (1970) (Hirst et Yetton, 1984 ; Marginson et Odgen, 2005) pour tester l'ambiguïté de rôle ou de Mac Donald (1970) (Hartmann 2005) pour la tolérance à l'ambiguïté. En nous basant sur les résultats de notre étude exploratoire, nous optons pour l'échelle de Rizzo et al. (1970) à 6 items car nous ne testons pas la tolérance à l'ambiguïté mais l'ambiguïté de rôle.

Tableau 19 : L'opérationnalisation de l'ambiguïté de rôle et codes associés

Je connais avec certitude mon étendue d'autorité (RC) ¹²	AR1
J'ai pour effectuer mon travail des objectifs clairs et planifiés (RC)	AR2
Je sais comment je repartis mon temps de travail (RC)	AR3
Je sais quelles sont mes responsabilités (RC)	AR4
Je sais exactement ce que l'on attend de moi (RC)	AR5
Les explications sur ce qui doit être fait sont claires (RC)	AR6

2.2.2 L'opérationnalisation de l'implication

Notre recherche nous oriente à utiliser différentes échelles de l'implication puisque nous souhaitons tester l'implication dans l'organisation, dans la profession et dans le service public.

→L'opérationnalisation de l'implication dans la profession

Les études menées sur l'implication des médecins (Hoff, 2001, 2000, 1999) ont utilisé les échelles d'Aranya et al. (1981) ou échelle modifiée de Porter et al. (1974) pour l'implication dans la profession et de Meyer et Allen (1990) pour mesurer l'implication dans l'organisation. Or l'implication dans le métier de Blau (1985) est le concept qui représente le mieux l'implication dans la profession (Neveu, 2006). Nous optons alors pour l'échelle de Blau (1985) à 8 items pour mesurer l'implication affective dans la profession.

Tableau 20 : L'opérationnalisation de l'implication affective dans la profession et codes associés

J'aimerais trouver un autre métier (RC)	IP1
Je veux faire carrière dans ce métier	IP2
A refaire, je choisirais un autre métier (RC)	IP3
Même si je n'avais pas besoin d'argent, je conserverais ce métier	IP4
J'aime trop ce métier pour l'abandonner	IP5
J'ai un métier idéal pour y travailler toute ma vie	IP6
Je regrette d'avoir choisi ce métier (RC)	IP7
J'aimerais trouver un autre métier avec le même salaire. (RC)	IP8

¹² RC signifie « reverse code », c'est à dire que la réponse à l'item est renversée.

→L'opérationnalisation de l'implication dans l'organisation

De nombreuses recherches utilisant les échelles de l'implication organisationnelles indiquent que ce construit peut être appréhendé comme un construit à deux dimensions ou à trois dimensions (Meyer et Allen, 1997 ; Morrow, 1993). Toutefois, certains travaux ne retiennent que deux dimensions de l'implication dans l'organisation (affective et calculée) puisque la dimension normative présente des faiblesses d'opérationnalisation et se confond avec la dimension affective (Commeiras et al. 2009 ; Solinger et al. 2008 ; Bergman 2006). C'est pourquoi, nous retiendrons ici l'implication dans l'organisation comme un construit bidimensionnel affectif et calculé et utiliserons l'échelle de Meyer et Allen (1993) à 14 items.

Nous remplaçons le terme « organisation » par le terme CHU afin que les répondants se positionnent par rapport au CHU dans lequel ils travaillent.

Tableau 21 : L'opérationnalisation de l'implication dans l'organisation et codes associés

Je serais très heureux (se) de finir ma carrière dans ce CHU	IO_A1
J'aime discuter de cet établissement avec des personnes extérieures	IO_A2
Je ressens les problèmes de ce CHU comme les miens	IO_A3
Je ne ressens pas un fort degré d'appartenance à ce CHU	IO_A4
Je ne me sens pas membre à part entière de ce CHU (RC)	IO_A5
Je ne me sens pas attaché affectivement à ce CHU (RC)	IO_A6
Ce CHU a une grande signification pour moi.	IO_A7
Je ne suis pas inquiet(e) de ce qui pourrait se passer si je quitte mon CHU sans en avoir un autre en perspective (RC)	IO_C1
Ce serait très difficile pour moi de quitter actuellement mon CHU même si je le voulais	IO_C2
Trop de choses dans ma vie seraient perturbées si je décidais de quitter à l'heure actuelle mon CHU	IO_C3
Rester dans ce CHU est autant une nécessité qu'un désir	IO_C4
Je sens que je n'ai pas assez d'opportunité d'emploi pour me permettre de quitter ce CHU	IO_C5
Une des raisons majeures pour lesquelles je continue à travailler dans ce CHU est que mon départ demande un sacrifice personnel considérable.	IO_C6
Un autre CHU ne pourrait m'offrir tous les avantages que j'ai ici.	IO_C7

→L'opérationnalisation de l'implication dans le service public

L'OCQ de Porter et al. (1974) est particulièrement utilisé dans les recherches consacrées à l'implication dans l'organisation dans sa version à 15 items, cet outil est parfois unidimensionnel ou bidimensionnel (Commeiras et Fournier, 2001). Aussi, au vu des entretiens qualitatifs que nous avons menés l'attachement affectif au service public, étant très souvent exprimé, nous avons décidé d'utiliser la version courte de l'échelle à 9 items permettant de mesurer l'implication affective. Nous avons par la suite adapté cette échelle en modifiant « organisation » par « service public »

Tableau 22 : L'opérationnalisation de l'implication affective dans le service public et codes associés

Je suis prêt(e) à faire de gros effort au delà de ce qui est normalement attendu pour aider le service public à réussir	ISP1
Je parle du service public à mes amis comme d'un très bon secteur où être membre est formidable	ISP2
J'accepterais pratiquement n'importe quelle tâche pour demeurer membre du service public	ISP3
Je trouve que mes valeurs personnelles (équité des soins,...) sont très similaires à celles du service public	ISP4
Je suis fier (e) de dire aux autres que j'appartiens au service public	ISP5
Le secteur public me permet de donner le meilleur de moi-même	ISP6
Je suis très heureux (se) d'avoir choisi à l'époque de mon recrutement, de travailler pour le secteur public	ISP7
Je me sens concerné (e) par le futur du service public	ISP8
Pour moi, le service public est le meilleur secteur où je peux travailler	ISP9

CONCLUSION DE LA SECTION 1

L'objet de cette section a été, en premier lieu, de poser le problème de notre recherche, ainsi que les hypothèses (tableau 23) associées au modèle conceptuel. Après avoir exposé la méthodologie retenue pour tester ces hypothèses nous procéderons à l'analyse des résultats issus d'une enquête menée auprès de 578 praticiens hospitaliers répartis dans 14 CHU en France.

Tableau 23 : Synthèse des hypothèses de la recherche

H1.a.	Le contrôle de l'optimisation du codage de l'activité a un impact positif sur la pression par les administratifs sur les soins.
H1.b.	Le contrôle de l'optimisation du codage de l'activité a un impact positif sur la pression par les administratifs sur la rentabilité.
H1.c.	Le contrôle de l'optimisation du codage de l'activité a un impact positif sur la pression exercée par le monde médical sur les décisions de soins.
H1.d.	Le contrôle formel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression par les administratifs sur les soins.
H1.e.	Le contrôle formel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression par les administratifs sur la rentabilité
H1.f.	Le contrôle formel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression exercée par le monde médical sur les décisions de soins.
H1.g.	Le contrôle informel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression par les administratifs sur les soins.
H1.h.	Le contrôle informel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression par les administratifs sur la rentabilité
H1.i.	Le contrôle informel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression exercée par le monde médical sur les décisions de soins.
H2.a.	La pression par les administratifs sur les soins a un impact positif sur le conflit de rôle
H2.b.	La pression par les administratifs sur la rentabilité a un impact positif sur le conflit de rôle
H2.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur le conflit de rôle.
H3.a.	La pression par les administratifs sur les soins a un impact positif sur l'ambiguïté de rôle.
H3.b.	La pression par les administratifs sur la rentabilité a un impact positif sur l'ambiguïté de rôle
H3.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur l'ambiguïté de rôle.
H4.a.	La pression par les administratifs sur les soins n'a pas d'impact sur l'implication dans la profession
H4.b.	La pression par les administratifs sur la rentabilité n'a pas d'impact sur l'implication dans la profession
H4.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur l'implication dans la profession
H5.a.	La pression par les administratifs sur les soins a un impact néгатif sur l'implication dans l'organisation
H5.b.	La pression par les administratifs sur la rentabilité a un impact néгатif sur l'implication dans l'organisation
H5.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact néгатif sur l'implication dans l'organisation
H6.a.	La pression par les administratifs sur les soins a un impact néгатif sur l'implication dans le service public
H6.b.	La pression par les administratifs sur la rentabilité a un impact néгатif sur l'implication dans le service public
H6.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact néгатif sur l'implication dans le service public
H7.a.	La pression par les administratifs sur les soins a un impact positif sur la manipulation de données.
H7.b.	La pression par les administratifs sur la rentabilité a un impact positif sur la manipulation de données.
H7.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur la manipulation de données.

SECTION 2. LES METHODES DES TRAITEMENTS STATISTIQUES DE DONNEES ET RECUEIL DES DONNEES.

Nous présenterons successivement dans cette section les méthodes qui ont guidées nos analyses exploratoires, confirmatoires et tests d'hypothèses, puis exposerons le mode de recueil des données et enfin l'échantillon de notre étude.

1. LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ayant procédé à la construction de trois échelles de mesures, suite à notre phase exploratoire, nous avons suivi la démarche du paradigme de Churchill (1979) afin de développer et tester des échelles d'attitudes. Nous décrirons ainsi tout d'abord la démarche utilisée puis exposerons la méthodologie retenue pour nos analyses.

1.1 La démarche de Churchill (1979)

La démarche de Churchill (1979) permet de mesurer un construit en se basant sur le modèle de la vraie valeur. L'objectif de cette démarche est de mesurer un concept qui représente un phénomène.

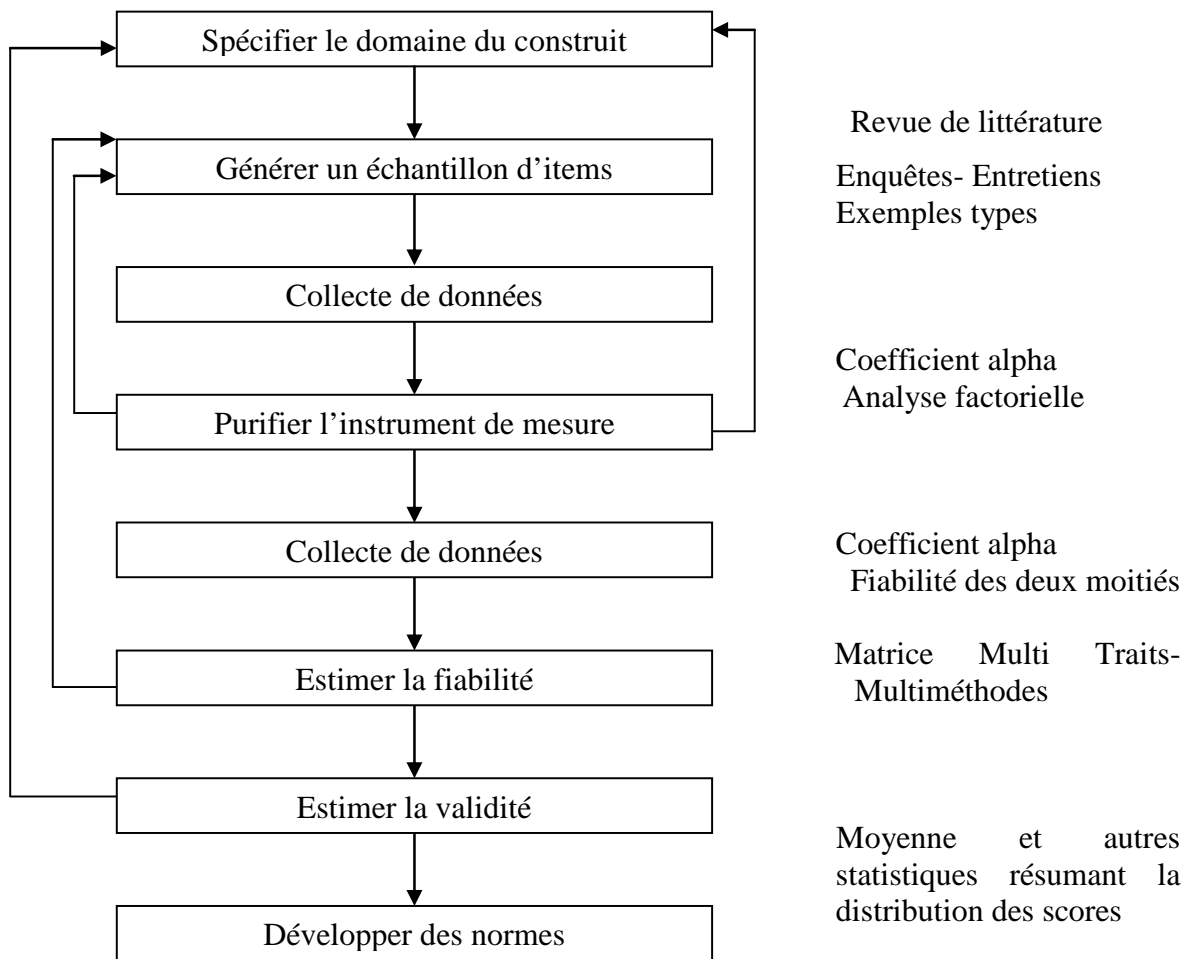
Ce paradigme comporte huit étapes :

- spécifier le domaine du construit : en s'appuyant sur une revue de littérature exhaustive, il permet de proposer des définitions du concept et de motiver les raisons d'un éventuel abandon des mesures existantes
- générer un échantillon d'items : proposition d'items qui cernent le plus efficacement possible les caractéristiques du construit. Dans notre travail, notre étude qualitative exploratoire nous a permis de mieux comprendre comment se manifestaient les pressions, le contrôle ainsi que les manipulations de données.
- collecte des données

- purification de l'instrument de mesure : il s'agit d'éliminer de l'échelle de mesure les items qui réduisent les qualités métriques avec le calcul de l'alpha de Cronbach et de mener des analyses factorielles permet d'évaluer la cohérence interne ainsi que le poids de chaque item au facteur auquel il se rapporte
- collecte de données : il est recommandé de procéder à une seconde collecte de données afin de valider les échelles et tester le modèle et hypothèses de recherche.
- estimer la fiabilité: la fiabilité des construits à été estimée à la fois par l'alpha de Cronbach mais également par le Rhô de Jöreskog.
- estimer la validité : cette phase permet de savoir si les indicateurs construits sont une bonne représentation du phénomène étudié. L'utilisation de la matrice Multi Traits-Multiméthodes de Campbell et Fiske (1959) peut être utilisée.
- développer des normes : il s'agit de l'agrégation d'items constituant chaque échelle pour établir des statistiques par variables.

Contrairement à ce qui est recommandé dans le paradigme de Churchill (1979), nous n'avons pas procédé à une seconde collecte de données. Une seconde phase de collecte est nécessaire dans le cas de reformulation d'items ou de nouvelles déclarations (Jourdan, 1999).

Figure 22 : Le paradigme de Churchill (1979)



La mesure du phénomène peut se voir affectée par des éléments qui éloignent la mesure idéale de la mesure obtenue (Carricano et Poujol, 2008).

Par conséquent, le modèle de la vraie valeur consiste à décomposer le résultat d'une mesure en ses différents éléments (Evrard et al. 2003) :

$$\mathbf{M} = \mathbf{V} + \mathbf{E_s} + \mathbf{E_a}$$

Avec : M= mesure obtenue

V= Vraie valeur (mesure qualifiée d'idéale)

E_s= Erreur systématique (lié à l'existence d'un écart systématique entre le phénomène étudié et son instrument de mesure).

Ea= Erreur aléatoire (lié à des aléas tels que l'humeur du répondant).

Ainsi, les instruments de mesure utilisés doivent répondre trois critères de qualité (Evrard et al. 2003) : la fiabilité, la validité et la sensibilité.

La **fiabilité** est assurée lorsque l'on obtient le même résultat en mesurant le phénomène plusieurs fois avec le même instrument, elle permet de minimiser l'erreur aléatoire

La **validité** doit permettre de vérifier que l'instrument permet d'appréhender au mieux le phénomène à mesurer, elle est liée aux deux termes d'erreur.

La **sensibilité** consiste à obtenir un instrument de mesure pouvant enregistrer de fines variations du phénomène.

Les deux premiers critères sont traditionnellement retenus pour apprécier la qualité de l'instrument de mesure (Evrard et al. 2003). Cependant, en travaillant sur des attitudes ou du ressenti ? la vraie valeur sera difficile à atteindre (Igalens et Roussel, 1998).

1.2 Tests des échelles de mesures

Notre démarche méthodologique va s'effectuer en plusieurs étapes : une phase exploratoire, une phase confirmatoire et enfin les tests du modèle. Nous exposerons donc les différentes méthodologies utilisées.

1.2.1. La phase exploratoire

La phase exploratoire se déroule en deux temps : une analyse des tests de la structure factorielle des échelles et des tests de fiabilité.

1.2.1.1. Test de la structure factorielle des échelles par l'analyse en composante principale

La démarche de l'analyse en composante nécessite le suivi de plusieurs étapes que nous exposerons successivement.

→La possibilité de factorisation des données

Les données factorisables sont celles qui peuvent être suffisamment corrélées pour former un ensemble cohérent pour que l'on puisse rechercher une dimension commune qui ait du sens, sans être un artefact statistique.

Deux tests sont le plus couramment utilisés :

- **le test de spécificité de Bartlett.** Il permet de juger de l'inégalité des racines latentes, c'est-à-dire de l'absence significative de sphéricité du modèle mentionné. Si le modèle s'avère sphérique, on peut présumer que les corrélations entre les variables sont voisines de zéro et donc qu'il n'y a aucun intérêt à remplacer les variables par des composantes (Laforge, 1981). Ainsi, l'hypothèse nulle de ce test est que les variables sont indépendantes les unes des autres. La significativité associée à ce test permet d'identifier si la matrice des corrélations diffère suffisamment d'une matrice d'identité. Si tel est le cas, la réduction des variables est autorisée.
- **l'indice Kaiser-Mayer-Olkin.** Cette mesure est basée sur la moyenne des coefficients de la corrélation qui sont situés dans la diagonale de la matrice anti-image, elle s'intéresse aux corrélations partielles.

Valeur de l'indice KMO	Validité
0,9 et plus	très grande
0,80 à 0,89	Grande
0,70 à 0,79	Moyenne
0,60 à 0,69	Faible
0,50 à 0,59	Seuil limite
<à 0,49	Nulle

Après s'être assuré que les données sont factorisables, le chercheur pourra procéder à l'examen du nombre de facteurs à retenir.

→**La détermination du nombre de facteurs à retenir**

L'objectif de cette étape est d'obtenir un nombre de facteurs compris au plus à 1 et au moins au nombre de variables observées diminuée de 1. Différentes méthodes sont possibles pour choisir le nombre de facteurs à retenir :

- **la règle de la restitution minimale** : un seuil est fixé au préalable par le chercheur. Il correspond au pourcentage minimum de variance à restituer et permettra de fixer le nombre d'axes. Devant être au moins égal à 50% (Igalens et Roussel, 1998), il est souvent conseillé d'arrêter le processus d'extraction lorsque 60% de la variance expliquée est extraite (Hair et al. 2006).;
- **l'eigen value** ou examen des valeurs propres ou critère de Kaiser : elle représente la quantité d'informations qui va être capturée par un facteur. Kaiser (1960) suggère de ne retenir que les facteurs dont la valeur propre est supérieure à 1 ;
- **le critère de Cattell ou Scree Test**. Ce test se base sur les valeurs relatives des facteurs. Selon Cattell (1966) le chercheur doit pour chaque nouveau facteur identifié faire un arbitrage entre ce qu'il gagne, en termes de variance, à retenir ce facteur et l'accroissement de la complexité du modèle.

Chaque axe retenu doit pouvoir être interprété et avoir du sens. Le chercheur pourra donc privilégier, dans le cas où il hésite entre deux solutions quant au nombre d'axes à retenir, l'axe qui rend son interprétation plus facile, selon le principe d'interprétabilité.

→**L'interprétation des facteurs.**

L'étude des communalités permet de rendre compte du degré d'information restitué par chaque variable observée dans le facteur. Dans le cas où la communalité d'une variable est inférieure à 0,5, après réflexion sur cet état, cette variable doit être retirée du facteur (Larivet, 2002). Une nouvelle analyse factorielle doit être refaite.

L'examen des saturations corrélations entre variables observées et facteur retenu indique dans quelle mesure chaque variable contribue à la formation du facteur. Cette information permet l'interprétation du facteur comme étant le résultat de variables qui lui sont le plus corrélés en valeur absolue.

Dans le cas où les items ne sont pas distinctement rattachés à un facteur, il convient de procéder à des rotations factorielles.

→La rotation factorielle

Dans le cas où il n'est pas aisé d'interpréter chaque facteur, la rotation factorielle va permettre d'augmenter la valeur des coefficients de corrélation de certaines variables en maximisant les différences entre les facteurs.

Les rotations possibles peuvent être classées en deux catégories : des rotations orthogonales et des rotations obliques.

Les rotations orthogonales préservent l'indépendance des axes factoriels. La rotation Varimax repose sur la maximisation des coefficients de corrélation des variables les plus corrélées. Il s'agit d'augmenter la somme des variances des carrés des poids facteurs.

La rotation Quartimax est basée sur la minimisation des coefficients de corrélation des variables les plus corrélées. Elle augmente sensiblement le poids des variables.

La rotation Equamax combine les méthodes Varimax et Equamax en simplifiant simultanément des lignes et des colonnes de la matrice des saturations (Laforge, 1981). Le résultat est de réduire les poids facteurs sur la ou les premières composantes.

Les rotations obliques lèvent les conditions d'orthogonalité. La rotation Direct Oblimin et Promax conviennent particulièrement à une étude confirmatoire car elles permettent de mieux rendre compte de certaines situations bien qu'étant délicates à interpréter.

Dans ce travail nous utilisons toutes les rotations afin d'attacher les items à l'axe factoriel. Nous calculerons également pour chaque axe l'information restituée car « *si l'information restituée par l'espace factoriel reste constante, l'information restituée par axe est modifiée (et doit être recalculée)* » (Evrard et al. 2003).

Le calcul pour chaque rotation de l'information restituée permettra de sélectionner la rotation qui restitue le plus d'informations.

L'information restituée par facteur sera calculée selon la formule suivante :

$$I (F_p)_{\text{restituée}} = \frac{\sum_{n=1}^V \text{loading}(\text{Var } n, F_p)^2}{v}$$

Où : F_p le facteur retenu

$\text{loading}(\text{Var } n, F_p)$: coefficient de corrélation entre le variable n et le facteur F_p v :

le nombre de variables retenues.

Puis nous calculerons l'information partagée par les facteurs :

$$I_{\text{partagée}} = \text{cor}(F_1 F_2)^2 + \text{cor}(F_1 F_3)^2 + \dots + \text{cor}(F_N F_N')^2$$

$\text{cor}(F_N F_N')$: coefficient de corrélation entre les facteurs n et n'

Enfin nous en déduisons l'information restituée par rotation :

$$I(\text{rotation})_{\text{restituée}} = \sum I(F_p)_{\text{restituée}} - I_{\text{partagée}}$$

1.2.1.2. Le test de la fiabilité de l'instrument

La fiabilité de l'instrument de mesure permet d'indiquer si les items d'une échelle mesurent le même phénomène et appréhendent une même dimension. Lors de l'analyse exploratoire, il est possible d'utiliser l'alpha de Cronbach qui permet de « *mesurer la fiabilité des différentes questions censées mesurer un même phénomène* » (Evrard et al. 2003). Cet indice traduit une consistance interne d'autant plus élevée que sa valeur se rapproche de 1. Lorsqu'il se rapproche de zéro, la cohérence interne de l'échelle est faible. Il faudra tenter d'améliorer l'échelle en supprimant les items les moins bien corrélés.

Selon Evrard et al. (2003) « *il n'existe pas de distribution statistique connue permettant de conclure si l'alpha est acceptable ou non* ». Par conséquent, selon la nature des études réalisées la valeur de l'alpha de Cronbach acceptable peut être différente. Dans le cadre d'une étude exploratoire des coefficients de l'ordre de 0,5 (Larivet, 2002), de 0,6 (Evrard et al. 2003) sont admis, ou de 0,8 (Evrard et al. 2003, Nunnally et Bernstein, 1994) dans le cas d'une étude confirmatoire.

Ce coefficient doit cependant être utilisé avec vigilance car il présente des limites :

- une sensibilité au nombre d'items, plus l'échelle comporte des items, plus le coefficient peut être élevé ;
- une sensibilité à la similarité des items (Igalens et Roussel, 1998), plus les items se ressemblent plus la cohérence interne est grande.

C'est pourquoi, il est possible de débiter l'analyse par une analyse factorielle exploratoire, puis, pour chaque axe calculer le coefficient de Cronbach (Churchill, 1979).

Après la phase exploratoire, nous procédons à l'analyse confirmatoire pour confirmer la structure factorielle obtenue à l'issue de l'Analyse en Composante Principale (ACP).

1.2.2 La phase confirmatoire

La méthode d'Analyse Factorielle Confirmatoire (AFC) est une technique complémentaire qui fait suite aux Analyses factorielles en Composantes Principales. Elle permet de résumer l'information commune contenue dans un concept qui serait mesuré par un ensemble d'indicateurs.

Cette étape permet ainsi de confirmer une structure factorielle qui a été déjà définie a priori, par un modèle théorique ou par une ACP. L'AFC permet de confronter aux données empiriques des hypothèses sur la structure des relations entre les variables observées et les variables latentes (ou encore facteurs) (Larivet, 2002). De plus, contrairement aux ACP, les AFC tiennent compte des erreurs de mesure.

Il est recommandé de procéder à ces tests sur un autre échantillon (Gurvies et Korchia, 2002). Toutefois, il est possible d'effectuer une analyse confirmatoire sur le même échantillon afin de voir si la structure du construit est valide et ainsi proposer un outil qui pourra par la suite être re-testé ultérieurement.

Lors de la mise en œuvre de l'AFC deux critères doivent être étudiés ;

- l'ajustement du modèle de mesure : la fiabilité du construit et la validité du construit
- l'ajustement du modèle global.

1.2.2.1. L'ajustement du modèle de mesure

→La fiabilité du construit

Dans l'analyse factorielle confirmatoire l'indicateur de mesure de la cohérence interne est le coefficient ρ de Jöreskog. Il s'interprète comme l'alpha de Cronbach et est moins sensible que ce dernier aux nombres d'items. Il est admis qu'une échelle présente une cohérence interne satisfaisante lorsque la valeur du ρ est supérieure à 0,7 (Fornell et Larcker, 1981).

On calculera donc le ρ de Jöreskog selon la formule suivante :

$$\rho_{(A)} = \frac{\left(\sum_{i=1}^n \lambda_i\right)^2}{\left(\sum_{i=1}^n \lambda_i\right)^2 + \sum_{i=1}^n \text{var}(\varepsilon_i)}$$

Avec :

ρ_A : Rhô de Jöreskog du construit A à tester

λ_i : contribution factorielle de l'indicateur i

n : nombre de variables observées i pour le construit A

$\text{var}(\varepsilon_i)$: variance de l'erreur de mesure de i.

→La validité du construit

La validité d'un construit peut faire l'objet de différentes analyses (Trochim, 2005).

L'analyse de la validité faciale permet de vérifier si, « à sa face même » un indicateur (un énoncé) est lié au concept qu'il prétend mesurer. La vérification de la validité faciale est basée sur le jugement du chercheur ou d'experts dans le domaine. Elle se fait par l'examen de la formulation de l'énoncé. Il s'agit d'une approche subjective.

L'analyse de la validité de contenu permet de vérifier si le domaine du concept est totalement cerné par les énoncés retenus. La vérification de la validité de contenu est également basée sur le jugement du chercheur ou d'experts.

La validité de construit emprunte une approche basée sur l'analyse des données. Elle cherche à vérifier si un indicateur ou un énoncé est, sur le plan empirique, associé au construit auquel il est censé être lié. Il est possible à cette étape de procéder à une l'analyse factorielle confirmatoire.

Enfin, pour attester de la validité de construit, il y a lieu de vérifier tant la validité convergente que la validité discriminante. Il y a validité convergente lorsque l'énoncé converge avec les autres énoncés associés au même construit. Censés mesurer le même phénomène, ils doivent être corrélés entre eux. Il y a validité discriminante lorsque les énoncés qui sont censés mesurer des phénomènes différents sont faiblement corrélés.

La validité convergente est jugée acceptable lorsque deux conditions sont remplies : le test t de chaque contribution factorielle doit être supérieur à 1,96, chaque indicateur doit partager plus de variance avec son construit qu'avec l'erreur de mesure qui lui est associée. Cette dernière condition est remplie si la moyenne des variances entre le construit et ses mesures est supérieure à 0,5 :

$$\rho_{vc}(\xi) = \Sigma(\lambda_i)^2 / p$$

avec : ρ_{vc} : « Rhô de validité convergente »

λ_i : contribution factorielle de l'item i avec le facteur correspondant au construit ξ

p : le nombre d'indicateurs qui caractérisent le construit ξ (nombre d'items dans l'échelle)

La validité discriminante sera vérifiée si la variance que chaque variable latente partage avec ses variables observées est supérieure au carré de sa corrélation avec chacune des autres variables latentes.

1.2.2.2. L'ajustement du modèle global

S'il existe de très nombreux indices d'ajustement, il est conseillé de combiner plusieurs d'entre eux afin d'obtenir une meilleure représentation de la qualité du modèle (Roussel et al. 2002).

Les indices d'ajustement d'un modèle peuvent être classés en trois catégories :

- les indices absolus,
- les indices « incrémentaux »
- les indices de parcimonie.

→Les indices absolus

Ils permettent d' « évaluer dans quelle mesure le modèle théorique posé a priori reproduit correctement les données collectées » (Roussel et al. 2002). Nous retiendrons ici trois indices absolus : le GFI, L'AGFI et le RMSEA.

Le GFI (Goodness of Fit) mesure la part relative de la variance-covariance expliquée par le modèle.

L'AGFI (Adjusted Goodness of Fit) mesure la part relative de la variance-covariance ajustée par le nombre de variables par rapport au nombre de degrés de liberté (Roussel et al. 2002). Ces deux indices sont peu sensibles à la taille de l'échantillon. Toutefois, la complexité du modèle peut avoir un impact.

Le RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) est un indicateur représente la différence moyenne d'ajustement attendue dans la population totale et non dans l'échantillon

(Roussel et al. 2002). Cet indice n'est sensible ni à la taille de l'échantillon, ni à la complexité du modèle.

Il est admis qu'un RMSEA inférieur ou égal à 0,08 signifie que le modèle est bon. Un $RMSEA \leq 0,05$ indique un très bon ajustement du modèle (Browne et Cudeck, 1993). En revanche, un RMSEA supérieur ou égal à 0,10 indique que le modèle doit être re-spécifié (Roussel, 2005 ; Didellon et Valette-Florence, 1996).

→**Les indices incrémentaux**

Les indices incrémentaux permettent de faire une comparaison entre deux modèles : le modèle testé d'une part et le modèle de base appelé également modèle indépendant où toutes les variables observées seraient non corrélées (Bentler et Bonett, 1980). Parmi les indices incrémentaux nous retiendrons dans notre étude le NFI et le CFI.

Le NFI (Normal Fit Index) de Bentler et Bonett (1980) représente « la proportion de la covariance totale entre les variables expliquées par le modèle testé, lorsque le modèle nul est pris comme référence » (Roussel et al. 2002). Cet indice est considéré comme bon lorsqu'il dépasse 0,9.

Le CFI (Comparative Fit Index) de Bentler (1989) est estimé en fonction de la distribution non centrée du χ^2 du modèle testé par rapport au modèle de base. Il reflète ainsi la diminution relative d'un manque d'ajustement. Sa valeur doit être supérieure à 0,9.

→**Les indices de mesure de parcimonie**

Ces indices comparent le modèle testé à un modèle de référence appelé modèle saturé.

Ils permettent selon Roussel et al. (2002) :

- de surestimer le modèle testé en ajoutant de manière exagérée des paramètres à estimer ;
- de détecter si un mauvais ajustement du modèle testé n'a pas pour origine l'absence de paramètres à estimer, trop de paramètres ayant été fixés ;
- de déterminer, entre différents modèles plausibles et équivalents, celui qui présente la meilleure parcimonie.

Nous retiendrons dans notre étude trois indices :

- Chi- deux et ratio χ^2 / ddl : le chi deux permet de tester l'hypothèse nulle selon laquelle le modèle s'ajuste aux données. Sensible à la taille de l'échantillon, il est conseillé d'opter pour le χ^2 / ddl (Chi deux rapporté aux degrés de liberté). Cet indice doit être inférieur à 5.
- le CAIC (Consistent Akaike's Information Criterion) : Il s'applique dans le cas le modèle présente des relations entre les variables. Afin d'estimer la validité du modèle on procède à une comparaison entre le CAIC du modèle testé au CAIC du modèle saturé.
- Le PNFI de James, Mulaik, et Brett (1982) est issu de l'ajustement du NFI par rapport aux degrés de liberté d'un modèle saturé et du modèle testé. Lors de la comparaison entre modèles identiques il est conseillé d'opter pour le modèle dont le PNFI est le plus fort.

Tableau 24 : Récapitulatif des indices de qualité d'ajustement utilisés

Indices	Valeur critique
χ^2 / ddl	<5
GFI	proche ou > 0,9
AGFI	proche ou > 0,8
RMSEA	proche < 0,8
NFI	proche ou > 0,9
CFI	proche ou > 0,9
PNFI	le plus fort possible (comparaison entre modèles)
CAIC	le plus faible possible (comparaison ave le modèle saturé)

1.2.3. Les tests du modèle

La technique des équations structurelles permet de tester des relations linéaires entre différentes variables. Elle s'applique dans le cadre d'étude confirmatoire mais également dans le cas de recherches hypothético-déductives.

Développée à la fin des années 1960 par Jöreskog (1973), elle se propage dans les années 1970 dans le domaine de la psychologie des organisations (Byrne, 2001). Il semble que cette

technique apparaisse en France en sciences de gestion dans le domaine du marketing (Valette-Florence, 1988, 1993).

Elle est destinée à mesurer des variables ou comme méthode explicative afin d'effectuer des tests de relations causales hypothétiques (Roussel et al. 2002). Elle est recommandée lorsque la recherche a pour objet l'examen de plusieurs variables latentes à expliquer (Pedhazur et Pedhazur Schmelkin, 1991).

L'apport de cette technique est de quatre ordres :

- elle permet le traitement d'estimations simultanées de plusieurs relations de dépendances inter-reliées (Valette-Florence, 1993);
- elle intègre les erreurs de mesure dans le processus d'estimation. Par conséquent, on peut obtenir des estimations plus précises des coefficients de régression (Hair et al. 1998)
- elle permet une évaluation globale du modèle de recherche étudié grâce aux indicateurs d'ajustements (Roussel et al. 2002).
- elle permet d'étudier des variables latentes, non directement observables, appréhendées par d'autres variables (Roussel et al. 2002).

Par conséquent, on utilise les équations structurelles pour vérifier la validité d'un modèle ainsi que pour tester si les données sont conformes au modèle théorique (Shumacker et Lomax, 2004 ; MacCallum et Austin, 2000).

S'inspirant du modèle proposé par Hair et al. (1998), Roussel et al. (2002) proposent une décomposition en cinq étapes de la démarche de développement et test d'un modèle d'équations structurelles.

Le développement d'un modèle théorique. Il constitue un ensemble de relations entre variables proposant une explication d'un phénomène. Ce modèle se construit à partir d'un cadre théorique mais également à partir d'observations dans le cadre de précédentes recherches exploratoires. Cette construction se base sur la démarche d'élaboration d'un modèle d'analyse.

Quivy et Van Campenhoudt (1988) indiquent, à ce sujet, l'existence de trois étapes. La première étape est la rupture. Le chercheur a pour objectif de rompre avec les idées déjà existantes dans le domaine. Se fondant sur une revue de littérature exhaustive, des entretiens

exploratoires, il expose une problématique et l'approche théorique qu'il adopte pour répondre à son questionnement initial. La construction, seconde étape, consiste en l'élaboration et l'identification des concepts et outils de mesure qu'il souhaite utiliser. Il identifie par la suite les relations entre les concepts, sous tendues par un cadre théorique. La constatation, dernière phase, lui permet de confronter son modèle à l'épreuve des faits et de mettre en perspective les résultats obtenus avec ceux des précédents travaux menés sur le sujet.

Spécification du modèle théorique. La première phase, théorique, a pour objectif de déterminer le modèle de mesure des variables latentes en identifiant les indicateurs de mesures, puis établir des relations entre ces variables latentes. La seconde phase, pratique, permet une formalisation graphique du modèle. Cette formalisation consiste à « représenter le modèle d'analyse sous forme d'un schéma de relations linéaires « Path diagram » » et « à la mise en équation du modèle d'analyse qui sera testé » (Roussel et al. 2002).

L'estimation du modèle théorique. Cette phase nécessite que le chercheur précise, en tenant compte de ses données et de ses objectifs, le type de la matrice de données initiales ainsi que les procédures d'estimations du modèle.

La matrice de données de départ. La méthode des équations structurelles utilise comme matrice de données de départ la matrice des variances/covariance ou la matrice des corrélations des variables. Si le chercheur souhaite comparer des données entre différentes populations ou échantillons il pourra opter pour la matrice des variances/covariances. Si son objectif est de comparer directement les coefficients au sein d'un modèle ou d'analyser la structure des relations, il peut choisir d'analyser la matrice des corrélations. Dans le cas d'analyses factorielles confirmatoires, les statisticiens convergent pour accepter l'exploitation de matrices de corrélation ou de covariance (Roussel et al. 2002).

La méthode d'estimation de données. Il existe plusieurs techniques d'évaluation du modèle : la méthode par le maximum de vraisemblance (Maximum likelihood, ML), l'estimation par les moindres carrés généralisées (Generalized Least Squares ou GLS) ou les méthodes arbitraires de distribution asymptotique (Asymptotic Distribution Free). Bien que les deux dernières méthodes permettent de s'affranchir de l'hypothèse de multinormalité, elles nécessitent des échantillons de grande taille, plus de 1000 observations (West et al. 1995).

C'est pourquoi, nous optons pour la méthode du maximum de vraisemblance car il s'avère qu'elle fournit des meilleurs résultats, même lorsque l'hypothèse de multinormalité n'est pas validée et que l'on dispose d'échantillon important (Roussel et al. 2002 ; Olsson et al. 2000. Chou et Bentler, 1995).

La taille de l'échantillon est un facteur essentiel dans les méthodes d'équations structurelles. Il apparaît que plus la taille du modèle testé est important plus la taille de l'échantillon doit être grand. Hair et al. (1998) suggèrent qu'un nombre minimal de 5 individus par paramètres (c'est-à-dire nombre de covariance ou corrélations de la matrice initiale) est nécessaire. Toutefois, « *un ratio de quinze individus par paramètres à estimer est fortement recommandé, même si les procédures de traitement de données non normales sont utilisées* » (Roussel et al. 2002). Si la taille minimale est fixée à cent ou cent cinquante observations, de nombreux auteurs s'accordent sur un seuil minimal d'observation de 200 individus (Kline, 2005 ; Tabachnick et Fidell, 1996). Une taille idéale serait comprise entre deux cents et trois cents individus (Hair et al. 1998). Notre étude remplit les conditions liées à la taille de l'échantillon.

L'identification du modèle théorique. L'identification du modèle nécessite en premier lieu qu'il y ait autant d'observations que de paramètres à estimer (Kline, 1998). Puis il est nécessaire qu'il n'existe pas de multicollinéarité (corrélation supérieure à 0,9) entre les variables observées. Enfin, l'évaluation du modèle doit remplir une condition d'ordre et une condition de rang pour pouvoir être identifié (Hair et al. 1998). La condition d'ordre signifie que le nombre de degré de liberté du modèle doit être supérieur ou égal à zéro. Cela signifie que chaque paramètre doit être identifié de manière unique (Roussel et al. 2002). En cas contraire, le modèle peut être sous identifié, il convient alors de re-spécifier afin de trouver une estimation unique pour toutes les variables. Il est conseillé, pour éviter les modèles sous identifiés d'avoir un nombre minimal de trois indicateurs par variables latente (Hair et al. 1998) afin d'obtenir des mesures uniques de variables latentes.

L'interprétation des résultats. Avant toute interprétation, il est nécessaire de s'assurer de la qualité de l'ajustement du modèle aux données. Deux types d'analyses doivent être menées : une analyse sur l'ajustement du modèle global et un ajustement du modèle structurel.

L'ajustement du modèle global est évalué par les indices absolus, incrémentaux et de parcimonie présenté ci-dessus. Ces indices peuvent être utilisés à la fois dans le cadre

d'analyse factorielle confirmatoire mais également pour évaluer l'ajustement du modèle global. Nous retenons dans notre étude les indices suivants : GFI, AGFI, RMSEA (indices absolus), NFI, CFI (indices incrémentaux), χ^2 / ddl , CAIC, PNFI (indices de parcimonie).

L'ajustement du modèle structurel. Le chercheur doit ici vérifier si les relations entre les variables latentes sont statistiquement significatives c'est-à-dire différentes de zéro (Roussel et al. 2002). Il convient de procéder à trois examens. Tout d'abord, un test t de Student permet d'identifier le seuil de signification de la relation. Il est recommandé de prendre en compte la taille de l'échantillon. Un seuil de 2,5 peut convenir si la taille de l'échantillon est inférieure à 200 observations, au-delà un seuil de 5% semble suffisant (Roussel et al. 2002). Puis il est conseillé d'examiner les coefficients de régression ou structurels standardisés. Variant entre -1 et +1, il indique la force de la relation linéaire. Plus le coefficient se rapproche de 1 plus la relation est forte. En revanche, un coefficient proche de zéro traduit une relation entre les variables inexistante.

Toutefois, Pétry (2003) attire notre attention sur le fait que ces coefficients doivent être interprétés avec prudence. Selon lui, les coefficients standardisés ne permettent pas une interprétation de l'impact d'une variable sur une autre aussi aisément que les coefficients non standardisés. Enfin, pour chaque variable exogène il est recommandé de calculer le pourcentage de variance expliqué par les relations linéaires. Plus le résultat est élevé plus la variable exogène est bien expliquée par les autres variables associées (Roussel et al. 2002).

Ces étapes permettent ainsi de considérer le modèle comme acceptable. La confrontation entre résultats obtenus et hypothèses théoriques peut débiter. Trois questions, selon Hair et al.(1998) doivent être envisager :

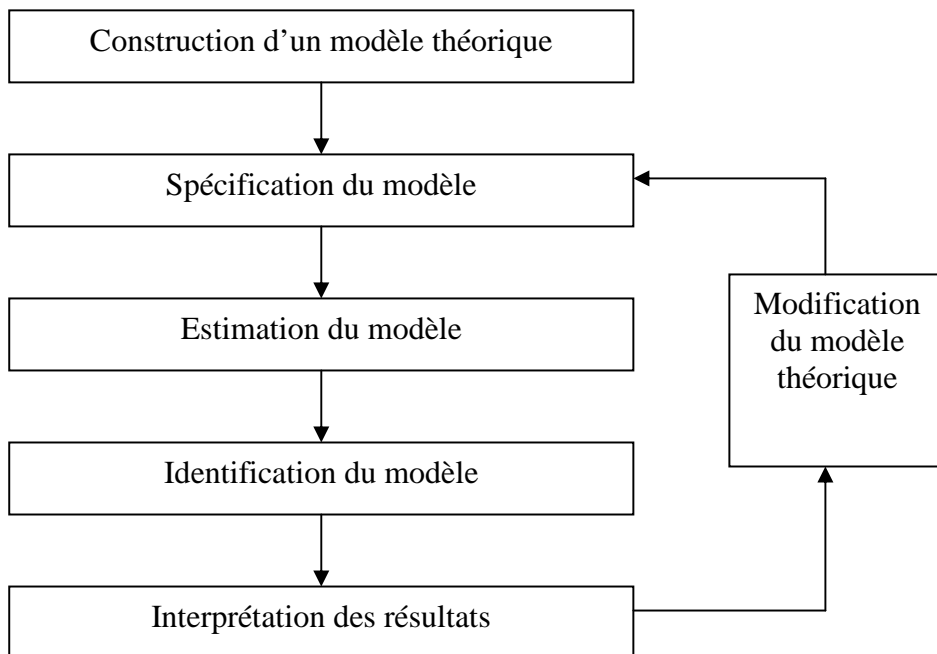
- les relations théoriques sont elles statistiquement significatives et confirmées ;
- des modèles théoriques concurrents peuvent ils contribuer à un éclairage supplémentaire en soutenant des hypothèses alternatives ;
- les relations significatives vont elles dans le sens proposé par la théorie.

Pour tenter de répondre à ces questions, le chercheur peut envisager de respécifier son modèle afin d'améliorer l'ajustement de ce dernier aux données ou au cadre théorique. Ce processus, à mener avec prudence, consiste en l'ajout ou le retrait de paramètres estimés du modèle d'origine (Roussel et al. 2002) en se basant sur des justifications théoriques.

Ce processus peut s'effectuer en s'appuyant sur certains indicateurs (Roussel et al. 2002) :

- le résidu standardisé de la matrice des covariances ou des corrélations. On considère qu'au-delà de 2,58 en valeur absolu, une erreur dans le modèle est possible ;
- l'indice de modification correspond à la réduction du Chi-Deux qui se produirait si l'on estimait au moins un paramètre additionnel. Ces indices sont calculés pour chaque ensemble de variables manifestes dont le paramètre est fixé ou contraint

Figure 23 : La démarche méthodologique de développement d'un modèle d'équations structurelles. (Roussel et al. 2002)



2. LA PRESENTATION DU MODE DE RECUEIL DE DONNEES ET DE L'ECHANTILLON

La généralisation d'internet donne l'opportunité au chercheur d'explorer de nouvelles voies de collecte de données (Truell et al. 2002). Nous présenterons ainsi ce mode de recueil de données puis nous procéderons à la description de l'échantillon.

2.1. La collecte de données par voie électronique

Afin de collecter les données pour notre étude quantitative nous avons opté pour un questionnaire auto-administré. Deux solutions peuvent être envisagées : une collecte par voie postale ou une collecte par voie électronique. Nous avons opté pour cette dernière car, outre le faible coût associé à ce mode de collecte ainsi que la rapidité d'obtention des données, les questionnaires électroniques permettent d'obtenir des données de meilleur qualité (Dillman, 2007, 1998). De plus le taux de réponse est évalué à 10% par enquête par voie postale (Usunier, Easterby-Smith et Thorpe, 1993). En revanche dans les enquêtes par voie électronique, il ne semble pas y avoir de résultats clairs, le taux de retour variant de 8 à 37% (Schuldt et Totten, 1994).

Notre objectif était de contacter les praticiens hospitaliers non contractuels des CHU. Nous avons donc procédé à un sondage aléatoire en se basant sur le critère de la zone géographique.

Par conséquent, nous avons recherché les noms et prénoms des praticiens hospitaliers sur les sites internet des différents CHU. En fonction des informations disponibles, nous avons pu ainsi sélectionner 14 CHU répartis dans quatre zones : Est, Ouest, Nord, Sud et Ile de France. Nous avons pris le soin de ne pas sélectionner les praticiens hospitaliers responsables de pôles car ils ont une fonction de direction au sein du pôle.

Les adresses de courrier électronique n'étant pas toujours disponibles sur le site des CHU, nous avons procédé à une reconstitution d'adresse.

A la suite de la mise en ligne de notre questionnaire, nous avons envoyé entre octobre et décembre 2009, à 2653 médecins, un mail les invitant à répondre à l'enquête.

Notre envoi comportait un courrier indiquant l'objet de notre recherche, un lien vers le questionnaire ainsi qu'un ensemble d'informations permettant de nous identifier (coordonnées, statut, logo de l'université).

Parmi ces envois, 692 nous sont revenus non délivrés : 566 ne correspondant pas à la bonne adresse et 126 en raison de filtres spam.

Barclay et al. (2002), dans leur étude sur la maximisation du taux de retour chez les médecins dans le cadre d'enquête auto administrée par voie postale, suggèrent d'effectuer trois relances. Nous avons procédé, donc, à trois relances dans le cadre de notre enquête en ligne. Nous avons considéré que si le questionnaire n'était pas rempli dans les 10 jours, le praticien hospitalier avait oublié qu'il lui avait été adressé.

Nous avons clôturé le site internet au bout de six semaines voyant que nous n'obtenions pas de réponses supplémentaires.

A la clôture de l'enquête en ligne, Notre échantillon est constitué de **578 répondants**. La figure 24 retrace les retours de questionnaire en fonction du temps.

Quelques analyses sur le taux de retour méritent d'être effectuées. Afin d'évaluer la pertinence de la mise en ligne, Gueguen (2001) propose d'utiliser deux indicateurs le taux de visite (TV) et le taux d'accessibilité (TA).

Le nombre d'accès a été de 1491 individus. Le taux de visites correspond à l'intérêt porté par le répondant à l'enquête. Il est lié au contenu du message de la lettre d'invitation et correspond au rapport entre le nombre de visites et le nombre d'envois. Il est ici de 76,03%.

Le taux d'accessibilité mesure le rapport entre le nombre de réponses et le nombre de visites. Il est dans notre cas de 38,76%.

Enfin notre **taux de réponse total est de 29,47%**.

Si ce dernier est satisfaisant dans le cadre d'études en gestion, il convient de noter que le taux d'accessibilité est, dans notre cas, relativement faible (38,76%). En d'autres termes, le taux de non accessibilité est de 61,24%

Le taux de non-accessibilité pourrait avoir deux origines : le répondant abandonne dès la première page l'enquête, ou il peut décider abandonner en cours d'enquête.

Nous pourrions alors suggérer deux indicateurs supplémentaires : le taux d'abandon immédiat et le taux d'abandon en cours de saisie.

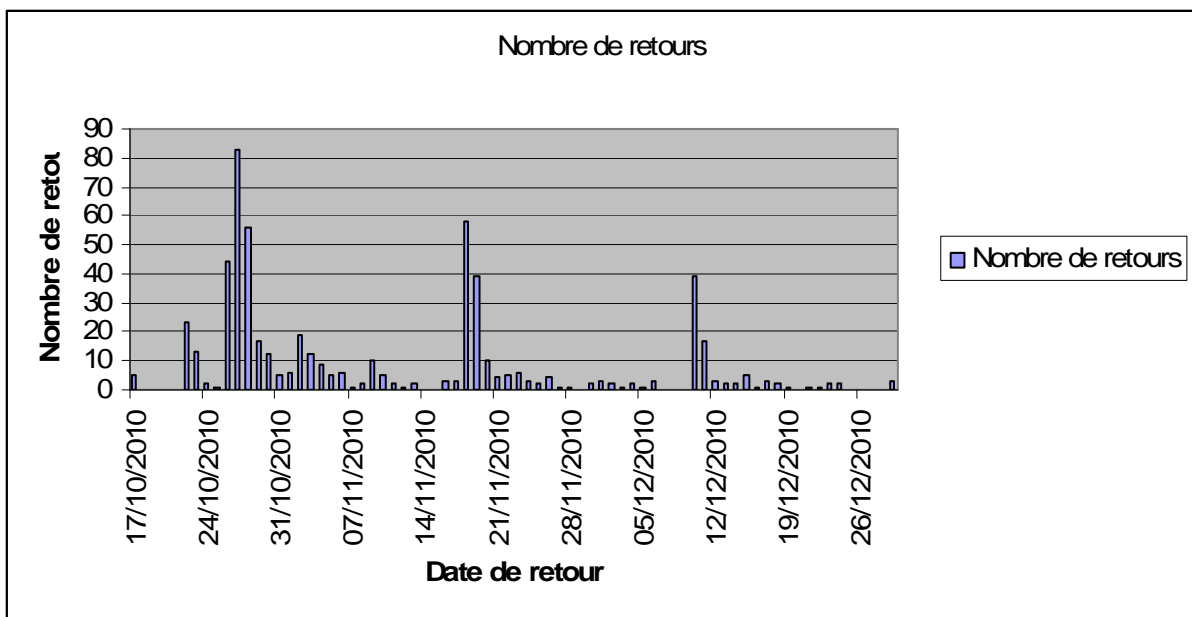
Le taux d'abandon immédiat serait le rapport entre le nombre d'abandons immédiat et le nombre de visites diminuées du nombre de réponses obtenues. Il est ici de 81,92%.

Le taux d'abandon en cours de saisie serait le rapport entre le nombre d'abandons en cours d'enquête et le nombre de visites diminuées du nombre de réponses obtenues. Ce taux est de 18,08%.

Dans notre cas ce taux important d'abandon pourrait s'expliquer par le fait que nous avons **introduit un procédé de contrôle** dès la première page rendant impossible la poursuite du questionnaire si tous les champs de la première page n'étaient pas remplis.

Deux autres explications pourraient être avancées. Nous avons procédé aux informations d'identification dès la première page alors qu'il est parfois conseillé de poser ces questions à la fin du questionnaire (Evrart et al. 2003). De plus, un souci d'anonymat a pu pousser les répondants à ne pas répondre (Boulaire et Balloffet, 1999). En effet, le répondant n'a pas de certitudes concernant l'auteur de l'enquête (Gueguen, 2001).

Figure 24 : Le retour des questionnaires durant l'enquête.



Une fois la collecte réalisée, il s'agit de décrire l'échantillon représentatif de notre étude.

2.2. Description de l'échantillon.

Nous procédons à la description de l'échantillon en tenant compte de différents critères : le sexe du répondant, son ancienneté dans le service public, son ancienneté dans la fonction de praticien hospitalier dans le service public et enfin en fonction de la spécialité qu'il exerce. Puis nous examinerons si les conditions de normalité des distributions, l'absence de valeurs extrêmes ou aberrantes et l'absence de valeurs manquantes nous permettent de commencer les analyses exploratoires.

• La répartition par sexe

	Nombre	% obs.
Homme	398	68,90%
Femme	180	31,10%
Total	578	100,00%

La répartition des répondants en fonction du sexe est de 68,9% d'hommes et 31,1% de femmes. Cette répartition se rapproche des observations effectuées par Attal, (2009) qui précise que dans le secteur médical la part des femmes dans la profession médicale est en croissance et représente 39% en 2006.

• La répartition par âge

L'âge moyen des répondants est de 47 ans environ, avec un écart type de 8,35. Le résultat obtenu correspond avec les observations d'Attal (2009) sur l'âge moyen des médecins qui est de 48,8 ans en 2006 tout secteur confondu.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
AGE	578	31	67	47,5225	8,35978
N valide (listwise)	578				

• La répartition par ancienneté dans le service public

L'ancienneté dans le service public des répondants est en moyenne de 19,45 ans avec un écart type de 9,78. Ce résultat coïncide avec la moyenne des répondants, laissant supposer qu'ils ont intégré le service public à la suite de leur cursus universitaire.

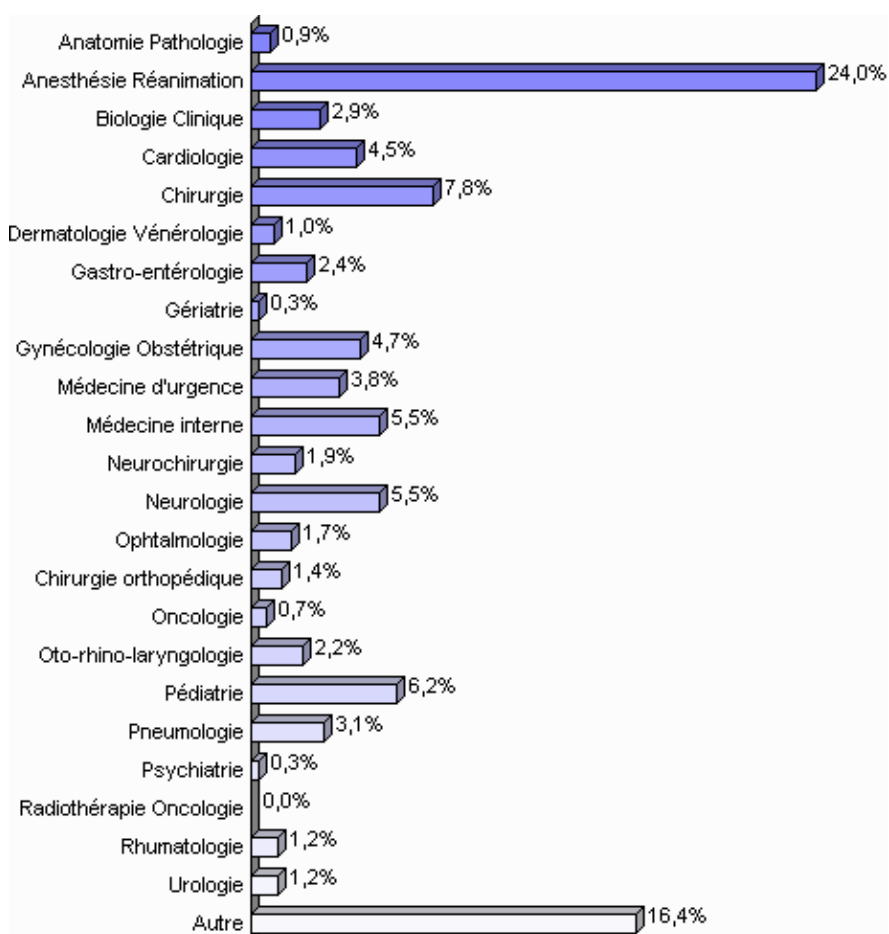
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
ANCSP	578	2	45	19,4585	9,78606
N valide (listwise)	578				

• La répartition par ancienneté dans la fonction de Praticien Hospitalier

L'ancienneté dans la fonction de praticien hospitalier est de 13,39 années avec un écart type de 8,83. Les médecins ne peuvent intégrer le poste de praticien hospitalier qu'après concours.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
ANCPH	578	0	36	13,3945	8,83667
N valide (listwise)	578				

• La répartition par spécialité



Nous pouvons observer que la répartition des répondants en fonction de leur spécialité médicale suit les grandes tendances identifiées par Niel (2002). L'anesthésie réanimation est en première position, suivie des spécialités Chirurgie et Pédiatrie et Médecine Interne.

Dans les « autres spécialités » nous retrouvons la réanimation médicale pour 9,5% puis la néphrologie représentée à 5,3%.

Ces données descriptives, sexe, âge, ancienneté dans le service public et dans la fonction de PH, correspondent aux moyennes observées dans les études de la DRESS (2009)¹³.

• La multi-normalité des distributions

Avant de procéder aux analyses statistiques et poursuivre notre étude, nous devons nous assurer que la distribution de chaque variable est proche de celle d'une loi normale. Egalement, l'utilisation des équations structurelles dans le traitement de données nécessite que la distribution multi-variée soit multi-normale.

Nous pouvons vérifier la dispersion de chaque variable observée en calculant la variance et l'écart type. Nous pouvons aussi vérifier la normalité de la distribution en examinant le coefficient de symétrie (skewnees) et le coefficient d'aplatissement (ou Kurtosis). Le coefficient d'aplatissement permet de confronter la répartition des observations avec celle de la loi normale : si les indicateurs de dispersion sont compris dans un intervalle de deux écart types autour de la moyenne, les données suivent une loi normale, dans le cas contraire, la distribution est dissymétrique (Evrard et al. 2003).

Nous procédons à l'observation des distributions pour chaque item. Les rapports du coefficient de symétrie sur son écart type et du coefficient d'aplanissement sont inférieurs, en valeur absolue à 2 à l'exception de 10 items :

MDRENT_CMORBNEXIST « Je code un cout morbidité uniquement parce qu'il est rentable et ce , même si le patient n'en est pas atteint »

MDRENT_DIAGNEXIST, « Je code une pathologie uniquement parce qu'elle est rentable et ce, même si le patient n'en est pas atteint »

CONT_ORGA_ADM : « Me font des remarques concernant l'organisation du service, l'administration » ;

¹³ Rapport de la DRESS, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », bulletin n°679, février 2009.

CONT_ORGA_PRP : «Me font des remarques concernant l'organisation du service, le PRP » ;

CONT_ORGA_PH : «Me font des remarques concernant l'organisation du service, les autres PH» ;

CONT_RENTA_ADM : « Depuis la T2A, m'indique si j'ai été rentable l'administration » ;

CONT_RENTA_PRP : « Depuis la T2A, m'indique si j'ai été rentable, le PRP » ;

CONT_RENTA_PH, : « Depuis la T2A, m'indiquent si j'ai été rentable les autres PH » ;

CONT_COMP_PH : « Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par les autres PH » ;

CONT_COD_RENT_PH. « Me font des remarques si je n'ai pas généré et coté suffisamment d'activités rentables par les autres PH » ;

Pour l'item CONT_COMP_PH « Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par les autres PH » le coefficient d'aplatissement est particulièrement élevé.

Nous décidons toutefois de conserver ces items pour trois raisons.

La première est que malgré l'anonymat garanti, les questions relatives à la manipulation de données restent sensibles. Par conséquent, n'ayant pas formulé à la troisième personne ces intitulés, le répondant a pu se sentir impliqué.

La seconde raison concerne les items relatifs au contrôle. Issus de l'analyse qualitative, ces items illustrent le mode de contrôle que l'on a pu retrouver au sein d'une organisation étudiée. Par conséquent la validité externe reste à démontrer. De plus, au vu des résultats de l'analyse qualitative, nous avons pu observer que certains médecins ne regardaient pas leurs mails alors que des informations concernant leur rentabilité leur étaient communiquées.

C'est pourquoi, une dissymétrie peut être expliquée par l'organisation et des modes de contrôles adoptés ainsi que par le comportement du médecin.

Enfin, s'il est rare d'obtenir des distributions normales en sciences sociales (Miccerri 1989), la méthodologie des équations structurelles que nous allons utiliser permet de réduire les problèmes liés aux erreurs de mesures, à la multi-colinéarité, et à la non normalité des distributions (Moulder et Algina, 2002; Shrout et Bolger, 2002).

• Les valeurs extrêmes et éloignées

On définit les valeurs extrêmes comme étant des valeurs éloignées de la médiane de plus de 1,5 fois l'intervalle interquantile. Ces valeurs peuvent être calculées en calculant la distance de Mahalanobis entre les individus et le centre de gravité. Selon Turkey (1977), il est

possible de les repérer graphiquement en utilisant soit la technique de la « box splot » (ou boîte à moustaches qui représente les valeurs centrales dans un rectangle et les valeurs éloignées ou extrêmes à l'extérieure de ces boîtes) soit le graphique tige et feuille qui présente dans une arborescence la répartition des valeurs et indique le nombre d'individus ayant des valeurs extrêmes ou éloignées.

Le contrôle de l'existence de valeurs éloignées et valeurs extrêmes est un second préalable à l'analyse multi-variée. Elles peuvent être liées à des erreurs de saisie ou indiquer la présence d'individus particuliers dans l'échantillon. Elles risquent d'influencer certains résultats tels que la moyenne, ou encore les corrélations obtenues. Il est, donc, pertinent de les identifier et de décider de les conserver ou les supprimer de l'échantillon.

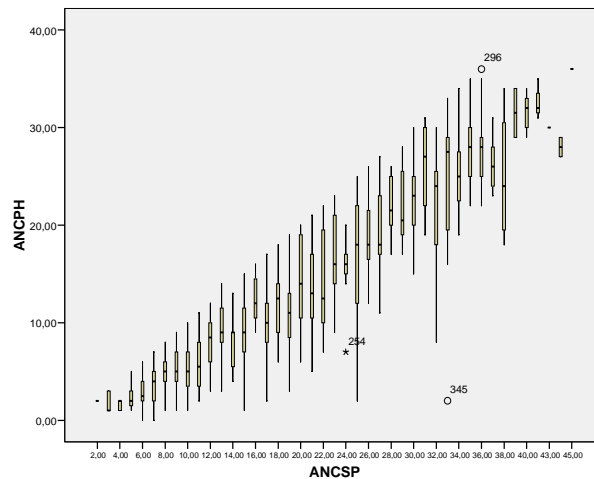
Dans notre étude, la modalité qui peut être considérée comme extrême ou aberrante est une valeur qui représente une ancienneté dans la fonction de praticien hospitalier supérieure à l'ancienneté dans le service public. En revanche l'inverse est possible, c'est à dire que le médecin a travaillé dans le secteur public avant d'obtenir un poste de praticien hospitalier.

Nous réalisons une boîte à moustache en associant l'ancienneté dans le service public et l'ancienneté dans la fonction de praticien hospitalier. Nous trouvons deux valeurs éloignées et une valeur extrême.

Les valeurs éloignées correspondant eux individus 296 et 354. Pour l'individu 296, son ancienneté dans le service public coïncide avec son ancienneté dans la fonction de praticien hospitalier. Cela peut supposer qu'il n'a intégré le service public qu'à l'obtention de poste de praticien hospitalier soit il y a 36 ans. L'individu 354 déclare avoir une ancienneté dans le service public de 17 ans et une ancienneté dans la fonction de praticien hospitalier de 10 ans. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il ait débuté son travail à l'hôpital par des vacances et n'a réussi le concours que tardivement.

Enfin la valeur extrême correspond à l'individu 254 qui déclare une ancienneté dans le service public de 24 ans et une ancienneté dans le poste de praticien hospitalier de 7 ans. La même explication donnée pour l'individu 354 sera retenue ici.

Figure 25 : La représentation des valeurs extrêmes et éloignées de l'échantillon



• Les valeurs manquantes

L'identification des valeurs manquantes est un troisième préalable à l'analyse. En effet, il n'est pas possible d'effectuer des statistiques sur des non-observations. Dans ce cas, deux solutions peuvent se présenter : écarter le questionnaire incomplet ou estimer les valeurs manquantes et les remplacer. Ce dernier procédé requiert de s'assurer, grâce au test de Little que la distribution des valeurs manquantes est aléatoire. Il est d'usage d'utiliser la moyenne pour remplacer les valeurs manquantes. Cependant cette procédure présente deux inconvénients d'une part elle diminue la variance en n'apportant aucune information supplémentaire, d'autre part elle modifie la distribution, qui aura tendance à être centrée.

Afin d'éviter ces inconvénients nous avons choisi d'introduire un système de contrôle des répondants. Le questionnaire étant constitué de quatre pages, le répondant ne pouvait passer à la page suivante s'il avait omis de répondre à une question. Nous avons conscience que cela peut soulever deux problèmes : en premier lieu, une collecte moins importante de données par abandon, en second lieu, un risque de biais dans certaines réponses données afin de poursuivre le questionnaire. En conséquent, nous avons obtenu 578 questionnaires complets.

CONCLUSION DE LA SECTION 2

Nous venons d'envisager la méthodologie que nous utiliserons pour notre recherche. Nous avons vu également que nous disposons d'un échantillon de 578 individus, données collectées par voies électroniques, répartis sur 14 CHU. L'échantillon est composé de 68,9% d'hommes et de 31,1% de femmes, dont l'ancienneté moyenne dans le service public est de 19 ans environ et l'ancienneté dans la fonction de praticien hospitalier de 13,4 ans. Ce sont en priorité les anesthésistes réanimateurs qui ont répondu à cette étude suivis des chirurgiens et pédiatres.

Nous devons maintenant procéder à l'analyse des résultats.

SECTION 3. LES TESTS DES ECHELLES UTILISEES

La fiabilité et la validité des résultats reposent sur la qualité des instruments de mesure. Afin d'évaluer leur qualité deux étapes, comme nous l'avons exposé sont nécessaires.

Une première phase exploratoire, par les Analyses en Composantes Principales, permet de déterminer la structure factorielle de chaque construit. Nous compléterons cette phase par la mesure de la fiabilité de la cohérence interne. Cette étape sera réalisée à l'aide du logiciel SPSS 15.0.

Dans une seconde phase, nous procéderons aux analyses confirmatoires des construits afin de tester leur fiabilité et leur validité. Le logiciel AMOS 7.0 nous permettra de réaliser ces analyses.

1. LES RESULTATS DES ANALYSES EXPLORATOIRES

Nous exposerons ici, les tests des échelles de mesure utilisés. Notre démarche s'effectuera en plusieurs étapes successives :

- l'analyse des résultats issus des tests de Bartlett et de l'indice KMO afin d'identifier si les données sont factorisables ;

- l'identification du nombre de facteurs à retenir selon la règle de la restitution minimale ;
- l'épuration des axes ;
- les rotations orthogonales et obliques pour clarifier la position de chaque item sur chaque axe de rotation et interprétation des axes. Nous ne présenterons ici que les rotations Varimax. Nous avons constaté qu'elles restituent, dans notre cas, un bon niveau de variance par rapport aux autres rotations. Les autres rotations que nous avons effectuées pour chaque échelle figurent en annexe.
- le calcul de la cohérence interne de chaque axe grâce à l'alpha de Cronbach.

1.1. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de la pression financière interne.

L'échelle de la pression financière interne est issue de notre analyse exploratoire. Nous disposons d'une échelle à 42 items. Afin de nous assurer la validité et fiabilité du construit nous procédons à une analyse en composante principale.

Nous vérifions que les données sont factorisables avec l'indice de KMO et le test de spécificité de Bartlett. Les résultats indiquent que nous pouvons poursuivre l'analyse car l'indice KMO est de 0,913, ce qui est une valeur très bonne et le test de sphéricité de Bartlett est significatif.

Tableau 25 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de la pression financière interne

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,913
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	16780,467
	Ddl	406
	Signification de Bartlett	0

Nous procédons à l'analyse en composante principale. Cela nous conduit à retenir, au terme de la règle de Kaiser, les facteurs dont la valeur propre est supérieure à 1, c'est-à-dire ici à 9 facteurs. Or, en continuant l'analyse exploratoire, les rotations de cet instrument à 9 facteurs n'ont pas abouti. Aussi, nous optons pour la règle de la restitution minimale et retenons trois facteurs qui expliquent plus de 54% de la variance.

Nous procédons par la suite à un examen des communalités en retenant trois dimensions. Par itérations successives nous supprimons une à une les communalités inférieures à 0,5 ramenant ainsi l'échelle de 42 items à 29 items. Les items supprimés portent sur les pressions provenant de tous les acteurs sur la qualité de la pratique médicale, sur les pressions concernant le fait d'atteindre les objectifs du pôle par les praticiens hospitalier et les infirmiers, sur la pression provenant des pairs et des infirmiers à être rentable, sur la pression émises par tous les acteurs pour diminuer les dépenses.

Ne pouvant pas distinctement identifier la position de tous les items sur chaque axe, nous décidons, avant de procéder à l'interprétation des axes, d'effectuer une rotation Varimax. Cette dernière restitue plus de 63% de la variance. Nous obtenons ainsi le tableau suivant :

Tableau 26 : Analyse factorielle exploratoire de la pression financière interne

	Composante			Communalités Extraction
	1	2	3	
PRESS_OBJPOL_ADM_ARH	0,62	0,39	-0,029	0,54
PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU	0,79	0,26	0,064	0,688
PRESS_OBJPOL_ADM_CPA	0,8	0,16	0,238	0,722
PRESS_OBJPOL_PRP	0,6	-0,03	0,525	0,638
PRESS_OBJPOL_ADM	0,72	0,29	0,066	0,608
PRESS_RENTA_ADM_ARH	0,63	0,42	0,014	0,578
PRESS_RENTA_ADM_DCHU	0,79	0,3	0,103	0,727
PRESS_RENTA_ADM_CPA	0,78	0,24	0,277	0,742
PRESS_RENTA_PRP	0,62	0,03	0,512	0,65
PRESS_RENTA_ADM	0,68	0,36	0,069	0,59
PRESS_PRAT_ADM_ARH	0,38	0,72	0,083	0,661
PRESS_PRAT_ADM_DCHU	0,41	0,67	0,115	0,63
PRESS_PRAT_ADM_CPA	0,46	0,61	0,208	0,626
PRESS_PRAT_PRP	0,33	0,3	0,597	0,551
PRESS_PRAT_PAIR_PH	0,15	0,13	0,745	0,596
PRESS_PRAT_ADM	0,36	0,66	0,084	0,571
PRESS_PRAT_PAIR_INF	0,15	0,08	0,695	0,511
PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH	0,17	0,83	0,205	0,752
PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU	0,21	0,8	0,251	0,743
PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA	0,23	0,73	0,372	0,727
PRESS_DEC SOIN_PRP	0,15	0,49	0,63	0,664
PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH	-0,01	0,24	0,748	0,619
PRESS_DEC SOIN_ADM	0,18	0,78	0,261	0,712
PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF	0,01	0,17	0,749	0,59
PRESS_AUGACT_ADM_ARH	0,51	0,55	0,174	0,585
PRESS_AUGACT_ADM_DCHU	0,63	0,37	0,236	0,584
PRESS_AUGACT_ADM_CPA	0,64	0,32	0,376	0,654
PRESS_AUGACT_PRP	0,52	0,15	0,576	0,627
PRESS_AUGACT_ADM	0,51	0,46	0,236	0,524
Alpha cronbach	0,94	0,932	0,87	

Nous pouvons ainsi procéder à une première interprétation des axes.

• **Interprétation des axes.**

L'axe 1 est composé des items suivants :

Je ressens des pressions pour atteindre les objectifs budgétaires du pôle par l'ARH	PRESS_OBJPOL_ADM_ARH
Je ressens des pressions pour atteindre les objectifs budgétaires du pôle par le directeur du CHU	PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU
Je ressens des pressions pour atteindre les objectifs budgétaires du pôle par le directeur administratif chef de pôle	PRESS_OBJPOL_ADM_CPA
Je ressens des pressions pour atteindre les objectifs budgétaires du pôle par le praticien responsable de pôle	PRESS_OBJPOL_PRP
Je ressens des pressions pour atteindre les objectifs budgétaires du pôle par les administratifs	PRESS_OBJPOL_ADM
Je ressens de la pression à être rentable par l'ARH	PRESS_RENTA_ADM_ARH
Je ressens de la pression à être rentable par le directeur du CHU	PRESS_RENTA_ADM_DCHU
Je ressens de la pression à être rentable par le directeur administratif chef de pôle	PRESS_RENTA_ADM_CPA
Je ressens de la pression à être rentable par le praticien responsable de pôle	PRESS_RENTA_PRP
Je ressens de la pression à être rentable par les administratifs	PRESS_RENTA_ADM
Je ressens de la pression à augmenter mon activité par le directeur du CHU	PRESS_AUGACT_ADM_DCHU
Je ressens de la pression à augmenter mon activité par le directeur administratif chef de pôle	PRESS_AUGACT_ADM_CPA
Je ressens de la pression à augmenter mon activité par les administratifs	PRESS_AUGACT_ADM
Je ressens de la pression à augmenter mon activité par l'ARH	PRESS_AUGACT_ADM_ARH
Je ressens de la pression à augmenter mon activité par le praticien responsable du pôle	PRESS_AUGACT_PRP

Cet axe **confirme les résultats trouvés dans l'étude exploratoire qualitative**. Il identifie les différents types de pressions associés à la rentabilité, à l'augmentation de l'activité et à l'atteinte des objectifs budgétaires. De plus, nous retrouvons ici le fait que ce soit les **acteurs qui sont dans la chaîne hiérarchique qui exercent cette pression**.

Nous pouvons noter que, lors des rotations, les items « Je ressens de la pression à augmenter mon activité par le praticien responsable du pôle » (PRESS_AUGACT_PRP) et « Je ressens de la pression à augmenter mon activité par l'ARH » (PRESS_AUGACT_ADM_ARH) ne sont pas clairement positionnés sur le facteur 1, ils apparaissent également à poids

sensiblement égal, sur le facteur 2. Néanmoins, ces pressions concernent la rentabilité de l'activité et proviennent de la chaîne hiérarchique. Aussi, nous décidons de les rattacher à l'axe 1. Nous espérons que l'analyse confirmatoire renforcera cette option.

Ainsi, nous pourrions appeler cet axe « **Pression administrative à la rentabilité** »

L'axe 2 reprend les items suivants :

Je ressens de la pression sur la qualité de ma pratique médicale par l'ARH	PRESS_PRAT_ADM_ARH
Je ressens de la pression sur la qualité de ma pratique médicale par le directeur du CHU	PRESS_PRAT_ADM_DCHU
Je ressens de la pression sur la qualité de ma pratique médicale par le directeur administratif chef de pôle	PRESS_PRAT_ADM_CPA
Je ressens de la pression sur la qualité de ma pratique médicale par les administratifs	PRESS_PRAT_ADM
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par l'ARH	PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par le directeur du CHU	PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par le directeur administratif chef de pôle	PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par les administratifs	PRESS_DEC SOIN_ADM

Cet axe regroupe des items concernant la pression émise par les administratifs exclusivement. Au vu des énoncés on peut suggérer que cette pression s'exerce sur les pratiques et décisions de soin des médecins. Par conséquent nous proposons de nommer cet axe : « **Pressions administratives sur les soins** ».

L'axe 3 regroupe les items suivants :

Je ressens de la pression sur la qualité de ma pratique médicale par le praticien responsable de pôle	PRESS_PRAT_PRP
Je ressens de la pression sur la qualité de ma pratique médicale par les collègues	PRESS_PRAT_PAIR_PH
Je ressens de la pression sur la qualité de ma pratique médicale par les infirmiers	PRESS_PRAT_PAIR_INF
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par le praticien responsable de pôle	PRESS_DEC SOIN_PRP
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par les collègues	PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par les infirmiers	PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF

Nous pouvons ici remarquer que la source principale de pression provient du corps médical. Elle concerne à la fois la qualité des soins mais également les décisions des soins. De plus, il est intéressant de noter que le praticien hospitalier ressent de la pression provenant des

infirmiers. Si ce résultat est confirmé par l'analyse factorielle des correspondances, cela pourrait peut être que le praticien hospitalier associe infirmier à l'infirmier cadre siégeant au pôle. De part sa position, le cadre infirmier pourrait exercer de la pression chez le praticien hospitalier.

Nous choisissons de nommer cet axe « **Pression du milieu médical sur les soins** ».

● Examen de la cohérence interne de l'échelle (voir annexe 6.A)

La dimension 1 « **Pression administrative à la rentabilité** » présente un alpha de Cronbach de 0,940 ce qui est très élevé. La seconde dimension « **Pressions administratives sur les soins** » a un alpha de 0,932, la troisième « **Pression du milieu médical sur les soins** » de 0,870. L'échelle dans son ensemble présente un alpha de Cronbach de 0,958 signifiant une très bonne cohérence interne. Pour certains auteurs un alpha supérieur à 0,9 peut supposer une redondance dans les énoncés : il conviendrait de s'interroger sur le maintien de certaines variables (Perterson, 1994). Dans notre cas, en poursuivant l'analyse par une analyse factorielle des correspondances, nous décidons de ne pas mettre en œuvre, pour l'instant, cette étape.

1.2. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle du contrôle de l'activité.

Suite à notre étude exploratoire, nous avons construit une échelle pour mesurer le contrôle de l'activité. Notre échelle, initialement, est composée 21 items. Nous débutons notre analyse par une analyse en composante principale.

Nous vérifions que les données sont factorisables avec l'indice de KMO et le test de spécificité de Bartlett. Les résultats indiquent que nous pouvons poursuivre l'analyse car l'indice KMO est de 0,770, ce qui est une bonne valeur et le test de sphéricité de Bartlett est significatif.

Tableau 27 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle du contrôle de l'activité

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,77
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	6022,131
	Ddl	210
	Signification de Bartlett	0

Afin d'assurer une cohérence méthodologique, nous sélectionnons le nombre de facteurs à retenir en fonction de la règle de restitution minimale. Dans le cadre de cette échelle nous obtenons ainsi 4 facteurs qui expliquent 57% de la variance. Suite à l'examen des communalités nous procédons à l'élimination de 6 items afin d'améliorer la qualité de la représentation. Les quatre axes retenus expliquent, après épuration, plus de 66% de la variance. Notre échelle se compose maintenant de 15 items. Les items qui ont été éliminés correspondent aux contrôles sur l'organisation du service, par tous les acteurs ; les contrôles concernant la rentabilité par praticien responsable de pôle et les remarques par le PRP si le codage des actes n'a pas été suffisant.

Tableau 28 : Analyse factorielle exploratoire du contrôle de l'activité.

	Composante				Communalités Extraction
	1	2	3	4	
CONT_COD_AMEL_ADM	0,75	0,32	0,02	-0,15	0,69
CONT_COD_AMEL_PRP	0,71	0,16	0,16	0,24	0,61
CONT_COD_AMEL_PH	0,71	-0,02	-0,03	0,37	0,64
CONT_COD_TP_ADM	0,66	0,39	0,06	-0,21	0,64
CONT_COD_TP_PRP	0,72	0,13	0,18	0,16	0,59
CONT_COD_TP_PH	0,66	-0,09	0,07	0,44	0,63
CONT_RENTA_ADM	0,13	0,77	0,09	0,03	0,62
CONT_COMP_ADM	0,1	0,85	0,05	0,16	0,75
CONT_COMP_PRP	0,03	0,62	0,13	0,57	0,72
CONT_COMP_PH	0,08	0,21	0,09	0,82	0,73
CONT_COD_RENT_ADM	0,33	0,64	0,21	0,14	0,59
CONT_COD_RENT_PH	0,4	0,09	0,05	0,63	0,56
CONT_RENTA_INFOR_ADM	0,09	0,3	0,75	-0,1	0,67
CONT_RENTA_INFOR_PRP	0,07	0,15	0,89	0,07	0,82
CONT_RENTA_INFOR_PH	0,11	-0,08	0,77	0,21	0,65
Alpha cronbach	0,834	0,796	0,761	0,664	

Lors des rotations orthogonales et obliques nous avons pu constater que certains items ne pouvaient pas se rattacher clairement à un facteur.

L'item « J'ai des injonctions répétant que je dois coder à temps par le PRP » (CONT_COD_TP_PH) est clairement rattaché à l'axe 4 dans la rotation Varimax contrairement aux autres rotations (Oblimin, Promax ou Quartimax) où il se situe sur deux axes.

En ce qui concerne l'item « Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par le PRP » (CONT_COMP_PRP), son affectation à un des axes paraît plus délicate. Dans la rotation Varimax, le poids de la corrélation paraît plus important pour l'axe 2. Dans la rotation Promax, cet item peut être associé à l'axe 2 mais également à l'axe 4.

Nous allons préciser ci-dessous, en examinant la signification de chaque axe, pourquoi nous allons rattacher cet item à l'axe 2 et non à l'axe 4.

● **Interprétation des axes.**

L'axe 1 regroupe les items suivants :

Je reçois des mails pour améliorer mon codage par l'administration	CONT_COD_AMEL_ADM
Je reçois des mails pour améliorer mon codage par le PRP	CONT_COD_AMEL_PRP
Je reçois des mails pour améliorer mon codage par les autres praticiens hospitaliers	CONT_COD_AMEL_PH
J'ai des injonctions répétant que je dois coder à temps par l'administration	CONT_COD_TP_ADM
J'ai des injonctions répétant que je dois coder à temps par le PRP	CONT_COD_TP_PRP
J'ai des injonctions répétant que je dois coder à temps par les autres PH	CONT_COD_TP_PH

Cet axe rassemblerait l'ensemble des items relatifs à l'amélioration du codage des actes. Le contrôle s'effectuerait à deux niveaux : un premier niveau relatif à la manière de coder les actes, un second contrôle concernerait le moment du codage des actes, plus précisément un contrôle « temporel » du codage.

Par conséquent, nous opterions pour le nom « **Contrôle formel d'un codage rentable** ».

L'axe 2 est constitué des items :

Depuis la T2A, m'indique si j'ai été rentable: l'administration	CONT_RENTA_ADM
Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par l'administration	CONT_COMP_ADM
Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par le PRP	CONT_COMP_PRP
Me font des remarques si je n'ai pas généré et coté suffisamment d'activités rentables par l'administration	CONT_COD_RENT_ADM

Dans cet axe, on peut se rendre compte que l'élément qui prédomine est l'administration. Nous avons inclus dans cet axe l'item CONT_COMP_PRP car nous associons ici le praticien responsable du pôle aux administratifs. En effet, il dispose d'une double fonction : une fonction de médecin et une fonction de chef de pôle, plus administrative, avec une position hiérarchique. L'axe 4, ne regroupe que le contrôle exercé par les autres praticiens

hospitaliers, c'est-à-dire les pairs sans degré de hiérarchie. Nous retrouvons alors ici les acteurs qui sont à l'origine du contrôle : les administratifs.

Ainsi nous regroupons cet axe sous l'appellation « **Contrôle administratif de la rentabilité** ».

L'axe 3 rassemble les items :

Lors de discussions informelles, la rentabilité de mon activité est abordée par l'administration	CONT_RENTA_INFOR_ADM
Lors de discussions informelles, la rentabilité de mon activité est abordée par le PRP	CONT_RENTA_INFOR_PRP
Lors de discussions informelles, la rentabilité de mon activité est abordée par les autres PH	CONT_RENTA_INFOR_PH

Dans cet axe, ce n'est pas l'auteur du contrôle qui apparaît puisque ce contrôle émane de tous les acteurs de l'organisation. Il semble que ce soit plutôt le mode de contrôle, ici informel, que nous devons retenir. Aussi, nous pourrions nommer cet axe « **Contrôle informel de la rentabilité** ».

L'axe 4 est composé des items :

Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par les autres PH	CONT_COMP_PH
Me font des remarques si je n'ai pas généré et coté suffisamment d'activités rentables par les autres PH	CONT_COD_RENT_PH

L'intervention des autres médecins semble indiquer un contrôle par les pairs sur le codage des actes. Nous choisissons de nommer cet axe « **Contrôle de la rentabilité par les pairs** ».

● **Examen de la cohérence interne de l'échelle (voir annexe 6.B)**

La dimension 1 « **Contrôle formel d'un codage rentable** » présente un alpha de Cronbach de 0,834 ce qui est élevé. La seconde dimension « **Contrôle administratif de la rentabilité** » a un alpha de 0,796, la troisième « **Contrôle informel de la rentabilité** » de 0,761 et la quatrième « **Contrôle de la rentabilité par les pairs** » de 0,664. L'échelle dans son ensemble présente un alpha de Cronbach de 0,849 signifiant une bonne cohérence interne.

1.3. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de la manipulation de données.

Notre recherche exploratoire nous a permis de construire une échelle pour mesurer la manipulation de données. Afin de nous assurer la validité et fiabilité du construit nous procédons à une analyse en composante principale sur notre échelle initialement est composée 7 items.

Les données sont factorisables car l'indice de KMO est de 0,733 et le test de sphéricité de Bartlett est significatif. Par conséquent toutes les conditions d'application de l'analyse factorielles sont requises, l'analyse peut être poursuivie.

Tableau 29 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de la manipulation de données.

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,733
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	1887,587
	Ddl	21
	Signification de Bartlett	0

Lors de l'analyse en composante principale, deux facteurs émergent expliquant plus de 70% de la variance. L'examen des communalités nous suggère de retenir deux dimensions. Un item est supprimé puisque son poids est inférieur à 0,5 ramenant ainsi l'échelle 6 items. L'item supprimé est le suivant : « Il arrive que je cote un acte par assimilation, s'il n'existe pas dans la cotation officielle pour ne pas perdre de ressources ».

Nous poursuivons, avant de procéder à l'interprétation des axes, par une rotation Varimax. Cette dernière, nous permet de situer clairement les items sur deux facteurs qui restituent plus de 76% de la variance.

Tableau 30 : Analyse factorielle exploratoire de la manipulation de données.

	Composante		Communalités
	1	2	Extraction
MDRENT	-0,03	0,85	0,72
MDRENT_DIAG	0,14	0,85	0,73
MDRENT_CMORB	0,08	0,78	0,61
MDRENT_ACTNNECC	0,87	0,13	0,78
MDRENT_CMORBNEXIST	0,92	0,04	0,85
MDRENT_DIAGNEXIST	0,95	0,03	0,9
Alpha cronbach	0,908	0,766	

• **Interprétation des axes.**

L'axe 1 regroupe les items :

Il m'arrive de réaliser, pour le coter et être plus rentable un acte médical non nécessaire.	MDRENT_ACTNNECC
Je code un cout morbidité uniquement parce qu'il est rentable et ce , même si le patient n'en est pas atteint	MDRENT_CMORBNEXIST
Je code une pathologie uniquement parce qu'elle est rentable et ce, même si le patient n'en est pas atteint.	MDRENT_DIAGNEXIST

Cet axe regroupe les formes de manipulations qui pourraient s'associer à la création de production. Il présuppose que le médecin a connaissance de l'absence de pathologie ou de coûts morbidité. Toutefois, afin d'augmenter la rentabilité de son activité, il décide de les intégrer dans le PMSI. C'est pourquoi nous proposons d'appeler cet axe « **Manipulation de données par pseudo production** ».

L'axe 2 est constitué des items :

Je sais associer les codes pour être rentable	MDRENT
J'adapte les diagnostics pour être plus rentable	MDRENT_DIAG
J'ajoute le plus de couts morbidités (obésité, dénutrition, escarres...) possibles pour que mon acte soit rentable.	MDRENT_CMORB

Dans cette dimension, la combinaison judicieuse des actes prédomine. L'hypothèse de départ réside dans le fait que les pathologies existent ou sont supposées exister pour le médecin. Cet

axe illustrerait davantage la manipulation du système d'informations afin d'accroître la rentabilité. Il reflète la connaissance de bonnes combinaisons.

C'est pourquoi nous proposons de nommer cet axe « **Manipulation de données par le jeu du système d'information** ».

● **Examen de la cohérence interne de l'échelle (voir annexe 6.C)**

La première dimension « **Manipulation de données par pseudo production** » présente un alpha de Cronbach de 0,908 ce qui est élevé. La seconde dimension « **Manipulation de données par le jeu du système d'information** » a un alpha de 0,766. L'échelle, dans son ensemble, présente un alpha de Cronbach de 0,743 signifiant une bonne cohérence interne.

1.4. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle du conflit de rôle.

Bien que l'échelle des tensions de rôle et, plus particulièrement, du conflit de rôle ait été utilisée dans de nombreux travaux, il semble, à notre connaissance que dans le cadre de pressions financière interne elle n'ait pas donnée lieu à des adaptations. Notre étude nous a conduits à l'adapter au contexte. Aussi, nous procéderons aux analyses exploratoires afin de nous assurer de la validité et fiabilité de cet instrument. Cette échelle est composée de 8 items.

Les données sont factorisables car l'indice de KMO est de 0,678 et le test de sphéricité de Bartlett est significatif. Nous pouvons poursuivre l'analyse.

Tableau 31 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle du conflit de rôle

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,678
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	475,51
	Ddl	28
	Signification de Bartlett	0

L'analyse en composante principale, a révélé trois premiers facteurs qui expliquent 56,78% de la variance. Par la suite nous avons du supprimer les items dont les communalités sont inférieures à 0,5 soit l'item « Je reçois des demandes incompatibles d'une ou plusieurs

personnes avec ma mission de soin » (CR5). Cette élimination nous permet d'augmenter de cinq points la variance qui est désormais de plus de 61%.

Nous obtenons, donc, (tableau 32) trois facteurs :

Tableau 32 : Analyse factorielle exploratoire du conflit de rôle.

	Composante			Communalités
	1	2	3	Extraction
CR1	0,05	0,09	0,77	0,61
CR2	0,77	-0,03	0,1	0,6
CR3	0,58	0,18	0,39	0,52
CR4	0,1	0,81	0,06	0,67
CR6	-0,02	0,83	0,01	0,69
CR7	0,78	0,01	-0,05	0,61
CR8	0,13	-0,04	0,76	0,6
Alpha cronbach	0,557	0,536	0,411	

• **Interprétation des axes.**

L'axe 1 comprend les items suivants

Je reçois des patients sans infirmières ou aides soignants pour pouvoir les soigner	CR2
Je dois contourner une règle ou des procédures pour pouvoir soigner	CR3
Je soigne des patients sans ressources ni moyens adéquat pour pouvoir l'effectuer	CR7

Selon King et King (1990), les items 2 « Je reçois des patients sans infirmières ou aides soignants pour pouvoir les soigner » et 7 « Je soigne des patients sans ressources ni moyens adéquat pour pouvoir l'effectuer » peuvent correspondre soit au conflit de rôle personnel soit au conflit de rôle intra-émetteur. L'item 3, quant à lui, permet de mesurer le conflit de rôle inter-émetteur provenant d'une attente incompatible avec les règles et procédures de l'organisation, ou une attente incompatible issue de plusieurs personnes (Loubès, 1997). Ainsi, il est difficilement possible d'identifier clairement cet axe car il regroupe à la fois un item relatif au conflit de rôle personne, conflit de rôle intra-émetteur, conflit de rôle inter-émetteur. Cependant, cet axe semble mettre l'accent sur le manque de moyens humains, financiers et les difficultés rencontrées pour pouvoir faire son travail. Ces moyens, les politiques et les procédures sont établis par la direction de l'hôpital. C'est pourquoi, il nous

semble qu'il s'agirait d'un conflit de rôle intra-émetteur. De manière temporaire nous nommerons cet axe «**Conflit de rôle intra-émetteur** ».

L'axe 2 regroupe les items :

Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent de façon différente	CR4
Je réalise des choses qui peuvent être acceptées par certaines personnes et rejetées par d'autres	CR6

L'item 4 « Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent de façon différente » peut être considéré comme une mesure du conflit de rôle inter rôle (Loubès, 1997) mais également comme un item relatif au conflit de rôle inter-émetteur (King et King, 1990). L'item 6 « Je réalise des choses qui peuvent être acceptées par certaines personnes et rejetées par d'autres » concerne le conflit de rôle inter-émetteur (Loubès, 1997). C'est pourquoi nous décidons de nommer cet axe «**Conflit de rôle inter-émetteur** ».

L'axe 3 est composé des items :

J'ai des choses à faire qui devraient être réalisées autrement	CR1
Je travaille pour des choses inutiles	CR8

Cet axe regrouperait le conflit de rôle personnel : notamment sur l'appréciation du travail à réaliser. Plus précisément, ces deux items regroupent l'incompatibilité entre les valeurs de la personne focale et le comportement qui est attendu. C'est pourquoi nous proposons de nommer cet axe «**Conflit de rôle personnel** ».

● **Examen de la cohérence interne de l'échelle (voir annexe 6.D)**

Le facteur 1 «**Conflit de rôle intra-émetteur** » présente un alpha de Cronbach de 0,552 ce qui est faible. Le second facteur «**Conflit de rôle inter-émetteur** » a un alpha de 0,536, le troisième facteur «**Conflit de rôle personnel** » a une cohérence interne de 0,442 qui est insuffisant. Ces faiblesses peuvent s'expliquer par le fait que les axes possèdent peu d'items (Carrinaco et Poujol, 2008). L'échelle dans son ensemble présente un alpha de Cronbach de 0,552 signifiant une cohérence interne assez faible. Après l'examen de l'alpha de Cronbach de l'échelle en cas de suppression d'un item, nous décidons de conserver l'échelle en l'état.

1.5. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de l'ambiguïté de rôle.

Comme précédemment nous procédons aux mêmes analyses. Nous testons si la factorisation des données est possible.

L'indice KMO est de 0,718, ce qui est acceptable. Le test de sphéricité de Bartlett est significatif. Par conséquent, toutes les conditions d'application de l'analyse factorielles sont requises : les données peuvent être factorisées

Tableau 33 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de l'ambiguïté de rôle.

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,728
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	926,562
	Ddl	15
	Signification de Bartlett	0

Nous continuons notre travail par une analyse en composante principale. Deux facteurs sont mis en lumière, expliquant plus de 63% de la variance. Nous procédons à l'examen des communalités qui indiquent que l'item (AR1) « je connais avec certitude l'étendue de mon autorité » doit être supprimé. Nous passons ainsi d'une échelle de 6 items à 5 items. La variance de l'instrument est supérieure à 70%.

Tableau 34 : Analyse factorielle exploratoire de l'ambiguïté de rôle.

	Composante		Communalités
	1	2	Extraction
AR2	0,91	0,2	0,86
AR3	0,13	0,72	0,53
AR4	0,07	0,81	0,67
AR5	0,33	0,71	0,62
AR6	0,92	0,16	0,87
Alpha cronbach	0,849	0,652	

• Interprétation des axes.

En nous basant sur la littérature existante, nous pouvons procéder à l'interprétation des axes.

L'axe 1 est constitué des items :

J'ai pour effectuer mon travail des objectifs clairs et planifiés	AR2
Les explications sur ce qui doit être fait sont claires	AR6

Ces items portent sur le travail et les tâches à réaliser. C'est pourquoi nous choisissons de nommer cet axe « **ambigüité de rôle liée au contenu du poste** ».

L'axe 2 regroupe les items :

Je sais comment je repartis mon temps de travail	AR3
Je sais quelles sont mes responsabilités	AR4
Je sais exactement ce que l'on attend de moi	AR5

Sur cet axe deux formes d'ambigüités semblent se présenter : une première est liée aux attentes des émetteurs « je sais exactement ce que l'on attend de moi », la seconde correspond à la manière de mener sa tâche « Je sais comment répartir mon temps de travail » et « je sais quelles sont mes responsabilités ». Nous choisissons, pour le moment, de nommer cet axe de manière général « **ambigüité de rôle : attente et tâche** ».

● Examen de la cohérence interne de l'échelle (voir annexe 6.E)

Le facteur « **ambigüité de rôle liée au contenu du poste** », présente un alpha de Cronbach de 0,849 ce qui est bon. En revanche, la dimension « **ambigüité de rôle : attente et tâche** » a un alpha de 0,652. L'échelle dans son ensemble présente un alpha de Cronbach de 0,740 signifiant une cohérence interne satisfaisante.

1.6. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de l'implication dans organisation.

Nous procédons à une analyse factorielle en composante principale sur la variable implication dans l'organisation. Nous rappelons que nous n'avons opté que pour les

dimensions affectives et calculées de l'implication dans l'organisation et que celles-ci est portent sur l'implication dans l'établissement.

Aussi, nous constatons que l'indice KMO est de 0,799 ce qui est acceptable. Le test de sphéricité de Bartlett est significatif par conséquent toutes les conditions d'application sont remplies, nous pouvons poursuivre l'analyse.

Tableau 35 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de l'implication dans l'organisation.

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,799
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	1763,528
	Ddl	91
	Signification de Bartlett	0

Par la suite, selon la règle de restitution minimale, nous constatons que le seuil minimal de variance de 50% est atteint si quatre facteurs sont retenus dans cette échelle.

A priori, nous allons poursuivre l'analyse avec les quatre facteurs et procéder à l'analyse des communalités. Par itérations successives nous supprimons les items « Je ne suis pas inquiet(e) de ce qui pourrait se passer si je quitte mon travail sans en avoir un autre en perspective » (IOC1), « Je ne ressens pas un fort degré d'appartenance à cet établissement » (IOA4) ; « Je sens que je n'ai pas assez d'opportunité d'emploi pour me permettre de quitter cet établissement » (IO_C5) et « Un autre établissement ne pourrait m'offrir tous les avantages que j'ai ici. » (IO_C7). Ces items étant positionnés sur un axe, nous pouvons observer la disparition d'un facteur relatif à une forme d'implication calculée. L'épuration nous a permis de passer de 55,65% à 61,51% de la variance à expliquer.

Nous procédons aux rotations et obtenons les résultats suivants :

Tableau 36 : Analyse factorielle exploratoire de l'implication dans l'organisation.

	Composante			Communalités Extraction
	1	2	3	
IO_A1	0,77	0,14	-0,03	0,61
IO_A2	0,34	0,12	0,66	0,56
IO_A3	0,09	0,03	0,84	0,72
IO_A5	0,74	-0,02	0,26	0,61
IO_A6	0,68	0,13	0,38	0,62
IO_A7	0,63	0,19	0,35	0,55
IO_C2	0,08	0,78	0,11	0,63
IO_C3	0,2	0,77	0,13	0,65
IO_C4	0,36	0,62	-0,14	0,53
IO_C6	-0,46	0,67	0,12	0,68
Alpha cronbach	0,773	0,681	0,541	

• **Interprétation des axes.**

L'échelle de Meyer et Allen (1990), réduite à deux dimensions, met en évidence l'implication affective et l'implication calculée.

Nous retrouvons les axes affectifs et calculés, toutefois, l'axe affectif se scinde en deux facteurs distincts selon la rotation Varimax. Nous conservons l'aspect tridimensionnel du construit car l'analyse sera poursuivie.

L'axe 1 correspond aux items

Je serais très heureux (se) de finir ma carrière dans cet établissement	IO_A1
Je ne me sens pas membre à part entière de cet établissement	IO_A5
Je ne me sens pas attaché affectivement à cet établissement	IO_A6
Cet établissement a une grande signification pour moi.	IO_A7

Il regroupe des items qui lient affectivement le salarié à son établissement. Plus précisément, ces items pourraient se référer à la position de l'individu au regard de son organisation par le fait d'être membre, de maintenir le lien existant, à son identification. Cette dimension paraît regrouper l'émotionnel et l'identification. Par conséquent, nous retiendrons une appellation générale de ce facteur « **Implication affective- identification** ».

L'axe 2 regroupe les items :

Ce serait très difficile pour moi de quitter actuellement mon établissement même si je le voulais	IO_C2
Trop de choses dans ma vie seraient perturbées si je décidais de quitter à l'heure actuelle mon établissement	IO_C3
Rester dans cet établissement est autant une nécessité qu'un désir	IO_C4
Une des raisons majeures pour lesquelles je continue à travailler dans cet établissement est que mon départ demande un sacrifice personnel considérable.	IO_C6

Il est constitué d'items relatifs à l'implication calculée au sein de l'organisation. Nous reprenons ainsi la dénomination issue des travaux de Meyer et Allen (1993) : « **Implication calculée** » pour identifier cet axe.

L'axe 3 est composé des items

J'aime discuter de cet établissement avec des personnes extérieures	IO_A2
Je ressens les problèmes de cet établissement comme les miens	IO_A3

L'axe 3 regroupe des items de l'implication affective. Ces items pourraient suggérer que l'individu est émotionnellement impliqué dans l'organisation de part des actions d'extériorisation « j'aime discuter de cet établissement avec des personnes extérieures » et des actions d'intériorisation « je ressens les problèmes de cet établissement comme les miens ». C'est pourquoi nous nommons cet axe « **Implication affective -émotion** ».

● Examen de la cohérence interne de l'échelle (voir annexe 6.F)

La dimension « **Implication affective- identification** » présente un alpha de Cronbach de 0, 773 ce qui est bon. Néanmoins, la seconde dimension « **Implication calculée** » et la troisième « **Implication affective-émotion** » ont respectivement un alpha de 0, 681 et 0,541. L'échelle dans son ensemble présente un alpha de Cronbach de 0,749 signifiant une cohérence interne satisfaisante.

1.7. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de l'implication dans la profession.

L'indice KMO est de 0,882 ce qui est bon. Le test de sphéricité de Bartlett est significatif ; les conditions d'application de l'analyse factorielles sont remplies, nous pouvons poursuivre l'analyse. Nous devons maintenant déterminer le nombre de facteurs à retenir.

Tableau 37 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de l'implication dans la profession

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,882
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	2339,927
	Ddl	28
	Signification de Bartlett	0

En se basant sur la règle de restitution minimale, le seuil de 50% est atteint par le premier facteur. Les items dont la communalité est inférieure à 0,5 sont supprimés soit les items : « Même si je n'avais pas besoin d'argent, je conserverai ce métier » (IP4), « Je veux faire carrière dans ce métier » (IP2) et « J'ai un métier idéal pour y travailler toute ma vie » (IP5).

Aussi, nous retenons une dimension ce qui rejoint la littérature qui envisage, dans cette échelle la dimension affective de ce construit. Nous obtenons alors, après purification une variance expliquée de plus de 69%.

Tableau 38 : Analyse factorielle exploratoire de l'implication dans la profession.

	Extraction
IP1	0,75
IP3	0,81
IP5	0,56
IP7	0,63
IP8	0,75

Ne disposant que d'un facteur, nous nommerons ce construit « **Implication dans la profession** ».

Il regroupe les items :

J'aimerais trouver un autre métier	IP1
A refaire, je choisirais un autre métier	IP3
J'aime trop ce métier pour l'abandonner	IP5
Je regrette d'avoir choisi ce métier	IP7
J'aimerais trouver un autre métier avec le même salaire.	IP8

● Examen de la cohérence interne de l'échelle (voir annexe 6.G)

L'échelle présente un alpha de Cronbach de 0,849 ce qui indique une cohérence interne très satisfaisante.

1.8. Analyse factorielle exploratoire et test de fiabilité de l'échelle de l'implication dans le service public.

Nous procédons aux mêmes démarches que précédemment. Nous pouvons observer que L'indice de KMO de 0,856 est très satisfaisant, et le test de sphéricité de Bartlett est significatif. L'analyse peut ainsi être poursuivie

Tableau 39 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de l'implication dans la profession

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,856
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	1321,325
	ddl	36
	Signification de Bartlett	0

Une première purification nous indique qu'il convient d'éliminer l'item ISP3 « J'accepterais pratiquement n'importe quelle tâche pour demeurer membre du service public » car son poids n'est que de 0,13.

L'analyse des communalités se poursuit et nous enlevons successivement les items suivants : l'item ISP1 « Je suis prêt(e) à faire de gros effort au delà de ce qui est normalement attendu pour aider le service public à réussir » ; l'item 6 « Le secteur public me permet de donner le

meilleur de moi-même » ; l’item 7 «Je suis très heureux (se) d’avoir choisi à l’époque de mon recrutement, de travailler pour le secteur public » ; l’item 8 « Je me sens concerné (e) par le futur du service public».

Nous retenons ainsi un construit unidimensionnel affectif qui permet d’expliquer 60, 42% de la variance. Nous avons ainsi amélioré de 20 points sa qualité explicative.

Tableau 40 : Analyse factorielle exploratoire de l’implication dans le service public

	Extraction
ISP2	0,54
ISP4	0,58
ISP5	0,66
ISP9	0,64

Ce construit, que nous dénommerons « **implication affective dans le service public** », est composé des items :

Je parle du service public à mes amis comme d’un très bon secteur où être membre est formidable	ISP2
Je trouve que mes valeurs personnelles (équité des soins,...) sont très similaires à celles du service public	ISP4
Je suis fier (e) de dire aux autres que j’appartiens au service public	ISP5
Pour moi, le service public est le meilleur domaine où je peux travailler	ISP9

● **Examen de la cohérence interne de l’échelle (voir annexe 6.H)**

L’échelle présente un alpha de Cronbach de 0, 781, ce qui est satisfaisant.

Les analyses exploratoires que nous avons menées, ont permis de procéder à l’épuration de certains items afin d’améliorer la qualité des instruments.

Nous poursuivons notre analyse par des méthodologies confirmatoires afin de stabiliser les construits pour pouvoir tester nos hypothèses.

2. LES RESULTATS DE L'ANALYSE CONFIRMATOIRE.

Nous pouvons poursuivre notre travail par les analyses factorielles confirmatoires.

Dans cette phase, pour chaque échelle de mesure, nous procédons à une analyse confirmatoire et ajustons le modèle afin qu'il respecte au mieux les critères de validité.

Cette étape est particulièrement importante pour la suite de notre méthode. En effet, les analyses factorielles menées sur chaque échelle de mesure garantissent l'ajustement du modèle d'équations structurelles. Par conséquent nous serons très attentifs au respect des critères d'acceptabilité des modèles : nous nous assurerons que le modèle factoriel choisi respecte tous les indicateurs, nous testerons le ρ^2 de Jöreskog puis nous calculerons la validité discriminante de chaque variable latente afin de savoir si, l'élaboration d'un construit de second ordre est nécessaire.

2.1. L'analyse factorielle confirmatoire, test de fiabilité et validité discriminante de l'échelle de la pression financière interne.

- **La qualité d'ajustement du modèle de pression financière interne**

Nous avons, lors de notre analyse exploratoire, trouvé que la pression financière à l'activité était composée de trois facteurs. Nous procédons au test du modèle issu de l'analyse en composante principale afin de savoir si nous devons le conserver tel quel ou procéder à l'élimination de certains items. Nous obtenons les indices suivants du modèle :

Tableau 41 : Qualité d'ajustement du modèle exploratoire de la pression financière interne

INDICES	Critères d'acceptation	Critères d'acceptation
χ^2/dl	18,5	<5
GFI	0,529	Proche ou >0,9
AGFI	0,452	Proche ou >0,8
RMSEA	0,172	Proche ou <0,08
NFI	0,595	Proche ou >0,9
CFI	0,608	Proche ou >0,9
CAIC	7367,077 > 3201,417	CAIC modèle testé < CAIC Modèle saturé

Les indices obtenus relatifs à la qualité d'ajustement du modèle ne sont pas satisfaisants : le χ^2/dl est de 18,5 ce qui est beaucoup trop important. Le GFI a une valeur de 0,529, l'AGFI DE 0,452 ce qui bien en dessous des seuils d'acceptabilité. Egalement, le CAIC du modèle testé est supérieur au CAIC du modèle saturé, le RMSEA est trop important (0,172) par rapport au seuil d'acceptation qui est de 0,08. Par conséquent la solution de l'analyse en composante principale n'est pas acceptable, **le modèle doit être re-spécifié.**

Nous allons présenter un ensemble de modèles qui ont été testé afin d'arriver à des seuils acceptables. Nous conserverons dans ces modèles les trois dimensions issues de la phase exploratoire.

Modèle 1 : une structure factorielle composée de trois axes sans les items correspondants aux pressions sur les objectifs du pôle et l'augmentation de l'activité provenant des administratifs et de l'ARH ainsi que les pressions exercées par les pairs sur la qualité des pratiques médicales
(PRESS_OBJPOL_PRP,PRESS_RENTA_ADM_ARH,PRESS_RENTA_PRP,PRESS_AUGACT_ADM ,PRESS_PRAT_ADM ,PRESS_AUGACT_ADM_ARH, PRESS_PRAT_PRP,PRESS_PRAT_PAIRS_PH,PRESS_PRAT_PAIRS_INF ,PRESS_DEC SOIN_PRP, PRESS_AUGACT_PRP, PRESS_PRAT_PRP,PRESS_PRAT_PAIRS_PH,PRESS_PRAT_PAIRS_INF ,PRESS_DEC SOIN_PRP, PRESS_AUGACT_PRP)

Facteur1 : il regroupe des items relatifs aux pressions concernant les objectifs du pôle et la rentabilité de l'activité. Ces pressions sont exercées par le monde administratif (PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU,PRESS_OBJPOL_ADM_CP,PRESS_OBJPOL_ADM,PRESS_RENTA_ADM_DCHU,PRESS_RENTA_ADM_CPA,PRESS_RENTA_ADM,PRESS_AUGACT_ADM_DCHU,PRESS_AUGACT_ADM_CPA).

Facteur2 : il est constitué des items relatifs aux pressions sur la qualité des pratiques médicales et sur les décisions de soins par les administratifs (PRESS_PRAT_ADM_ARH,PRESS_PRAT_ADM_DCH,PRESS_PRAT_ADM_CP,PRESS_PRAT_ADM,PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH,PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU,PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA,PRESS_DEC SOIN_ADM).

Facteur 3: il est constitué des items concernant les pressions par les médecins sur les décisions de soins (PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH,PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF).

Modèle 2 : une structure factorielle, à trois axes, épurée des items qui correspondent aux pressions sur l'augmentation de l'activité par le directeur du CHU et sur la qualité des soins dispensés (PRESS_RENTA_ADM,PRESS_AUGACT_ADM_DCHU,PRESS_PRAT_ADM_ARH, PRESS_PRAT_ADM)

Facteur1 : il regroupe les items concernant les pressions exercées par les administratifs sur les objectifs du pôle, sur la rentabilité de l'activité et sur le fait d'augmenter cette dernière (PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU,PRESS_OBJPOL_ADM_CPA,PRESS_OBJPOL_ADM,PRESS_RENTA_ADM_DCHU,PRESS_RENTA_ADM_CPA,PRESS_AUGACT_ADM_CPA)

Facteur2 : il correspond aux items relatifs aux pressions sur les décisions de soins et la qualité des soins dispensés. (PRESS_PRAT_ADM_DCHU,PRESS_PRAT_ADM_CPA,PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH,PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU,PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA,PRESS_DEC SOIN_ADM).

Facteur 3 : il est constitué des items concernant les pressions sur les décisions de soins (PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH,PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF)

Modèle 3 : une structure factorielle constituée de trois facteurs sans les items concernant les objectifs du pôle et les pressions sur la qualité des décisions de soins
PRESS_OBJPOL_ADM,PRESS_PRAT_ADM_DCHU,PRESS_PRAT_ADM_CPA.

Facteur1: il est constitué des items relatifs aux pressions sur la rentabilité provenant de la direction administrative

(PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU,PRESS_OBJPOL_ADM_CPA,PRESS_RENTA_ADM_DCHU,PRESS_RENTA_ADM_CPA,PRESS_AUGACT_ADM_CPA).

Facteur2 : il correspond aux items relatifs aux pressions sur les décisions de soins provenant du monde administratif

(PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH,PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU,PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA,PRESS_DEC SOIN_ADM)

Facteur 3 : il est constitué des items concernant les pressions sur les décisions de soins
PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH,PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF

Modèle 4 : un modèle composé de trois axes où l'on supprime les items concernant les pressions par le directeur du CHU sur les objectifs du pôle et l'augmentation de l'activité (PRESS_OBJPOL_ADM_CHU, PRESS_AUGACT_ADM_CPA.

Facteur1 : il regroupe les items relatifs aux pressions sur les décisions de soins provenant de la direction administrative c'est-à-dire du directeur de l'hôpital et du directeur de pôle (PRESS_OBJPOL_ADM_CPA,PRESS_RENTA_ADM_DCHU,PRESS_RENTA_ADM_CPA)

Facteur2 : il correspond aux items relatifs aux pressions sur les décisions de soins provenant des administratifs

(PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH,PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU,PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA,PRESS_DEC SOIN_ADM)

Facteur 3 : il est constitué des items concernant les pressions sur les décisions de soins (PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH, PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF).

Modèle 5 : un modèle à trois facteurs sans PRESS_RENT_ADM_DCHU.

Facteur1 : ce facteur regroupe les pressions provenant du directeur administratif du pôle sur la rentabilité (PRESS_OBJPOL_ADM_CPA, PRESS_RENTA_ADM_CPA)

Facteur2 : il est composé des items relatifs aux pressions sur les décisions de soins provenant des administratifs,

(PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH, PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU, PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA, PRESS_DEC SOIN_ADM)

Facteur 3 : il regroupe les items concernant les pressions sur les décisions de soins (PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH, PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF)

Voici pour chaque modèle les indices d'acceptabilité obtenus.

Tableau 42 : Indices d'acceptabilité des modèles testés concernant la pression financière interne.

INDICES	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
χ^2/dl	21,81	17,14	14,55	5,12	3,97
GFI	0,64	0,77	0,86	0,95	0,97
AGFI	0,53	0,68	0,78	0,91	0,94
RMSEA	0,19	0,17	0,15	0,09	0,07
NFI	0,71	0,81	0,89	0,97	0,98
CFI	0,72	0,82	0,89	0,97	0,99
CAIC	3165,994 > 1258,487	1506,145 > 772,755	780,514 > 485,732	277,466 < 331,181	207,233 < 264,945

L'observation des modèles 1, 2 et 3 montre qu'ils ne remplissent pas toutes les conditions d'acceptabilité. Cela ne permet pas de valider leur structure factorielle.

Le GFI du premier modèle est très insuffisant (0,636), en revanche il se rapproche du seuil d'acceptabilité pour les modèles 2 et 3 (respectivement de 0,773 et 0,861). L'AGFI suit la même logique : nettement en deçà du seuil conseillé, 0,528 pour le modèle 1, il est de 0,683 pour le modèle 2 et 0,776 pour le modèle 3.

Le rapport Chi2/ ddl est de supérieur à ce qui est préconisé (21,81 pour le modèle 1, 17,14 pour le modèle 2 et 14,55 pour le modèle 3).

Le RMSEA est trop élevé dans les trois modèles testés (0,190 pour le modèle 1, 0,167 pour le modèle 2, 0,153 pour le modèle 3) ce qui nous indique que le modèle doit être re-spécifié.

Par ailleurs, le CAIC du modèle testé est systématiquement supérieur au CAIC du modèle saturé. Pour le modèle 1, le CAIC du modèle testé est 3165,944 alors que le seuil du modèle saturé est de 1258, 487 ; pour le modèle 2, il est de 1506,145 or le seuil d'acceptation est de 722,755 ; pour le modèle 780,514, le seuil limite étant de 485,732.

Le modèle 4 a de bons GFI (0,953), AGFI (0,912), NFI (0,968) et CFI (0,974). Par ailleurs, le CAIC du modèle testé (277, 446) est inférieur au CAIC du modèle saturé (331,181). Le RMSEA est également bon car il est de 0,085. Enfin, le rapport χ^2/dl est légèrement supérieur à 5. Il ne semble pas, a priori, nécessaire de respécifier le modèle toutefois nous tentons d'améliorer les indices d'ajustements dans le modèle suivant.

Le modèle 5 remplit toutes les conditions d'acceptabilité : le χ^2/dl est inférieur à 3,97 les GFI (0,972), AGFI (0,941), NFI (0,980) et CFI (0,985) sont très satisfaisants, le RMSEA est de 0,072 et le CAIC du modèle testé est de 270,233 c'est à dire plus faible que celui du modèle saturé qui présente une valeur de 264,945. Aussi, nous pouvons retenir ce modèle.

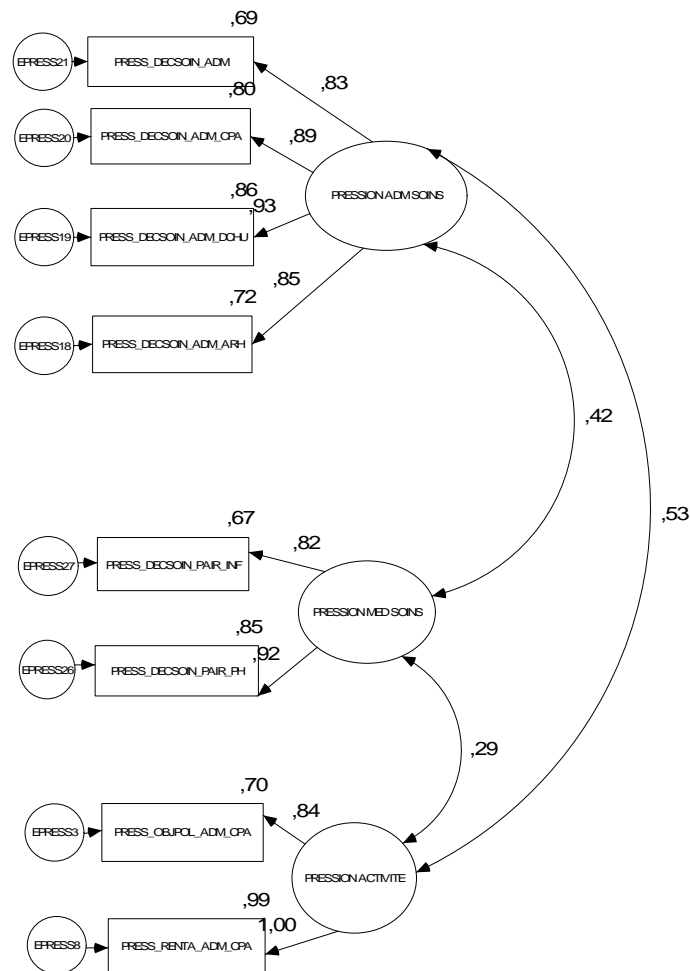


Tableau 43 : Indices de qualité du modèle retenu

INDICES	Modèle retenu
χ^2/df	3,97
GFI	0,97
AGFI	0,94
RMSEA	0,07
NFI	0,98
CFI	0,99
CAIC	207,233 < 264,945

• **L'interprétation des axes.**

Le construit étant stabilisé, nous pouvons procéder à l'interprétation des axes.

Le modèle ayant donné lieu à des re-spécification, nous devons nous pencher sur la signification de chaque variable latente.

Le facteur 1 regroupe les items :

Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par l'ARH	PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par le directeur du CHU	PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par le directeur administratif chef de pôle	PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par les administratifs	PRESS_DEC SOIN_ADM

Ce facteur est relatif aux décisions de soins et aux pressions ressenties par les médecins sur leurs décisions. Cette pression s'exercerait par le monde administratif, le long de la ligne hiérarchique. Nous opterons pour le nom de « **Pression financière de la hiérarchie administrative sur les soins** ».

Le facteur 2 est composé des items:

Je ressens des pressions pour atteindre les objectifs budgétaires du pôle par le directeur administratif chef de pôle	PRESS_OBJPOL_ADM_CPA
Je ressens de la pression à être rentable par le directeur administratif chef de pôle	PRESS_RENTA_ADM_CPA

Cette variable latente semble regrouper des items relatifs à la pression exercée par le responsable administratif du pôle. Cette pression concerne la rentabilité de l'activité. C'est pourquoi nous la nommerons « **Pression financière par le directeur administratif du pôle** ».

Le facteur 3 est constitué des items :

Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par les collègues	PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH
Je ressens de la pression sur mes décisions de soins par les infirmiers	PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF

Le troisième construit montrerait l'existence de pressions sur les décisions de soins provenant du monde médical. Nous ne pouvons pas restreindre la dénomination de cet axe à pression par les pairs, car on peut constater que ces pressions proviennent également des infirmiers. Aussi, par opposition au monde administratif identifié plus haut nous pourrions identifier cet axe comme « **Pression du monde médical sur les soins** ».

• **Validité convergente et fiabilité du construit de pression financière interne.**

Ce modèle va être à la base de nos analyses concernant la validité convergente et la fiabilité du construit. Pour toutes les contributions factorielles retenues, le test t de Student est significatif au seuil de 5%. Nous poursuivons notre étude en calculant le ρ de Jöreskog et le ρ de validité convergente pour chaque variable latente.

Tableau 44 : Validité convergente du construit de pression financière interne

	Poids de la contribution	Poids de la contribution au carré
Variable latente 1 : Pression financière de la hiérarchie administrative sur les soins		
PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH	0,85	0,72
PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU	0,93	0,86
PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA	0,89	0,8
PRESS_DEC SOIN_ADM	0,83	0,69
Somme des contributions	3,5	3,08
Rhô de Jöreskog		0,89
Rhô de validité convergente		0,77
Alpha de cronbach		0,93
Variable latente 2 : Pression financière par le directeur administratif du pôle		
PRESS_OBJPOL_ADM_CPA	0,84	0,7
PRESS_RENTA_ADM_CPA	1	0,99
Somme des contributions	1,83	1,69
Rhô de Jöreskog		0,84
Rhô de validité convergente		0,85
Alpha de cronbach		0,91
Variable latente 3 : Pression du monde médical sur les soins		
PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH	0,92	0,85
PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF	0,82	0,67
Somme des contributions	1,74	1,52
Rhô de Jöreskog		0,83
Rhô de validité convergente		0,76
Alpha de cronbach		0,86

La première dimension « Pression financière de la hiérarchie administrative sur les soins » a un Rhô de Jöreskog de 0,891 ce qui est bon, sa validité convergente permet d'expliquer 76,9%, de la variance.

La seconde dimension « Pression financière par les directeur administratif du pôle » présente un Rhô de Jöreskog de 0,836 ce qui est satisfaisant. De plus la validité convergente est de à 84,5%.

Egalement, le troisième facteur « Pression du monde médical sur les soins » possède une bonne fiabilité, le Rhô de Jöreskog est de 0,831, la validité convergente est satisfaisante, elle est de 76%.

Enfin, la validité discriminante entre les facteurs est avérée car la variance de la variable latente est supérieure à la corrélation entre les trois variables.

Tableau 45 : Validité discriminante pour le construit pression financière interne

	Corrélation entre Variables latentes	Carré de la corrélation	Variance de variable latente
PRESSION ACTIVITE ↔ PRESSION MED SOINS	0,29	0,09	0,77
PRESSION ADM SOINS ↔ PRESSION MED SOINS	0,42	0,18	0,84
PRESSION ACTIVITE ↔ PRESSION ADM SOINS	0,53	0,28	0,76

2.2. L'analyse factorielle confirmatoire, test de fiabilité et validité discriminante de l'échelle du contrôle de l'activité

Nous procédons aux tests de l'échelle du contrôle à l'issue de l'analyse en composante principale.

• La qualité d'ajustement du modèle de contrôle de l'activité

Afin de vérifier la qualité du construit nous procédons au calcul des indices d'ajustement du modèle. Les résultats sont présentés ci-dessous.

Tableau 46 : Qualité d'ajustement du modèle exploratoire du contrôle de l'activité

INDICES	Critères d'acceptation	Critères d'acceptation
χ^2/dl	12,64	<5
GFI	0,802	Proche ou >0,9
AGFI	0,717	Proche ou >0,8
RMSEA	0,142	Proche ou <0,08
NFI	0,726	Proche ou >0,9
CFI	0,74	Proche ou >0,9
CAIC	1326,636 > 883,149	CAIC modèle testé < CAIC Modèle saturé

Nous pouvons constater que les critères de qualité d'ajustement du modèle ne sont pas satisfaisants : le χ^2/dl est de 12,64 or pour être acceptable le rapport doit être inférieur à 5. Le GFI a une valeur de 0,802, l'AGFI DE 0,717. De plus, le CAIC du modèle testé est supérieur au CAIC du modèle saturé. Le RMSEA est trop important (0,142) au regard du

seuil d'acceptation qui est de 0,8. Par conséquent, la solution de l'analyse en composante principale n'est pas acceptable, le modèle doit être respecifié.

Le processus de re-spécification nous amène à proposer successivement cinq modèles. Lors des itérations menées, nous enlevons les items ayant les corrélations les plus faibles avec les axes. Les modèles présentés supposent que les items qui ont été supprimés n'ont pas été réintroduits par la suite. Nous retiendrons les trois facteurs tels qu'ils ont été présentés dans l'analyse exploratoire.

Modèle 1 : les quatre facteurs sont maintenus et nous supprimons l'item concernant le contrôle du contrôle dans le temps par les administratifs (CONTR_COD_TP_ADM) de l'axe 1.

Facteur1 : il regroupe les items concernant le contrôle de l'amélioration du codage des actes et du codage effectué dans les temps

(CONTR_COD_TP_PH,CONTR_COD_TP_PRP,CONTR_COD_AMEL_PH,CONTR_COD_AMEL_PRP, CONTR_COD_AMEL_ADM).

Facteur2 : il est constitué des items portant sur le contrôle de la rentabilité des codages et l'envoi de comparatifs d'activité

(CONTR_RENTA_ADM ,CONTR_COMP_ADM,CONTR_COMP_PRP, CONTR_COD_RENTA_ADM).

Facteur 3 : il regroupe les items concernant les contrôles informels sur un codage rentable (CONTR_RENTA_INFORM_PH,CONTR_RENTA_INFORM_PRP, CONTR_RENTA_INFORM_ADM).

Facteur 4 : il est formé des items du contrôle par les médecins sur les comparatifs d'activité et les contrôles de la rentabilité du codage des actes (CONTR_COMP_PH, CONTR_COD_RENT_PH).

Modèle 2 : nous procédons au maintien des quatre facteurs et supprimons l'item correspondant au contrôle par l'administration de l'amélioration du codage des actes (CONTR_COD_AMEL_ADM) de l'axe 1.

Facteur 1 : La suppression de l'item CONTR_COD_AMEL_ADM peut nous conduire à reconsidérer ce qui est mesuré. En effet, le contrôle porte sur l'optimisation du codage, les auteurs du contrôle sont issus du milieu médical, le praticien responsable du pôle pouvant revêtir aussi la fonction de médecin

(CONTR_COD_TP_PH, CONTR_COD_TP_PRP, CONTR_COD_AMEL_PH, CONTR_COD_AMEL_PRP).

Facteur 2 : il correspond au contrôle par les administratifs de la rentabilité du codage des actes et à l'envoi de comparatifs d'activités

(CONTR_RENTA_ADM, CONTR_COMP_ADM, CONTR_COMP_PRP, CONTR_COD_RENTA_ADM).

Facteur 3 : il regroupe les items relatifs au contrôle informel de la rentabilité du codage des actes

(CONTR_RENTA_INFORM_PH, CONTR_RENTA_INFORM_PRP, CONTR_RENTA_INFORM_ADM).

Facteur 4 : il est formé des items sur les comparatifs d'activité et les contrôles de la rentabilité, contrôle exercé par les pairs

(CONTR_COMP_PH, CONTR_COD_RENT_PH).

Modèle 3 : nous supprimons les items du contrôle de l'activité par les médecins (CONTR_COD_TP_PH) de l'axe 1 et l'item du contrôle informel d'un codage rentable par les médecins (CONTR_RENTA_INFORM_PH) de l'axe 3.

Facteur 1 : ce facteur regroupe les items correspondants au contrôle de l'activité par le praticien responsable de pôle sur l'amélioration du codage et la déclaration dans les temps (CONTR_COD_TP_PRP, CONTR_COD_AMEL_PH, CONTR_COD_AMEL_PRP).

Facteur 2 : il est formé des items concernant les contrôles de la rentabilité des codages et de l'envoi des comparatifs d'activités par les administratifs

(CONTR_RENTA_ADM, CONTR_COMP_ADM, CONTR_COMP_PRP, CONTR_COD_RENTA_ADM).

Facteur 3 : il regroupe les items concernant le contrôle informel de la rentabilité des actes par les administratifs et le praticien responsable de pôle

(CONTR_RENTA_INFORM_PRP, CONTR_RENTA_INFORM_ADM).

Facteur 4 : il est formé des items sur les comparatifs d'activité et les contrôles de la rentabilité par les médecins (CONTR_COMP_PH, CONTR_COD_RENT_PH).

Modèle 4 : la structure factorielle demeure à 4 dimensions sans les items CONT_COD_AMEL_PH de l'axe 1, CONT_RENTA_ADM et CONTR_COD_RENT_ADM de l'axe 2.

Facteur 1 : Cet axe représenterait le contrôle de l'optimisation du codage des actes par le praticien responsable du pôle
CONTR_COD_TP_PRP, CONTR_COD_AMEL_PRP.

Facteur 2 : il regroupe les items concernant l'envoi de comparatifs d'activité par les supérieurs
CONTR_COMP_ADM, CONTR_COMP_PRP.

Facteur 3 : il regroupe les items relatifs au contrôle informel d'un codage rentable
CONTR_RENTA_INFORM_PRP, CONTR_RENTA_INFORM_ADM

Facteur 4 : il est constitué des items sur les comparatifs d'activité et les contrôles de la rentabilité par les pairs (CONTR_COMP_PH, CONTR_COD_RENT_PH).

Modèle 5 : le modèle est réduit à trois dimensions, nous supprimons le facteur 4 « Contrôle par les pairs ».

Facteur 1 : CONTR_COD_TP_PRP, CONTR_COD_AMEL_PRP.

Facteur 2 : CONTR_COMP_ADM, CONTR_COMP_PRP.

Facteur 3 : CONTR_RENTA_INFORM_PRP, CONTR_RENTA_INFORM_ADM

Tableau 47 : Indices d'acceptabilité des modèles testés concernant le contrôle de l'activité

INDICES	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
χ^2/dl	11,69	11,83	10,9	6,72	4,97
GFI	0,83	0,85	0,89	0,96	0,98
AGFI	0,75	0,77	0,8	0,9	0,94
RMSEA	0,14	0,14	0,13	0,1	0,08
NFI	0,76	0,78	0,83	0,94	0,97
CFI	0,78	0,79	0,84	0,94	0,98
CAIC	1080,452>772,755	936,616>669,721	620,313>485,732	255,942<264,945	140,213<154,551

Nous pouvons observer que les modèles 1, 2 et 3 ne remplissent pas toutes les conditions d'acceptabilité.

Les GFI des trois modèles (0,833 pour le modèle 1, 0,849 pour le modèle 2 et 0,886 pour le modèle 3) sont satisfaisants car proche du seuil de 0,9. L'observation est identique pour les AGFI qui de 0,753 pour le modèle 1, 0,766 pour le modèle 2 et 0,803 pour le modèle 3.

En revanche, le rapport χ^2/df est de deux fois supérieur à ce qui est préconisé (11,69 pour le modèle 1, 11,83 pour le modèle 2 et 10,9 pour le modèle 3, le seuil d'acceptation étant de 5). Le RMSEA est trop élevé dans les trois modèles testés (0,136 pour le modèle 1, 0,137 pour le modèle 2, 0,131 pour le modèle 3).

Par ailleurs le CAIC du modèle testé est systématiquement supérieur au CAIC du modèle saturé : pour le modèle 1 le CAIC du modèle testé est 1080,452, le seuil du modèle saturé est de 772,755, pour le modèle 2, il est de 936,616 or le seuil d'acceptation est de 669,721. Enfin, pour le modèle 3 620,313, le seuil limite est de 485,732.

Le modèle 4 a de très bons GFI (0,961), AGFI (0,899), NFI (0,936) et CFI (0,944). Egalement le CAIC du modèle testé (255,942) est inférieur au CAIC du modèle saturé (264,945). Toutefois deux indices attirent notre attention : le RMSEA est de 0,1 ce qui est relativement acceptable mais au dessus du seuil d'acceptabilité. De plus, le rapport χ^2/df est légèrement supérieur à 5. Par conséquent une nouvelle re-spécification du modèle semble nécessaire.

Le modèle 5 remplit toutes les conditions d'acceptabilité : le χ^2/df est inférieur à 5, les GFI (0,961), AGFI (0,899), NFI (0,936) et CFI (0,944) sont très satisfaisants, le RMSEA est de 0,083 et le CAIC du modèle testé est de 140,213 c'est à dire plus faible que celui du modèle saturé.

Nous sélectionnons donc ce modèle pour la poursuite de nos analyses.

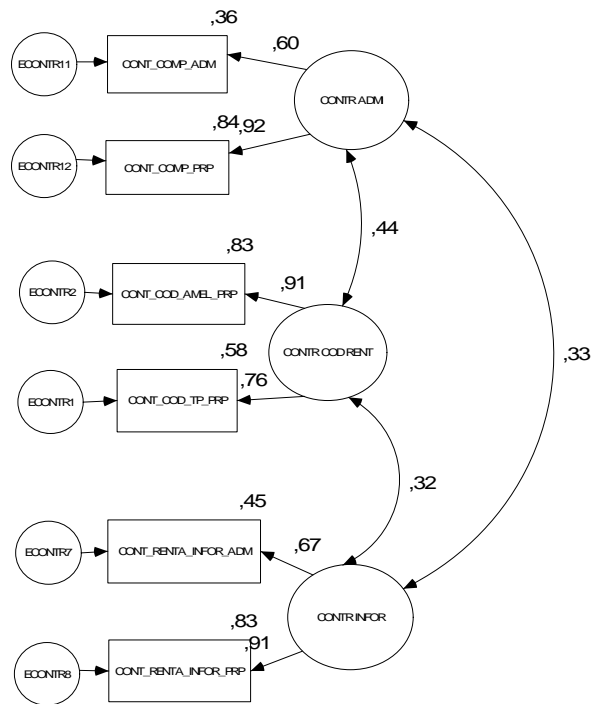


Tableau 48 : Indices de qualité du modèle retenu

INDICES	Modèle 5
χ^2/dl	4,97
GFI	0,98
AGFI	0,94
RMSEA	0,08
NFI	0,97
CFI	0,98
CAIC	140,213 < 154,551

• L'interprétation des axes

Le construit présente trois variables latentes indépendantes. Nous procédons ici à la dénomination finale de ces axes.

Le facteur 1 regroupe les items suivants :

J'ai des injonctions répétant que je dois coder à temps par le PRP	CONT_COD_TP_PRP
Je reçois des mails pour améliorer mon codage par le PRP	CONT_COD_AMEL_PRP

Le facteur 1 semble réunir des items relatifs au contrôle exercé par le praticien responsable du pôle, c'est-à-dire le supérieur hiérarchique direct des praticiens hospitaliers. Il effectuerait des contrôles sur l'optimisation du codage des actes, tant au niveau temporel (déclarer l'activité à temps) que sur l'accroissement quantitatif ou qualitatif du codage. Nous pourrions ainsi proposer de nommer cet axe « **Contrôle par le praticien responsable de pôle de l'optimisation du codage** ».

Le facteur 2 est constitué des items suivants :

Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par l'administration	CONT_COMP_ADM
Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par le PRP	CONT_COMP_PRP

Le facteur 2 se réfère au mode de contrôle effectué par les voies administratives, incluant le praticien responsable de pôle. L'envoi de comparatif de rentabilité peut suggérer que le contrôle de l'activité des médecins se fait, ici, de manière formelle. Il serait possible d'appréhender cet axe comme le « **Contrôle formel de l'activité** ».

Le facteur 3 regroupe les items :

Lors de discussions informelles, la rentabilité de mon activité est abordée par l'administration	CONT_RENTA_INFOR_ADM
Lors de discussions informelles, la rentabilité de mon activité est abordée par le PRP	CONT_RENTA_INFOR_PRP

L'axe 3 est composé d'items indiquant l'existence de discussions informelles relatives à la rentabilité des actes déclarés par les praticiens hospitaliers. C'est pourquoi nous suggérons de nommer cet axe « **Contrôle informel de l'activité** ».

● **Validité convergente et fiabilité du construit de contrôle à l'activité**

Nous pouvons constater que la validité convergente, basée sur le test t de Student, est avérée, toutes les contributions factorielles des items sont significatives au seuil de 5%.

Tableau 49 : Validité convergente du construit de contrôle de l'activité

	Poids de la contribution	Poids de la contribution au carré
Variable latente 1 : Contrôle par le praticien responsable de pôle de l'optimisation du codage		
CONT_COD_TP_PRP	0,76	0,58
CONT_COD_AMEL_PRP	0,91	0,83
Somme des contributions	1,67	1,41
Rhô de Jöreskog		0,83
Rhô de validité convergente		0,7
Alpha de cronbach		0,82
Variable latente 2 : Contrôle formel de l'activité		
CONT_COMP_ADM	0,6	0,36
CONT_COMP_PRP	0,92	0,84
Somme des contributions	1,52	1,2
Rhô de Jöreskog		0,84
Rhô de validité convergente		0,6
Alpha de cronbach		0,71
Variable latente 3 : Contrôle informel de l'activité		
CONT_RENTA_INFOR_PRP	0,91	0,83
CONT_RENTA_INFOR_ADM	0,67	0,45
Somme des contributions	1,59	1,29
Rhô de Jöreskog		0,83
Rhô de validité convergente		0,64
Alpha de cronbach		0,76

Le facteur 1 « **Contrôle par le praticien responsable de pôle de l'optimisation du codage** » présente un Rhô de Jöreskog très satisfaisant de 0,833. Sa validité convergente est de 70,2%, ce qui indique un bon niveau de variance expliquée.

Le facteur 2 « **Contrôle formel de l'activité** » a un Rhô de Jöreskog de 0,842 ce qui est très satisfaisant. De plus, la validité convergente de cet axe est de 60,1%.

Enfin la dimension 3 « **Contrôle informel de l'activité** » a également une forte fiabilité 0,834 et une bonne validité convergente (60,43%).

La validité discriminante entre les facteurs est avérée car la variance des variables latentes est supérieure à la corrélation entre les trois variables latentes.

Tableau 50 : Validité discriminante pour le construit de contrôle de l'activité

	Corrélation entre Variables latentes	Carré de la corrélation	Variance de variable latente
CONTR COD RENT ↔ CONTR ADMI	0,44	0,19	0,7
CONTR COD RENT ↔ CONTR INFOR	0,33	0,11	0,6
CONTR ADMI ↔ CONTR INFOR	0,32	0,1	0,64

Nous pouvons ainsi conserver le construit issu de l'analyse factorielle des correspondances. Cependant, nous devons renommer les axes que nous avons identifié lors de l'analyse exploratoire car le construit a évolué. De plus, nous pouvons observer que les items qui présentaient une distribution dissymétrique (CONT_COMP_PH, CONT_ORGA_ADM, CONT_ORGA_PRP, CONT_ORGA_PH, CONT_RENTA_ADM, CONT_RENTA_PRP, CONT_RENTA_PH, CONT_COMP_PH, CONT_COD_RENT_PH) ont été supprimés de l'échelle suite à son épuration.

2.3. L'analyse factorielle confirmatoire, test de fiabilité et validité discriminante de l'échelle de la manipulation de données

Nous testons l'échelle telle qu'elle est issue de l'Analyse en Composantes Principales menée plus haut.

• La qualité d'ajustement du modèle de la manipulation de données

Les indices de qualité d'ajustements du modèle sont bons. En effet, ce modèle remplit toutes les conditions des critères d'acceptation notamment un RMSEA inférieur à 0,08. Les GFI, NFI et CFI sont supérieurs à 0,9 ce qui est très satisfaisant. Le CAIC du modèle testé est inférieur au CAIC du modèle saturé.

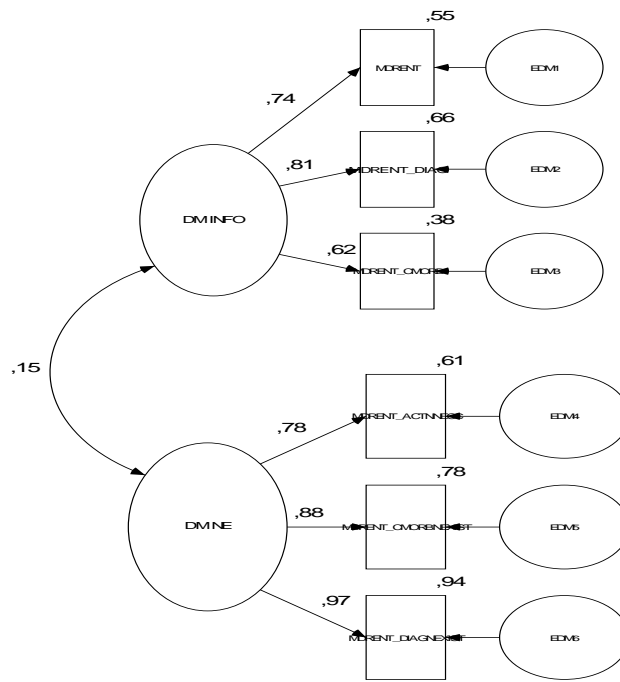


Tableau 51 : Indices de qualité du modèle retenu

INDICES	Critères d'acceptation
X2/dl	4,51
GFI	0,98
AGFI	0,949
RMSEA	0,078
NFI	0,98
CFI	0,984
CAIC	131,768 < 154,551

• L'interprétation des axes

L'interprétation des axes ne sera pas modifiée par rapport à l'analyse exploratoire puisque le construit n'a pas subi de modifications.

Nous conserverons l'appellation d'origine des deux facteurs à savoir : « manipulation de données par le jeu du système d'information » pour le facteur 1 et, pour le facteur 2, « manipulation de données par pseudo production ».

• **Validité convergente et fiabilité du construit de manipulation de données**

La validité convergente du modèle peut être validée si le test de Student associé à chaque contribution factorielle est significatif, c'est-à-dire supérieur à 1,96 au seuil de significativité de 5%. Nous pouvons vérifier cette condition pour l'ensemble des items de l'échelle.

Enfin pour chaque construit, nous pouvons déterminer la fiabilité de la cohérence interne et la variance expliquée.

Tableau 52 : Validité convergente du construit de la manipulation de données

	Poids de la contribution	Poids de la contribution au carré
Variable latente 1 : Manipulation de données par le jeu du système d'information		
MDRENT	0,74	0,55
MDRENT_DIAG	0,81	0,66
MDRENT_CMORB	0,62	0,38
Somme des contributions	2,17	1,59
Rhô de Jöreskog		0,64
Rhô de validité convergente		0,53
Alpha de cronbach		0,77
Variable latente 2 : Manipulation de données par pseudo production		
MDRENT_ACTNNECC	0,78	0,61
MDRENT_CMORBEXIST	0,88	0,78
MDRENT_DIAGEXIST	0,97	0,94
Somme des contributions	2,63	2,33
Rhô de Jöreskog		0,95
Rhô de validité convergente		0,78
Alpha de cronbach		0,91

Le construit « manipulation de données par le système d'information » a un Rhô de Jöreskog de 0,643, sa validité convergente est de 53,1%, le niveau de variance expliquée est de plus de 50%.

Le construit « manipulation de données par pseudo production » présente un Rhô de Jöreskog de 0,953 ce qui est très satisfaisant. De plus, la validité convergente est de 77,6%.

Nous pouvons ainsi adopter le modèle tel que. La validité discriminante entre les facteurs est avérée car les variances des variables latentes (de 0, 53 pour le facteur 1 et de 0,776 pour le

facteur 2). Ces résultats sont supérieurs au carré de la corrélation entre les deux variables (0,0225).

2.4. L'analyse factorielle confirmatoire, test de fiabilité et validité discriminante de l'échelle du conflit de rôle

• La qualité d'ajustement du modèle de conflit de rôle.

Nous procédons à l'analyse factorielle confirmatoire pour le modèle conflit de rôle à 3 dimensions tel qu'il est issu de la phase exploratoire. Les indices d'ajustements sont présentés ci-dessous.

Tableau 53 : Qualité d'ajustement du modèle exploratoire du construit conflit de rôle

INDICES	Critères d'acceptation	Critères d'acceptation
X ² /dl	1,98	<5
GFI	0,989	Proche ou >0,9
AGFI	0,972	Proche ou >0,8
RMSEA	0,041	Proche ou <0,08
NFI	0,937	Proche ou >0,9
CFI	0,967	Proche ou >0,9
CAIC	146,849 < 206,068	CAIC modèle testé < CAIC Modèle saturé

Nous pouvons constater que le modèle issu de l'ACP présente de bons critères d'acceptation. Le χ^2 /dl est de 1,98, les GFI (0,989) et AGFI (0,972) sont nettement supérieurs aux normes souhaitées. Il en est de même pour le NFI (0,937) et CFI (0,967) qui sont bons. De plus, le CAIC du modèle testé (146,849) est inférieur au CAIC du modèle saturé (206,068). Enfin, le RMSEA est de 0,041 ce qui est satisfaisant.

• Validité convergente et fiabilité du construit de conflit de rôle

Nous poursuivons l'analyse en constatant que chaque contribution factorielle a une valeur significative selon le t de Student.

Tableau 54 : Validité convergente du construit de conflit de rôle

	Poids de la contribution	Poids de la contribution au carré
Variable latente 1 : conflit de rôle intra-émetteur		
CR2	0,53	0,28
CR3	0,64	0,41
CR7	0,45	0,2
Somme des contributions	1,61	0,89
Rhô de Jöreskog		0,43
Rhô de validité convergente		0,3
Alpha de cronbach		0,56
Variable latente 2 : conflit de rôle inter-émetteur		
CR4	0,87	0,75
CR6	0,42	0,18
Somme des contributions	1,29	0,93
Rhô de Jöreskog		0,64
Rhô de validité convergente		0,47
Alpha de cronbach		0,54
Variable latente 3 : conflit de rôle personnel		
CR1	0,5	0,25
CR8	0,52	0,27
Somme des contributions	1,02	0,52
Rhô de Jöreskog		0,39
Rhô de validité convergente		0,26
Alpha de cronbach		0,41

L'analyse des trois facteurs donne des résultats qui, dans leur ensemble, ne sont pas satisfaisants. Le Rhô de Jöreskog est de 0,434 pour le facteur « **conflit de rôle intra-émetteur** » et de 0,393 pour le facteur « **conflit de rôle personnel** ».

De plus la validité convergente des construits est faible pour les trois variables latentes : de 0,295 pour l'axe 1 ; 0,465 pour l'axe 2 et 0,259 pour l'axe 3.

Ces résultats peuvent suggérer que le construit doit être re-spécifié.

En procédant à l'analyse discriminante, on peut constater que la variance des variables latentes est parfois inférieure au carré de la corrélation entre les variables latentes. Par conséquent la validité discriminante n'est pas prouvée. Il semble qu'il y ait un chevauchement de construits, ce qui peut justifier les valeurs faibles de fiabilité et de validité convergente.

Tableau 55 : Validité discriminante pour le construit de conflit de rôle

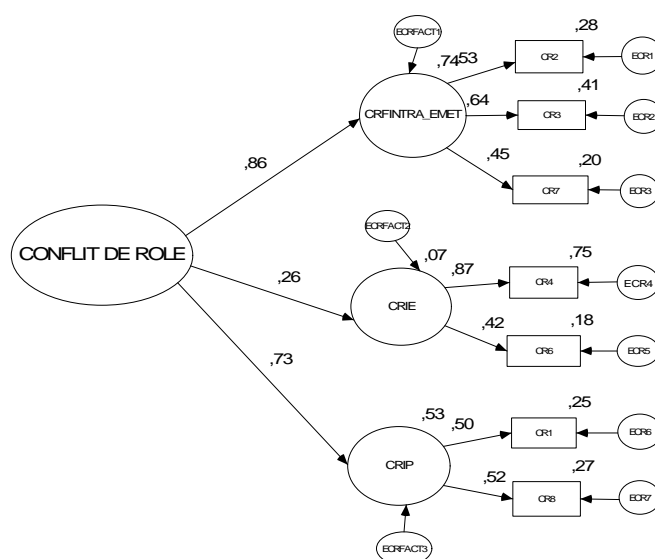
	Corrélation entre Variables latentes	Carré de la corrélation	Variance de variable latente
CRFACT1 ↔ CRFACT2	0,22	0,05	0,29
CRFACT2 ↔ CRFACT3	0,19	0,03	0,47
CRFACT1 ↔ CRFACT3	0,63	0,39	0,26

L'échelle du conflit de rôle de Kahn et al. (1964) ne présente pas un caractère multidimensionnel (Loubès, 1997). C'est pourquoi nous procédons à une analyse factorielle confirmatoire de second ordre.

Les indices d'ajustements sont identiques au modèle précédent et sont satisfaisants.

Les coefficients de régression associés au construit sont tous significatifs selon le test t de Student.

En ce qui concerne la fiabilité du construit agrégé « conflit de rôle » le Rhô de Jöreskog est satisfaisant (0,869). Le rhô de validité convergente est de 45%, il est inférieur au seuil de 50%. Ce résultat peut être expliqué par le fait que de nombreuses critiques ont été émises sur l'échelle de Kahn et al. (1964)¹⁴.



Ainsi, malgré la faiblesse de ce construit nous décidons de le maintenir sous forme de construit de second ordre sous l'appellation « **Conflit de rôle** » constitué de trois dimensions : conflit de rôle personnel (items CR1 et CR8), conflit de rôle inter-émetteur (items CR4 et CR6) et conflit de rôle intra-émetteur (items CR2, CR3, CR4).

¹⁴ Voir la thèse d'Anne Loubès « Contribution à l'étude des tensions de rôles des agents de maîtrise en milieu industriel, une étude empirique » 1997.

J'ai des choses à faire qui devraient être réalisées autrement	CR1
Je travaille pour des choses inutiles	CR8

Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent de façon différente	CR4
Je réalise des choses qui peuvent être acceptées par certaines personnes et rejetées par d'autres	CR6

Je reçois des patients sans infirmières ou aides soignants pour pouvoir les soigner	CR2
Je dois contourner une règle ou des procédures pour pouvoir soigner	CR3
Je soigne des patients sans ressources ni moyens adéquat pour pouvoir l'effectuer	CR7

2.5. L'analyse factorielle confirmatoire, test de fiabilité et validité discriminante de l'échelle de l'ambiguïté de rôle

• La qualité d'ajustement du modèle de l'ambiguïté de rôle.

Nous procédons à l'analyse des qualités d'ajustement du modèle issu de la phase exploratoire.

Le construit, à deux dimensions, issu de l'analyse en composante principale est soumis à l'analyse factorielle confirmatoire.

Tableau 56 : Qualité d'ajustement du modèle exploratoire du construit de l'ambiguïté de rôle

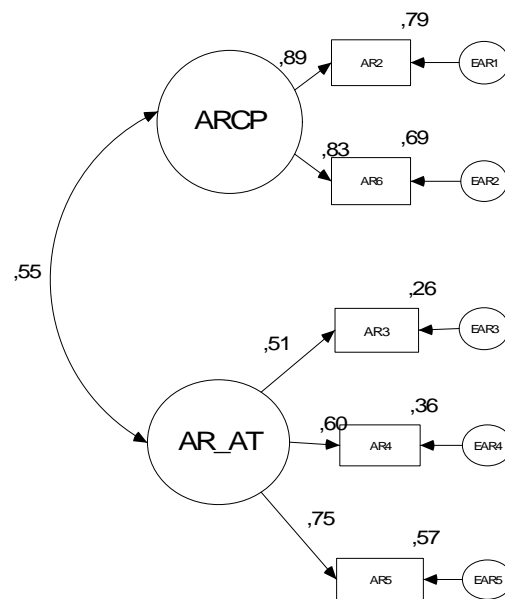
INDICES	Critères d'acceptation	Critères d'acceptation
χ^2/dl	2,1	<5
GFI	0,994	Proche ou >0,9
AGFI	0,979	Proche ou >0,8
RMSEA	0,044	Proche ou <0,08
NFI	0,99	Proche ou >0,9
CFI	0,995	Proche ou >0,9
CAIC	89,362<110,394	CAIC modèle testé<CAIC Modèle saturé

Ce construit remplit tous les critères d'acceptation : χ^2/dl est de 2,1 ce qui est satisfaisant, les GFI et AGFI sont de 0,994 et 0,979 dépassant les seuils d'acceptabilité. Le RMSEA est bon puisqu'il est de 0,044, enfin le CAIC du modèle testé est de 89,362, valeur inférieure à celle du modèle saturé (110,394). Par conséquent les critères d'ajustement sont bons, nous conservons le modèle tel qu'il est issu de l'analyse exploratoire

• L'interprétation des axes

Nous décidons de conserver ce construit tel qu'il est issu de l'ACP.

Aussi, nous n'apportons pas de modification à l'intitulé des facteurs composant le construit de l'ambiguïté de rôle : le facteur 1 sera dénommé « **Ambiguïté de rôle liée aux informations sur le travail** », le facteur 2 : « **Ambiguïté de rôle : attente et tâche** ».



• Validité convergente et fiabilité du construit d'ambiguïté de rôle

L'examen des contributions indique qu'elles sont significatives au terme du test t de Student. La variable latente « ambiguïté de rôle attentes et tâches » présente un rhô de Jöreskog satisfaisant, cependant le construit a une faible validité convergente (0,396). Cet élément peut se justifier car le nombre d'item pour mesurer cette dimension est faible. Le construit « ambiguïté de rôle liée au contenu du poste » indique un bon niveau de fiabilité (0,817). Par

ailleurs la validité convergente permet d'expliquer plus de 73% de la variance, ce qui est satisfaisant.

Tableau 57 : Validité convergente du construit d'ambiguïté de rôle

	Poids de la contribution	Poids de la contribution au carré
Variable latente 1 : Ambiguïté de rôle liée aux informations sur le travail		
AR3	0,51	0,26
AR4	0,6	0,36
AR5	0,75	0,57
Somme des contributions	1,86	1,19
Rhô de Jöreskog		0,66
Rhô de validité convergente		0,4
Alpha de cronbach		0,64
Variable latente 2 : Ambiguïté de rôle : attente et tâche		
AR2	0,89	0,79
AR6	0,83	0,69
Somme des contributions	1,72	1,48
Rhô de Jöreskog		0,82
Rhô de validité convergente		0,74
Alpha de cronbach		0,85

La validité discriminante entre les facteurs indique que la variance des deux variables latentes (de 0,74 et 0,4) est supérieure au carré de la corrélation entre les deux variables (0,3). Par conséquent la validité discriminante peut être validée.

2.6. L'analyse factorielle confirmatoire et test de fiabilité et validité discriminante de l'échelle de l'implication dans l'organisation

• La qualité d'ajustement du modèle de l'implication dans l'organisation.

Nous procédons à l'analyse des qualités d'ajustement du modèle issu de la phase exploratoire.

Le construit a trois dimensions tel qu'il est issu de l'analyse en composante principale.

Nous testons le modèle tel qu'il est issu de notre première analyse.

Tableau 58 : Qualité d'ajustement du modèle exploratoire du construit de l'implication dans l'organisation

INDICES	Critères d'acceptation	Critères d'acceptation
χ^2/df	6,57	<5
GFI	0,935	Proche ou >0,9
AGFI	0,888	Proche ou >0,8
RMSEA	0,098	Proche ou <0,08
NFI	0,858	Proche ou >0,9
CFI	0,876	Proche ou >0,9
CAIC	379,6<404,777	CAIC modèle testé<CAIC Modèle saturé

Les critères d'ajustement du modèle sont corrects dans l'ensemble. En effet, le GFI est de 0,935, de l'AGFI de 0,888, les NFI et CFI sont proches des valeurs seuils et sont respectivement de 0,852 et 0,873. Le CAIC du modèle testé (379,6) est inférieur à celui du modèle saturé (404,777). Le RMSEA est supérieur au niveau requis (0,098), nous allons procéder à une respécification du modèle.

Modèle 1 : nous maintenons notre structure factorielle à trois dimensions (deux affective et une calculée) et procédons à la suppression de l'item IO_C6. Notre modèle présente alors les facteurs suivants

Facteur 1 : la dimension affective concernant l'identification dans la structure (IO_A1, IO_A5, IO-A6, IOA7)

Facteur 2 : la dimension affective relatives aux émotions (IO_A2, IO_A3)

Facteur 3 : la dimension calculée (IO_C2, IO_C3, IO_C4).

Après re-spécification du modèle nous obtenons de meilleurs critères d'ajustement.

Tableau 59 : Qualité d'ajustement après re-spécification du construit de l'implication dans l'organisation

INDICES	Critères d'acceptation
χ^2/dl	3,75
GFI	0,967
AGFI	0,939
RMSEA	0,069
NFI	0,93
CFI	0,948
CAIC	244,458 < 331,181

Les indices d'ajustements du modèle sont bons : χ^2/dl est inférieur à 5, le RMSEA est de 0,069 au lieu de 0,098 dans le précédent modèle, tous les autres critères ont pu être légèrement améliorés. Nous décidons ainsi de retenir ce modèle.

• **L'interprétation des axes**

Nous retenons un construit avec deux dimensions affectives et une dimension calculée:

Le facteur 1 regroupe les items relatifs à l'implication affective.

Je serais très heureux (se) de finir ma carrière dans cet établissement	IO_A1
Je ne me sens pas membre à part entière de cet établissement	IO_A5
Je ne me sens pas attaché affectivement à cet établissement	IO_A6
Cet établissement a une grande signification pour moi.	IO_A7

Nous nommerons cette dimension « **Implication organisationnelle affective-identification** »

Le facteur 2 regroupe les items suivants :

J'aime discuter de cet établissement avec des personnes extérieures	IO_A2
Je ressens les problèmes de cet établissement comme les miens	IO_A3

Cette dimension pourrait correspondre à « **Implication organisationnelle affective-émotion** »

Le facteur 3 regroupe les items de l'implication calculée. Nous nommerons donc cette dimension « **Implication organisationnelle calculée** ». Elle est constituée des items suivants

Ce serait très difficile pour moi de quitter actuellement mon établissement même si je le voulais	IO_C2
Trop de choses dans ma vie seraient perturbées si je décidais de quitter à l'heure actuelle mon établissement	IO_C3
Rester dans cet établissement est autant une nécessité qu'un désir	IO_C4

• **Validité convergente, fiabilité du construit d'implication dans l'organisation**

Toutes les contributions factorielles sont significatives au terme du test t de Student. Nous poursuivons les analyses relatives à la fiabilité, la validité convergente et la validité discriminante.

Tableau 60 : Validité convergente du construit d'implication dans l'organisation

	Poids de la contribution	Poids de la contribution au carré
Variable latente 1 : Implication organisationnelle affective-identification		
IO_A1	0,56	0,32
IO_A5	0,69	0,48
IO_A6	0,78	0,61
IO_A7	0,68	0,47
Somme des contributions	2,71	1,87
Rhô de Jöreskog		0,85
Rhô de validité convergente		0,47
Alpha de cronbach		0,77
Variable latente 2 : Implication organisationnelle affective-émotion		
IO_A2	0,71	0,51
IO_A3	0,52	0,27
Somme des contributions	1,23	0,78
Rhô de Jöreskog		0,52
Rhô de validité convergente		0,39
Alpha de cronbach		0,54
Variable latente 3 : Implication organisationnelle calculée		
IO_C2	0,67	0,44
IO_C3	0,77	0,6
IO_C4	0,52	0,27
Somme des contributions	1,96	1,31
Rhô de Jöreskog		0,61
Rhô de validité convergente		0,44
Alpha de cronbach		0,68

Une première analyse semble indiquer une fiabilité du construit qui est bonne pour le facteur 1 (Rhô de Jöreskog de 0,849), satisfaisante pour le facteur 3 (0,606) en revanche assez faible pour le facteur 2 (0,515). Concernant la validité des construits, les résultats sont faibles et en dessous du seuil de 50%, seuil minimum acceptable. En effet, le facteur 1 explique 46,6% de la variance, le facteur 2 uniquement 38,9% et le facteur 3, 43,6%. Ces résultats faibles pourraient être expliqués, pour le facteur 2, par le fait qu'il n'est mesuré que par deux items. De plus, l'étude de la validité discriminante des construits n'est pas satisfaisante : les facteurs 1 et facteurs 2 présentent une corrélation très forte.

Nous n'avons mesuré dans le concept de l'implication dans l'organisation que deux facettes : l'aspect affectif et l'aspect calculé. Or nos résultats indiquent que les variables latentes identifiées (implication affective-émotion, implication affective-identification et implication calculée) peuvent se chevaucher. Nous procédons à une analyse factorielle confirmatoire de second ordre.

Tableau 61 : Validité discriminante pour le construit de l'implication dans l'organisation

	Corrélation entre Variables latentes	Carré de la corrélation	Variance de variable latente
IOAffecti 1 ↔ IOAffecti2	0,72	0,51	0,47
IOAffecti2 ↔ IOC1	0,38	0,15	0,39
IOAffecti 1 ↔ IOC1	0,44	0,19	0,44

L'analyse factorielle de second ordre permet de *s'assurer que* les dimensions estimées par un facteur de premier ordre définissent bien un construit plus large et plus abstrait, estimé par un facteur de second ordre (Roussel et al. 2002).

En nous basant sur les travaux de Meyer et al. (1993) nous décidons d'identifier un construit de second ordre constitué des deux facteurs liés à l'implication affective et maintenons le facteur implication calculée.

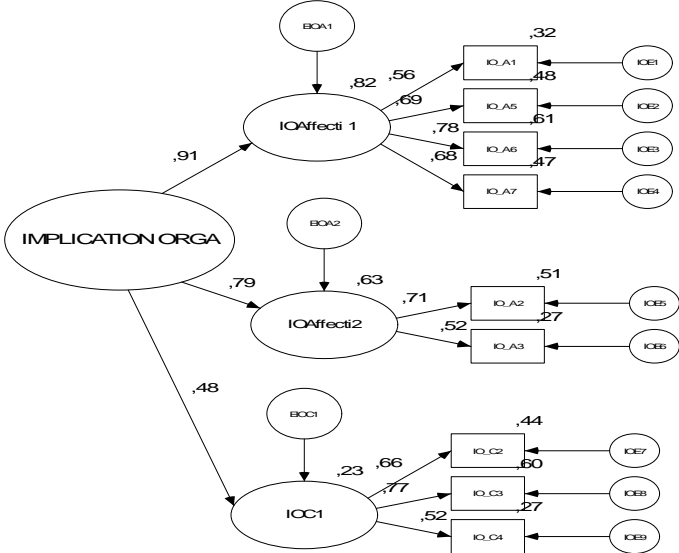
Les indices d'ajustements sont identiques au modèle précédent et sont satisfaisants.

Les coefficients de régression associés au construit sont tous significatifs selon le test t de Student.

En ce qui concerne la fiabilité du construit agrégé « implication organisation » le Rhô de Jöreskog est satisfaisant (0,908). Le rhô de validité convergente est de 55,6%. Ainsi la validité du construit implication organisation est validée : ce construit est constitué de trois dimensions : une dimension affective-identification, une dimension affective-émotion et une dimension calculée.

Nous retiendrons donc un construit de second ordre pour l'implication dans l'organisation dans la poursuite de notre travail.

Ce construit est représenté comme suit :



CONCLUSION DE LA SECTION 3

Dans cette section nous avons procédé aux analyses exploratoires et confirmatoires des instruments de mesure utilisés dans notre recherche. Nous avons pris le soin de respecter rigoureusement les recommandations relatives aux critères d'ajustement de données puisque le test des hypothèses, par la méthode des équations structurelles, requiert, en amont, des construits avec de bons indices d'ajustement.

Par ailleurs, l'intérêt du travail doctoral est également méthodologique. Nous avons donc, suite aux entretiens qualitatifs, procédé à la création d'instruments permettant de mesurer les concepts de pression financière interne, de contrôle de l'activité et de la manipulation de données. Ces trois instruments présentent de bonnes qualités tant que niveau de la validité que de la cohérence interne. Aussi, ces échelles ont été validées bien que nous n'ayons pas procédé à une seconde collecte de données pour confirmer ces mesures.

La mesure du conflit de rôle indique qu'il est composé de trois facteurs ne présentant pas de validité discriminante entre eux. En outre, la mesure de l'implication dans l'organisation a révélé trois sous-dimensions dont deux reliées à l'aspect affectif. Comme dans le cas du conflit de rôle, les sous dimensions de l'implication dans l'organisation n'ont pas permis de considérer ce construit comme composé de trois variables latentes indépendantes. Par conséquent, nous avons procédé à l'élaboration de construits de second ordre pour le conflit de rôle et pour l'implication dans l'organisation.

Les construits étant posés et validés, nous pouvons procéder au test des hypothèses selon la méthode des équations structurelles.

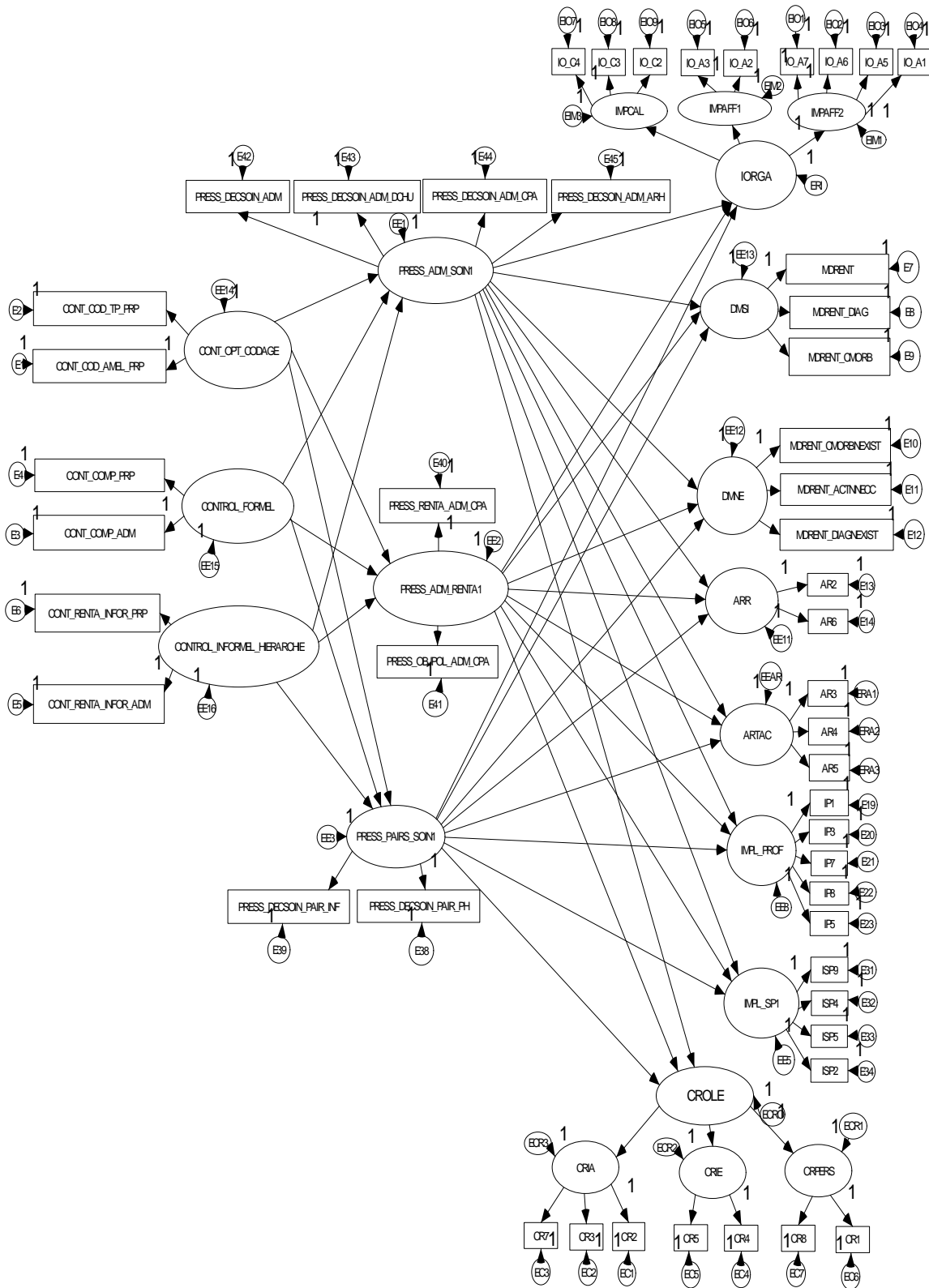
SECTION 4 : TEST DES HYPOTHESES ET DISCUSSIONS

L'objectif est maintenant de tester les hypothèses de notre recherche en envisageant un déterminant et les conséquences de la pression financière interne. Nous rappelons que la variable centrale est la pression financière interne.

Nous comptons tester un déterminant : le contrôle de l'activité, des conséquences, le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle, l'implication dans l'organisation, la profession et le service public et la manipulation de données.

Avant de tester les hypothèses de recherches et de les discuter nous devons procéder au test du modèle de recherche.

Figure 26 : Test du modèle de recherche.



1. ANALYSES PREALABLES

Nous étudierons les critères d'ajustement du modèle de la recherche puis vérifierons l'acceptabilité des estimations.

• Les critères d'ajustement du modèle de la recherche.

En premier lieu, nous nous assurons que le modèle remplit les critères d'ajustements avant de procéder aux interprétations et tests des hypothèses de recherche.

Tableau 62 : Critères d'ajustement du modèle testé.

INDICES	Critères d'acceptation	Critères d'acceptation
χ^2 /dl	2,626	<5
GFI	0,818	Proche ou >0,9
AGFI	0,796	Proche ou >0,8
RMSEA	0,053	Proche ou <0,08
NFI	0,776	Proche ou >0,9
PNFI	0,722	La plus forte possible
CFI	0,843	Proche ou >0,9
CAIC	3981,895<9383,457	CAIC modèle testé<CAIC Modèle saturé

Les indices de qualité d'ajustements du modèle sont bons. En effet, ce modèle remplit tous les critères d'acceptation notamment avec un RMSEA de 0,053. Le GFI est de 0,818 ce qui est proche du seuil de 0,9, l'AGFI de 0,796 est également proche du seuil de 0,8.

Le NFI est de 0,776, le PNFI est de 0,722 et le CFI de 0,843 est peu éloigné du seuil de 0,9. Le CAIC du modèle testé est inférieur au CAIC du modèle saturé.

Par conséquent, la qualité d'ajustement entre les données et le modèle testé est satisfaisante.

De ce fait, nous pouvons accepter le modèle et procéder aux interprétations des estimations linéaires.

• **La vérification de l'acceptabilité des estimations.**

La vérification de l'acceptabilité des estimations doit s'effectuer sur les points suivants (Roussel et al, .2002) :

- l'absence de variances négatives ou coefficients standardisés supérieurs à 1 « Estimate » ;
- la significativité des coefficients de régression (CR) qui pour être significatifs doivent être supérieurs au seuil de signification (t=1,96) selon Roussel et al. (2002).

Les résultats sont présentés dans le tableau 63 suivant.

Tableau 63 : Les résultats du modèle de la recherche

			Estimate	S.E.	C.R.	P
PRESS_ADM_SOIN1	←	CONT_OPT_CODAGE	0,078	0,066	1,554	0,12
PRESS_ADM_SOIN1	←	CONTROL_FORMEL	0,066	0,117	1,154	0,249
PRESS_ADM_SOIN1	←	CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,276	0,097	5,013	***
PRESS_ADM_RENTA1	←	CONT_OPT_CODAGE	0,152	0,082	3,007	0,003
PRESS_ADM_RENTA1	←	CONTROL_FORMEL	0,147	0,145	2,588	0,01
PRESS_ADM_RENTA1	←	CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,27	0,121	4,883	***
PRESS_PAIRS_SOIN1	←	CONT_OPT_CODAGE	0,09	0,067	1,655	0,098
PRESS_PAIRS_SOIN1	←	CONTROL_FORMEL	0,016	0,118	0,27	0,787
PRESS_PAIRS_SOIN1	←	CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,194	0,097	3,343	***
CROLE	←	PRESS_PAIRS_SOIN1	0,017	0,012	0,283	0,777
CROLE	←	PRESS_ADM_RENTA1	0,183	0,011	2,658	0,008
CROLE	←	PRESS_ADM_SOIN1	0,528	0,021	4,967	***
IORGA	←	PRESS_PAIRS_SOIN1	0,063	0,035	0,84	0,401
IORGA	←	PRESS_ADM_RENTA1	0,173	0,028	2,155	0,031
IORGA	←	PRESS_ADM_SOIN1	-0,058	0,034	-0,743	0,457
ARR	←	PRESS_PAIRS_SOIN1	-0,057	0,043	-1,148	0,251
ARR	←	PRESS_ADM_RENTA1	0,02	0,033	0,397	0,691
ARR	←	PRESS_ADM_SOIN1	0,214	0,043	4,081	***
ARTAC	←	PRESS_PAIRS_SOIN1	0,034	0,032	0,593	0,553
IMPL_SP1	←	PRESS_PAIRS_SOIN1	-0,074	0,046	-1,339	0,18
IMPL_SP1	←	PRESS_ADM_RENTA1	0,112	0,035	2,002	0,045
IMPL_SP1	←	PRESS_ADM_SOIN1	-0,078	0,046	-1,359	0,174
IMPL_PROF	←	PRESS_PAIRS_SOIN1	-0,023	0,05	-0,452	0,651
IMPL_PROF	←	PRESS_ADM_RENTA1	-0,004	0,038	-0,072	0,943
IMPL_PROF	←	PRESS_ADM_SOIN1	-0,173	0,049	-3,224	0,001
ARTAC	←	PRESS_ADM_RENTA1	-0,089	0,025	-1,502	0,133
ARTAC	←	PRESS_ADM_SOIN1	0,306	0,035	4,58	***
DMSI	←	PRESS_ADM_SOIN1	0,055	0,052	0,962	0,336
DMNE	←	PRESS_ADM_SOIN1	0,215	0,029	4,174	***
DMSI	←	PRESS_ADM_RENTA1	0,169	0,041	3,025	0,002
DMNE	←	PRESS_ADM_RENTA1	-0,016	0,022	-0,32	0,749
DMSI	←	PRESS_PAIRS_SOIN1	0,11	0,054	1,962	0,05
DMNE	←	PRESS_PAIRS_SOIN1	0,158	0,031	2,99	0,003

***significatif pour $p < 0,05$

Nous pouvons constater que nous n'avons pas de variances négatives ni de coefficients standardisés supérieurs à 1. Aussi, nous pouvons procéder à l'analyse de nos résultats.

2. LES RESULTATS DE LA RECHERCHE

L'analyse de la significativité des coefficients de régression nous indique que toutes les relations ne sont pas significatives au seuil de 5%. **Par conséquent, toutes nos hypothèses ne sont pas confirmées.**

→ **Le contrôle de l'activité a un impact positif sur la pression financière interne.**

Lors de notre enquête exploratoire, nous avons mis en lumière le fait que les contrôles pouvaient être formels, informels et se concentraient sur le contrôle de la rentabilité de l'activité. De plus, nous avons supposé que les contrôles exercés créent un sentiment de pression financière interne. En déclinant la pression perçue comme étant une pression provenant de l'administration sur la rentabilité de l'activité, ou une pression administrative sur les décisions de soins ou encore une pression exercée par les pairs sur les décisions de soins, notre modèle teste les relations entre ces déclinaisons du contrôle de l'activité et ces déclinaisons de la pression financière interne.

Les résultats obtenus ne coïncident pas toujours avec les hypothèses que nous avons posées. Nous trouvons que la corrélation liant **le contrôle de l'optimisation du codage par le praticien responsable de pôle à la pression administrative sur les soins n'est pas significative** au seuil $p < 0,05$ (le T de Student est de 1,554). Par conséquent, cette hypothèse est rejetée.

H1.a. le contrôle de l'optimisation du codage est positivement associé à la pression exercée par les administratifs sur les soins.	REJETEE NS
--	------------

La corrélation liant **l'optimisation du codage par le praticien responsable de pôle et la pression administrative à la rentabilité est significative** au seuil $p < 0,05$, la valeur du test T de Student (CR) est de 3,007. Le poids de la corrélation est de 0,152 ce qui signifie que **lorsque le contrôle de la rentabilité est effectué par le praticien responsable de pôle, cela génère un sentiment de pression** mis par la sphère administrative.

H1.b. le contrôle de l'optimisation du codage est positivement associé à la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité.	VALIDEE
---	---------

La dimension du contrôle concernant l'optimisation du codage par le praticien responsable de pôle n'a pas une corrélation significative au seuil de 5% **avec la pression exercée par les pairs** sur les décisions de soins, le t du test de Student est de 1,655. Aussi, cette hypothèse peut être rejetée. En effet, il ne semble pas que les contrôles exercés par le praticien responsable de pôle accroissent la pression ressentie par les pairs, ce qui pourrait confirmer que les médecins perçoivent le praticien responsable de pôle dans son rôle de manager.

H1.c. le contrôle de l'optimisation du codage par le praticien responsable de pôle est positivement associé à la pression exercée par le monde médical sur les décisions de soins.	REJETEE NS
--	------------

Le poids de la corrélation entre le **contrôle formel exercé et la pression administrative sur les soins n'est pas significatif** car le Test de Student CR est de 1,154 et inférieur à 1,96. Cette hypothèse n'est donc pas validée.

H1.d. le contrôle formel par la hiérarchie est positivement associé à la pression exercée par les administratifs sur les soins.	REJETEE, NS
---	-------------

La corrélation entre le **contrôle formel exercé par le praticien responsable de pôle et le directeur administratif du pôle est significative** ($t = 3,007$) et positive. Le poids de la

corrélation est de 0,152 : le contrôle formel effectué a un impact positif sur la pression ressentie provenant des administratifs. L'hypothèse est ainsi validée.

H1.e. le contrôle formel par la hiérarchie est corrélé positivement à la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité.	VALIDEE
--	---------

La corrélation entre le contrôle formel exercé par la hiérarchie et la pression provenant du monde médical sur les soins n'est pas significative, le t de Student est de 0,27. L'hypothèse est donc rejetée.

H1.f. le contrôle formel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression exercée par le monde médical sur les décisions de soins.	REJETEE NS
---	------------

Toutefois, les résultats concernant le contrôle informel sont tous significatifs.

Le contrôle informel par la hiérarchie, à l'occasion de réunions informelles par exemple est significatif (CR de 5,013) et positivement corrélé (0,276) à la pression perçue sur la rentabilité émise par les administratifs. L'hypothèse est donc validée.

H1.g. le contrôle informel par la hiérarchie est corrélé positivement à la pression exercée par les administratifs sur les soins.	VALIDEE
---	---------

Le contrôle informel exercé par la hiérarchie est significativement et positivement (0,27) corrélé à la pression administrative à la rentabilité (T de Student de 4,883). Ce qui signifie que plus le contrôle informel est exercé par la hiérarchie, plus les médecins ressentent un sentiment de pression à la rentabilité provenant des administratifs.

H1.h. le contrôle informel par la hiérarchie est corrélé positivement à la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité.	VALIDEE
--	---------

Le contrôle informel par la hiérarchie est aussi significatif sur la pression perçue par le monde médical. La corrélation présente un t de Student de 3,343 et un poids de 0,194. Par conséquent l'hypothèse est validée

H1.i. le contrôle informel par la hiérarchie est corrélé positivement à la pression exercée par le monde médical sur les décisions de soins.	VALIDEE
--	---------

→**La pression financière interne et le conflit de rôle.**

Les résultats concernant les corrélations entre pression financière interne et le conflit de rôle ne sont pas tous significatifs.

Le résultat est significatif ($T= 4,967$) pour le lien entre la pression administrative sur les soins et le conflit de rôle. De plus, la corrélation est assez forte (0,528). On peut alors conclure que l'hypothèse est validée

H2.a. la pression exercée par les administratifs concernant les soins est corrélée positivement au conflit de rôle	VALIDEE
--	---------

Les pressions administratives concernant la rentabilité des actes sont corrélées au construit de second ordre, conflit de rôle (2,658). La corrélation est positive et son poids est de 0,183. Aussi, cette hypothèse est validée.

H2.b. la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité est corrélée positivement au conflit de rôle.	VALIDEE
---	---------

En revanche, les pressions perçues, provenant du milieu médical ne sont pas significatives. (le t de Student est de 0,283). Par conséquent cette hypothèse n'est pas validée.

H2.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins est corrélée positivement au conflit de rôle. REJETEE NS

→**La pression financière interne et l'ambiguïté de rôle.**

Concernant l'ambiguïté de rôle, nous avons décidé de ne pas agréger ce construit en variable de second ordre car la validité discriminante entre les deux axes de l'AFC nous a permis de conserver le construit en deux sous dimensions.

Nous constatons que la pression administrative exercée sur les soins est corrélée de manière significative (t de Student de 4,081) et positive (0,214) à l'ambiguïté de rôle concernant la variable latente « ambiguïté de rôle information sur le travail. ». Cela pourrait s'expliquer par le fait que les médecins ne comprennent pas ce qu'attendent les administratifs en s'immiscant dans les soins à dispenser.

Par ailleurs, la pression administrative exercée sur les soins et l'ambiguïté de rôle concernant les attentes et la tâche sont significativement (t de Student : 4,58) et positivement corrélées (0,306). L'ambiguïté semble plus marquée pour cette dimension du concept que pour les informations concernant le travail.

H3.a. la pression exercée par les administratifs sur les soins est corrélée positivement à l'ambiguïté de rôle. VALIDEE

Lorsque l'on observe les corrélations entre pression administrative à la rentabilité et les deux volets de l'ambiguïté de rôle on s'aperçoit que, contrairement aux attentes, les résultats ne sont pas significatifs, et ce, quelque soit le facteur de l'ambiguïté de rôle (test de Student de 0,397 pour le facteur « ambiguïté de rôle : information sur le travail » et de -1,502 pour le facteur « ambiguïté de rôle attentes et tâches »). Aussi, l'hypothèse est rejetée

H3.b. la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité est corrélée positivement à l'ambiguïté de rôle. REJETEE NS

Concernant les relations entre la pression exercée par le monde médical sur les soins et les deux formes d'ambiguïté de rôle, nous ne trouvons pas également de relations significatives : le t du test de Student est de -1,148 pour la corrélation entre la pression exercée par le monde médical et l'ambiguïté liée aux informations sur le travail. Pour le lien entre pression provenant du monde médical et ambiguïté de rôle attentes et tâches le t de Student est de 0,539.

H3.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins est corrélée positivement à l'ambiguïté de rôle.	REJETEE NS
---	------------

→ **La pression financière interne et l'implication dans la profession.**

L'examen du lien entre la pression administrative sur les soins et l'implication dans la profession montre que ce dernier est significatif (T de Student de -3,224), et négatif, le poids de la corrélation étant de -0,173.

Ce résultat ne confirme pas notre hypothèse de départ et montre que la pression exercée par le milieu administratif et plus précisément la hiérarchie administrative a un impact négatif sur l'implication dans la profession.

H4.a. la pression exercée par les administratifs sur les soins n'est pas corrélée à l'implication dans la profession.	REJETEE, CORRELATION NEGATIVE
---	-------------------------------

La corrélation entre la pression administrative sur la rentabilité et l'implication dans la profession montre que cette dernière est non significative (t de Student de -0,072) ce qui confirme l'hypothèse posée.

H4.b. la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité n'est pas corrélée à l'implication dans la profession	VALIDEE
---	---------

Le test t de Student est de -0,452, ce qui indique que la corrélation entre la pression provenant du monde médical et l'implication professionnelle du praticien hospitalier n'est pas significative.

Nous pensons que les médecins seraient plus sensibles à la pression lorsqu'elle provient des individus qui partagent les mêmes valeurs, or, au vu des résultats, notre hypothèse est rejetée.

H4.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins est corrélée positivement à l'implication dans la profession	REJETEE NS
---	------------

→**La pression financière interne et l'implication dans l'organisation.**

La pression administrative sur les soins et l'implication dans l'organisation n'a pas de significativité car le t du test de Student est de -0,734.

Par conséquent, la pression exercée sur ce domaine n'a pas d'impact sur l'implication dans l'établissement.

Nous avons supposé une corrélation négative, notre hypothèse n'est donc pas validée.

H5.a. la pression exercée par les administratifs sur les soins a un impact négatif sur l'implication dans l'organisation.	REJETEE NS
---	------------

L'examen du t du test de Student relatif à la corrélation entre les variables latentes pression administrative à la rentabilité et l'implication dans l'organisation nous indique que la relation est significative ($t= 2,155$). Or contrairement à ce que nous avons prévu cette relation est positive, le poids de la corrélation est de 0,173.

H5.b. la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité est corrélée négativement à l'implication dans l'organisation.	REJETEE, CORRELATION POSITIVE
--	-------------------------------

La corrélation entre la pression exercée par la sphère médicale sur les soins n'est pas, contrairement à nos attentes, significative, le t de Student étant de -0,84, l'hypothèse est donc rejetée.

H5.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins est corrélée négativement à l'implication dans l'organisation.	REJETEE NS
---	------------

→**La pression financière interne et l'implication dans le service public.**

L'examen de la significativité de la corrélation ($t = -1,359$) entre la pression provenant des administratifs orientée sur les soins et l'implication dans le service public des praticiens hospitalier montre que cette pression n'a pas d'incidence sur cette forme d'implication.

H6.a. la pression exercée par les administratifs sur les soins est corrélée négativement à l'implication dans le service public	REJETEE NS
---	------------

La relation entre la pression administrative sur la rentabilité et l'implication dans le service public indique une corrélation significative et positive. Le degré de significativité est de 2,002 et le poids de la corrélation entre ces deux éléments est de 0,112. En revanche, contrairement à ce que nous avons prévu, la corrélation est positive et non négative.

H6.b. la pression exercée par les administratifs à la rentabilité est corrélée négativement à l'implication dans le service public.	REJETEE, POSITIVE
---	-------------------

On peut constater, en revanche que la pression provenant des autres praticiens hospitaliers et infirmiers sur les décisions de soins et l'implication dans le service public ne sont pas corrélées, le t de Student étant de -1,339. Nous ne pouvons donc pas valider l'hypothèse posée.

H6.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact négatif sur l'implication dans le service public	REJETEE NS
---	------------

→**La pression financière interne et la manipulation de données**

La première dimension de la manipulation de données « utilisation du système d'information » et la variable pression administrative sur les soins ne présentent pas de corrélation significative (t de Student de 0,962). En revanche, la seconde dimension de la manipulation de données et la pression administrative sur les soins sont significativement corrélées (4,174) avec un poids de corrélation de 0,215. Aussi, l'hypothèse est partiellement validée. Plus la pression administrative sur les soins serait importante, plus les médecins auraient tendance à utiliser le PMSI en créant de la pseudo production.

H7.a. la pression exercée par les administratifs sur les soins est corrélée positivement à la manipulation de données.	VALIDEE PARTIELLEMENT
--	-----------------------

La pression administrative sur la rentabilité présente un lien significatif (t de Student de 3,025) et positif (corrélation de 0,169) avec la manipulation de données du système d'information. Néanmoins, le lien entre pression administrative à la rentabilité et manipulation de données par pseudo production n'est pas significatif (t de Student de -0,32). Par conséquent l'hypothèse est partiellement validée.

H7.b. la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité est corrélée positivement à la manipulation de données.	VALIDEE PARTIELLEMENT
---	-----------------------

Enfin, la pression provenant du monde médical est significativement et positivement corrélée avec la manipulation de données quelque soit sa forme (Manipulation de données par le système d'information, test de Student de 1,962, poids de la corrélation 0,11 ; manipulation de données par création de pseudo production test de Student de 2,99, poids de la corrélation 0,158).

H7.c. la pression exercée par le monde médical sur les soins est corrélée positivement à la manipulation de données.	VALIDEE
--	---------

Ainsi, nous retrouvons ici les mêmes résultats que ceux de Merchant (1990) et Hopwood (1972). Toutefois, il est intéressant de noter que lorsque la pression provient du milieu médical, la manipulation de données se fait à la fois par l'utilisation du système d'information mais aussi par la création d'une pseudo-production. En revanche, une pression administrative sur les décisions de soins oriente davantage les médecins vers une manipulation par pseudo production et une pression administrative à la rentabilité les oriente vers une manipulation par l'utilisation du système d'informations.

Tableau 64 : Synthèse des résultats de la recherche

H1.a.	Le contrôle de l'optimisation du codage a un impact positif sur la pression exercée par les administratifs sur les soins.	NS
H1.b.	Le contrôle de l'optimisation du codage a un impact positif sur la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité.	VALIDEE
H1.c.	Le contrôle de l'optimisation du codage a un impact positif sur la pression exercée par le monde médical sur les décisions de soins.	NS
H1.d.	Le contrôle formel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression exercée par les administratifs sur les soins.	NS
H1.e.	Le contrôle formel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité	VALIDEE
H1.f.	Le contrôle formel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression exercée par le monde médical sur les décisions de soins.	NS
H1.g.	Le contrôle informel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression exercée par les administratifs sur les soins.	VALIDEE
H1.h.	Le contrôle informel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression exercée par les administratifs sur la rentabilité	VALIDEE
H1.i.	Le contrôle informel par la hiérarchie a un impact positif sur la pression exercée par le monde médical sur les décisions de soins.	VALIDEE
H2.a.	La pression exercée par les administratifs sur les soins a un impact positif sur le conflit de rôle	VALIDEE
H2.b.	La pression exercée par les administratifs sur la rentabilité a un impact positif sur le conflit de rôle	VALIDEE
H2.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur le conflit de rôle.	NS
H3.a.	La pression exercée par les administratifs sur les soins a un impact positif sur l'ambiguïté de rôle.	VALIDEE
H3.b.	La pression exercée par les administratifs sur la rentabilité a un impact positif sur l'ambiguïté de rôle	NS
H3.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur l'ambiguïté de rôle.	NS
H4.a.	La pression exercée par les administratifs sur les soins n'a pas d'impact sur l'implication affective dans la profession	REJET Corrélation négative
H4.b.	La pression exercée par les administratifs sur la rentabilité n'a pas d'impact sur l'implication affective dans la profession	VALIDEE
H4.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur l'implication affective dans la profession	NS
H5.a.	La pression exercée par les administratifs sur les soins a un impact négatif sur l'implication dans l'organisation	NS
H5.b.	La pression exercée par les administratifs sur la rentabilité a un impact négatif sur l'implication dans l'organisation	REJET Corrélation positive
H5.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact négatif sur l'implication dans l'organisation	NS
H6.a.	La pression exercée par les administratifs sur les soins a un impact négatif sur l'implication affective dans le service public	NS
H6.b.	La pression exercée par les administratifs sur la rentabilité a un impact négatif sur l'implication affective dans le service public	REJET Corrélation positive
H6.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact négatif sur l'implication affective dans le service public	NS
H7.a.	La pression exercée par les administratifs sur les soins a un impact positif sur la manipulation de données.	VALIDEE PARTIELLEMENT
H7.b.	La pression exercée par les administratifs sur la rentabilité a un impact positif sur la manipulation de données.	VALIDEE PARTIELLEMENT
H7.c.	La pression exercée par le monde médical sur les soins a un impact positif sur la manipulation de données.	VALIDEE

Ces résultats appellent une discussion au regard de l'étude exploratoire mais également de la littérature.

3. DISCUSSION DES RESULTATS AU REGARD DE L'ANALYSE DE LA LITTERATURE ET DES CONCLUSIONS DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE

La discussion que nous allons maintenant mener autour des résultats s'articule en trois volets : la compréhension de la pression financière interne dans l'organisation hospitalière public puis ses effets sur les attitudes et sur les comportements des praticiens hospitaliers.

→ La pression financière interne

La littérature sur les effets du contrôle des résultats regroupée sous le label RAPM, s'est, en partie, concentrée sur les relations entre tensions de rôle et RAPM. L'objectif des travaux menés visaient davantage à trancher le débat entre Hopwood (1972) et Otley (1978) qui avaient obtenus, l'un dans un centre de coût, l'autre dans un centre de profit, des résultats contradictoires.

Ces recherches analysaient soit les styles de direction en général, soit des styles de direction où le budget et l'atteinte des objectifs budgétaires étaient importants. Partant de l'hypothèse que dans l'organisation, il existait un effet de contagion, les travaux se sont centrés exclusivement d'une part sur le manager et la perception qu'il a du budget et, d'autre part sur les pressions qu'il subit.

Par ailleurs, les travaux, dans l'opérationnalisation du RAPM, ne se sont pas penchés sur les sources de cette pression ni sur son objet.

En outre, les recherches menées n'ont pas porté sur les opérationnels dans l'organisation.

Enfin, le RAPM a été fortement critiqué tant pour son manque de clarté conceptuelle que pour son opérationnalisation parfois peu probante.

C'est pourquoi, il nous semblait intéressant de centrer notre recherche sur les effets du contrôle par les résultats.

L'introduction d'une logique économique reliant le financement et l'activité dans le secteur hospitalier public combiné à une nouvelle gouvernance par la création de pôles semble remplir toutes les conditions pour la mise en place d'un contrôle par les résultats.

Les pôles pourraient ainsi être considérés comme des centres de profits qui vont, en fonction de l'activité qu'ils déclarent, percevoir une enveloppe budgétaire.

Ainsi, ce renouveau dans le mode de financement hospitalier nous conduit à nous interroger sur les effets du contrôle par les résultats.

A la suite de notre étude exploratoire, nous avons pu constater que le RAPM se manifestait par l'existence de pressions financières internes. En ce point, nous rejoignons les résultats de l'étude exploratoire de Besson et al. (2004) qui indique que le RAPM vu sous l'angle de la pression budgétaire est collective.

Toutefois, il semble qu'une **nuance puisse être apportée au concept de RAPM**, dans ce secteur : il ne s'agirait pas d'une pression budgétaire au sens strict, c'est-à-dire de l'atteinte d'objectifs comptables prédéfinis dans le budget, mais la pression serait, dans notre cas, de nature financière.

Egalement, notre étude exploratoire révèle que la pression provient de différentes sources et portent sur différents objets.

L'étude confirmatoire, atteste ces résultats puisque nous avons retrouvé, tout d'abord, une pression financière portant sur la rentabilité des actes, une pression financière provenant des médecins et infirmiers sur les décisions de soins et enfin une pression financière de la part de la chaîne hiérarchique et portant sur les décisions de soins.

Ainsi, nous pouvons effectivement conclure que la **pression est présente à tous les niveaux de l'organisation**, l'effet de contagion n'étant pas comme l'avait indiqué Hopwood (1973) uniquement vertical. Elle paraît provenir des niveaux descendant mais également horizontal voire même ascendant. La pression financière provient des supérieurs directs et indirects, des médecins et des infirmiers.

S'il l'on considère la hiérarchie existant dans le milieu médical, comme l'indique les travaux de Sainsaulieu (2007) et le confirme un des médecins interrogé, les infirmiers ne sont pas au même niveau hiérarchique que les médecins : ils assistent les médecins. C'est pourquoi nous parlons de pression ascendante.

Le médecin, qui est un opérationnel dans l'organisation hospitalière, ressentirait plusieurs sources de pressions alors qu'il ne dispose pas de responsabilités managériales.

Or, Argyris (1953) dans ces travaux a montré que le manager était au centre des pressions ressenties et se trouvait positionné à l'interface entre les supérieurs et ses subordonnés.

Notre étude révèle que les opérationnels seraient également au centre ascendant, descendant ou horizontal de pression financière. C'est pourquoi, on pourrait penser que les pressions financières sont « dans l'air » au sein de l'organisation. Elles ne proviennent pas, dans notre cas, uniquement du supérieur direct mais de l'intérieur de l'organisation et ainsi de plusieurs de ces acteurs.

Si les sources sont multiples, les objets de la pression financière pourraient également être nombreux. L'essentiel des travaux précédemment menés sur le sujet se concentre sur les objectifs budgétaires comme les résultats à atteindre ou les dépenses à ne pas dépasser. Notre étude indiquerait que les **pressions financières internes pourraient porter sur d'autres facettes** que le fait d'atteindre un résultat comptable. En effet, d'une part, les pressions financières porteraient, dans l'hôpital public, sur le fait d'être rentable. Rentable, dans ce cas, pourrait signifier faire davantage d'actes médicaux mais aussi réaliser des actes médicaux qui génèrent davantage de ressources.

D'autre part, l'étude révèle que le sentiment de pression financière interne porterait sur les décisions de soins. Un des médecins nous indique qu'il pratique le jeu des chaises tournantes en faisant sortir un malade au bout de 19 jours afin de ne pas perdre de ressources, et pour le faire rentrer quelques jours après. Ce procédé touche bien les décisions de soins puisque l'interrogé précise que ces sorties sont faites alors que le patient devrait rester davantage de temps hospitalisé « on essaie de le faire tenir quelques jours ».

Sur ce point, les résultats confirmatoires de notre étude font rejaillir que ces pressions financières sur les décisions de soins proviendraient de la chaîne hiérarchique administrative mais également du monde médical.

En conséquence, **la pression financière interne est une pression possédant différentes facettes et provenant de divers acteurs de l'organisation, c'est pourquoi nous parlons de pression financière interne et non de RAPM.**

→ **Pression financière interne et contrôle de l'activité**

L'introduction de la tarification à l'activité s'accompagne dans certains établissements de la mise en place de contrôles de l'activité.

L'étude exploratoire, indique que lorsque les établissements mettent en place des contrôles d'activité, un sentiment de pression financière interne peut apparaître chez le praticien hospitalier. Ces résultats méritent d'être nuancés au regard de notre étude confirmatoire.

En effet, nous pouvons nous rendre compte qu'en **fonction de la voie de transmission du contrôle**, cela génère un sentiment de pression plus ou moins étendu.

Notre étude indique que les contrôles exercés par une voie formelle sur l'activité ou exercés par le praticien responsable de pôle, engendrent un sentiment de pression financière interne liée à la déclaration de l'activité.

De plus, lorsque les contrôles portent sur l'optimisation du codage, ce même sentiment de pression financière à être rentable apparaît. Ces contrôles n'ont néanmoins, dans notre cas, pas d'influence sur la pression financière interne concernant les décisions de soins.

En revanche, lorsque les contrôles du codage s'effectuent de manière informelle, et proviennent de diverses sources, le médecin perçoit une pression financière non seulement sur le fait de déclarer des actes rentables mais également sur ses décisions de soins.

Ce résultat nous paraît important quant aux voies de contrôles exercées et à leurs impacts. Il semble que le médecin, lorsque les contrôles se font par voie formelle ou mails, comprenne que ces contrôles concernent uniquement la déclaration de son activité et de ce fait, ressent une pression financière interne. En revanche lorsque les contrôles sont évoqués à l'occasion de réunions ou de discussions, toutes les facettes de la pression financière interne apparaissent.

Aussi, ces résultats pourraient suggérer que **la voie de communication est un élément déterminant de la pression financière interne**. Les praticiens hospitaliers semblent plus sensibles au contrôle par la communication informelle que par les voies plus traditionnelles généralement utilisées par les administratifs.

Cela pourrait s'expliquer de différentes façons. Le médecin, de part son appartenance professionnelle, est sensibilisée au mode de communication informelle. Ce corps d'experts, a pour habitude de communiquer davantage par des voies informelles que par des voies plus formalisées qui sont, elles, utilisées par l'administration.

Ceci montrerait bien que ces deux mondes n'utilisent pas les mêmes canaux de transmission d'informations et de ce fait, les administratifs, ne réussiraient à faire passer tous les messages aux praticiens hospitaliers.

Cette analyse semble trouver une confirmation dans l'étude exploratoire puisque certains médecins reconnaissent ne pas lire les mails provenant des administratifs : ils les suppriment directement.

Aussi, l'utilisation de modes de communications différents peut expliquer le sentiment de certains professionnels de santé pour qui le « fossé entre le monde administratif et le monde médical » se creuse, ils ne « parlent pas le même langage ».

Or, les difficultés de communication entre ces deux sphères pourraient s'expliquer, peut être aussi par les modalités de transmission des informations.

Ces résultats suggèrent, ainsi, que si les administratifs veulent communiquer avec les médecins, ils devraient s'adapter à leur mode de communication qui est davantage informel. En effet, les médecins semblent ne pas souhaiter adopter les modes de communications des administratifs, exceptés lorsqu'ils y sont contraints puisque, par exemple, certains répondants lors de notre étude exploratoire avouent recourir à des modes de transmissions de l'information, plus formels, lorsqu'ils n'obtiennent pas de réponse de la part des cadres administratifs.

→Pressions financières internes et attitudes

Les résultats concernant les effets des pressions financières internes semblent, en certains points, contredire les travaux précédemment menés sur le sujet.

Les recherches antérieures indiquent que les styles de directions orientés vers l'atteinte des objectifs budgétaires ou les pressions budgétaires créent des tensions de rôle (Hopwood 1972, Hirst, 1983). Sur ce point, les études n'ont pas toujours distingué avec précision, dans les tensions de rôles, les conflits de rôle des ambiguïtés de rôles.

Ce premier élément pourrait expliquer les résultats contradictoires obtenus.

Ces différences de résultats pourraient également se justifier par le fait que les recherches passées n'ont pas opérationnalisé le même concept (Noerverman et al. 2005).

Sur ce point, nous nous demandons si, finalement, ces différences de résultats ne proviennent pas des différentes facettes de la pression perçue.

En effet, nos résultats indiquent qu'en fonction de la nature ou de la source de la pression financière interne, des conflits de rôles peuvent apparaître chez le médecin.

Lorsque les pressions financières proviennent des pairs, c'est à dire des médecins et des infirmiers, sur les décisions de soins, le praticien hospitalier, ne connaît pas de conflit de rôle. En revanche, lorsque les pressions financières émanent des administratifs à la fois sur le fait de produire des actes rentables ou sur les décisions de soins, le médecin ressent des conflits de rôle.

Par conséquent, l'apparition du conflit de rôle semble liée à la source de la pression financière.

Il semblerait que les médecins tolèrent les pressions financières portant sur leurs décisions de soins, lorsque ces pressions proviennent d'acteurs qui partagent les mêmes valeurs ou qui connaissent les aspects et contraintes du métier de médecin.

Du fait que ces acteurs appartiennent et s'identifient au même monde, les pressions financières sur les décisions de soins seraient plus légitimées, voire tolérées, que lorsqu'elles proviennent des administratifs.

En effet, notre étude exploratoire dévoile que les médecins ne savent pas quelle casquette privilégier dans leur approche du patient (celle de gestionnaire ou celle de médecin) lorsque les pressions internes portent sur la rentabilité et sont émises par les administratifs ou la ligne hiérarchique administrative.

Par ailleurs, ils ont parfois l'impression que les pressions financières provenant des administratifs sur les décisions de soins sont des ingérences, par ces acteurs, dans leur art médical. Un des répondants de l'étude exploratoire indique que, parfois, les cadres administratifs conseillent aux médecins de ne pas accepter certains patients car ces derniers ne sont pas suffisamment rentables pour l'institution hospitalière. Cette directive pourrait être perçue comme une intrusion dans le métier et les missions de médecin par des acteurs ne possédant aucune expertise dans le domaine, ce qui crée des tensions de rôles.

En outre, les travaux antérieurs (Hoff, 1999) indiquent que lorsque le médecin exerce une fonction de manager, il dispose de davantage de légitimité auprès des autres médecins car il possède une double fonction (manager et docteur).

Or, nos résultats pourraient nuancer cette dernière proposition, puisque dans notre cas, le **praticien responsable de pôle semble ne jouer aucun rôle, ou un rôle minime, dans les pressions financières internes**. Il n'apparaît ni dans la ligne hiérarchique, ni dans les pairs exerçant la pression financière interne.

Par conséquent, il ne semble pas être un acteur assimilé à un cadre administratif ou médical dans les pressions financières internes.

Son absence pourrait indiquer que les médecins ne considèrent pas cet acteur à la base de pressions financières.

Ce dernier résultat est intéressant puisqu'il suggère que le praticien responsable de pôle serait neutre, sur ce point, dans l'organisation.

Egalement, les résultats que nous avons obtenus concernant les ambiguïtés de rôle diffèrent des travaux précédents.

En effet, dans les travaux relatifs aux effets de la mesure comptable de la performance sur l'ambiguïté de rôle, les résultats révèlent que le fait de préciser la manière dont est évalué le manager permet de diminuer son ambiguïté et ce, notamment, dans le cadre d'une tâche complexe marquée par l'incertitude (Hirst et Yetton, 1985, Hartmann 2005, Marginson et Ogden 2005).

Par définition, le médecin exerce une tâche complexe, nécessitant une expertise et empreinte de forte incertitude. Aussi, on pourrait supposer que, pour les praticiens hospitaliers, la connaissance du mode de financement de l'hôpital basée sur la déclaration de leur activité, réduit leur ambiguïté de rôle.

Or notre travail indique que l'ambiguïté de rôle peut apparaître lorsque le médecin subit une pression financière interne provenant des administratifs et concernant les décisions de soins. **Ce résultat nous interpelle car notre étude exploratoire a éclairé l'existence d'ambiguïtés de rôle lorsque le praticien hospitalier ne comprend pas ce que signifie le terme « rentable ».** Certains médecins indiquent qu'ils ne saisissent pas ce que signifie un acte médical rentable, ce qui est attendu par les administratifs et ils précisent qu'ils ne disposent pas de suffisamment de moyens pour accroître leur rentabilité.

Par conséquent, ces verbatims paraissent davantage liés aux pressions financière internes sur la rentabilité que sur les décisions de soins.

Toutefois, les résultats de l'analyse confirmatoire signalent que l'ambiguïté porte davantage sur les pressions financières provenant des administratifs et concernant les décisions de soins que sur le fait d'avoir une activité rentable.

Les médecins ressentiraient donc des difficultés à comprendre ce qui est attendu d'eux sur le plan médical.

Pour eux, les pressions financières auraient des impacts sur la manière dont ils soignent les patients.

Aussi, nous pouvons supposer qu'il y aurait une confusion faite par les médecins entre une activité médicale qui est rentable et une modification nécessaire de leurs décisions de soins pour être rentable, cette dernière pouvant expliquer l'ambiguïté de rôle.

Dans d'autres aspects des attitudes, nos résultats contredisent aussi les recherches antérieures. Certains chercheurs (Subramanian et Mia, 2003) ont montré que les pressions budgétaires pouvaient diminuer l'implication dans l'organisation lorsque la tâche nécessitait autonomie, créativité et qu'elle était fortement incertaine.

En revanche, les pressions budgétaires n'ont pas d'impact sur l'implication dans l'organisation lorsque la tâche est simple et basée sur un processus routinier.

Par ailleurs, ne disposant pas d'informations sur l'implication dans l'établissement à l'issue de notre étude exploratoire, nous pensions retrouver les mêmes résultats c'est à dire: les pressions financières internes diminuent l'implication dans l'établissement.

Nos résultats indiquent que les pressions financières internes peuvent augmenter, dans certains cas, l'implication dans l'organisation.

En effet, lorsque la pression financière provient de la chaîne hiérarchique administrative et concerne la rentabilité des actes, les médecins s'investissent davantage dans l'organisation. De plus, l'absence de lien entre les pressions financières sur les décisions de soins et l'implication dans l'organisation ne rejoint pas les résultats de Subramanian et Mia (2003).

Aussi, une première analyse pourrait être avancée. Les tâches des médecins seraient peut être moins empreintes d'incertitudes et pourraient présenter dans leur processus de réalisation quelques routines.

Cependant, nous trouvons les mêmes résultats dans notre travail entre l'implication affective dans le service public et la pression financière concernant la rentabilité des actes.

Notre étude exploratoire indique que les médecins ne sont pas entrés dans le service public pour adopter une logique financière. Ils précisent qu'ils « n'ont pas signé pour ça » : le service public représente pour eux des valeurs auxquelles ils adhèrent tels que l'équité des soins et l'accès aux soins pour tous.

Aussi, ces résultats nous interpellent car nous pensions que la pression financière portant sur la rentabilité des actes allait diminuer l'implication dans l'organisation et dans le service public.

Nous pourrions avancer deux explications pour essayer de mieux comprendre ces résultats.

Il se pourrait que les médecins aient bien compris les enjeux de la tarification à l'activité et aient **internalisés** les contraintes liées au mode de financement de l'hôpital. Les praticiens hospitaliers auraient compris l'importance de la déclaration de leur activité pour l'obtention des ressources pour l'hôpital, en tant qu'établissement. Ils s'investiraient davantage, notamment sur le plan affectif, dans l'organisation et le service public et accepteraient les nouvelles règles du jeu pour obtenir plus de ressources afin de développer leur projet au sein de ces organisations.

Une seconde explication serait de considérer que, malgré, l'introduction de la tarification à l'activité et de la logique comptable, les médecins mettraient en œuvre un phénomène de **résistance**. Afin de défendre les valeurs auxquelles ils adhèrent qui sont celles du service public, ils supporteraient les nouvelles logiques de rentabilité.

Cette dernière explication pourrait trouver un fondement dans notre étude exploratoire car un des répondants précise que, malgré les logiques économiques et de réduction de coûts introduites à l'hôpital, il continue à travailler car il y a des idéaux nobles auxquels il adhère. Leur attachement affectif à l'institution serait, ainsi, plus important que les nouvelles logiques financières régissant l'hôpital, ce qui ne les inciterait pas à partir dans le secteur privé. Ils resteraient à l'hôpital public quelque soient les conséquences des pressions financières internes.

Toutefois, cette dernière explication devrait être nuancée. On ne peut occulter le fait que l'introduction de la tarification à l'activité a été récente. Notre étude a été menée durant les deux premières années qui ont suivi l'introduction de la T2A.

En conséquence, si un phénomène de résistance s'est mis en place pour défendre les valeurs que représentent le service public, il se peut qu'il ne soit que ponctuel et diminue progressivement. Aussi, ces dernières interprétations doivent être prises avec prudence.

Si aucun travail dans la littérature, à notre connaissance, n'a envisagé la relation entre pressions budgétaires ou style de direction et implication dans la profession, c'est notamment puisque les terrains d'études n'étaient pas constitués de professionnels disposants d'une expertise.

Notre recherche, se situant dans une bureaucratie professionnelle, l'hôpital, il nous semblait pertinent de retenir l'implication de ces acteurs au regard de leur métier et de comprendre les effets des pressions financières interne sur cette attitude.

C'est pourquoi, nous avons tenté de savoir si la pression financière interne diminuait l'implication dans la profession.

Nos résultats confirment partiellement notre étude exploratoire. En effet, nous avons observé que les praticiens hospitaliers mettent particulièrement l'accent sur le métier et ses missions, s'accompagnant parfois d'une sur-implication. Certains avouent que, s'ils n'arrivent plus à exercer leur métier et assurer le bien être des patients, ils sont susceptibles de changer de profession.

Partant de ce constat, il semble que la pression financière interne puisse diminuer l'implication dans la profession de médecins.

Cette proposition doit être nuancée car toutes les facettes de la pression financière interne ne diminuent pas l'implication dans la profession.

En effet, nous pouvons constater qu'en fonction de la source de la pression financière, l'implication dans la profession diminue. Lorsque les médecins perçoivent des pressions provenant des cadres administratifs sur leurs décisions de soins, leur implication affective dans le métier diminue.

En outre, lorsque les pressions financières sont émises par les acteurs du monde médical, l'implication dans la profession ne s'en trouve pas affectée.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le médecin accepte difficilement les pressions financières lorsqu'il estime qu'elles touchent à l'essence de son métier.

Effectivement, si ces pressions financières concernent les décisions de soins et sont émises par la hiérarchie administrative, il accepterait difficilement ces directives car il ne comprendrait pas comment et en quoi, les cadres administratifs puissent porter une appréciation et formuler des recommandations sur la qualité de son travail et de ses décisions de soins. Il estimerait que les administratifs ne disposent pas d'une expertise suffisante pour pouvoir l'orienter vers de nouveaux choix thérapeutiques sur la base de motifs financiers.

C'est pourquoi, lorsqu'il percevrait des pressions financières dans ce domaine, il aurait des difficultés à retrouver ses racines et ses valeurs dans la profession médicale.

Il pourrait, alors, considérer que les pressions financières internes conduisent à une dénaturation de sa profession. Il ne s'identifierait plus aux valeurs véhiculées par sa profession et ainsi son implication affective dans le métier s'en trouverait diminuée pouvant alors l'inciter à changer de métier.

Sur ce point, notre étude exploratoire indique justement que le médecin ne procéderait, au nom du Serment d'Hippocrate, pas à une opération inutile parce qu'elle est rentable. Aussi, comme c'est le cas dans l'ambiguïté de rôle, il est possible que le médecin perçoive **les pressions financières comme des intrusions dans sa pratique médicale.**

En conséquence, il semble que les difficultés rencontrées dans l'hôpital depuis l'introduction du contrôle des résultats ne soient pas strictement liées à une différence de logique entre les acteurs de l'organisation.

Il n'y aurait pas de contradictions fortes entre les logiques économiques et les logiques médicales.

Il semble, en effet, que les médecins ont saisi l'importance de la déclaration des activités médicales et de la rentabilité pour l'organisation.

Toutefois, s'il y a différence de logiques, elle pourrait provenir du fait que les médecins perçoivent ce nouveau mode de financement de l'hôpital public comme une menace dans leur pratique médicale et les valeurs de leur profession.

→Pression financières interne et comportements.

Notre travail a aussi permis d'éclairer les liens entre les pressions financières internes et le phénomène de surcodage ou manipulation de données.

Très peu de travaux, se sont penchés sur les effets des pressions ou style de direction sur la manipulation de données.

Les résultats ont indiqué que les pressions pouvaient donner lieu à certains types de manipulation de données. Dans le cadre hospitalier, les études se sont davantage concentrées sur le surcodage comme une stratégie pour l'organisation afin d'obtenir plus de ressources. Peu de recherches, exclusivement anglo-saxonnes, ont envisagé ce phénomène au niveau des acteurs de l'organisation.

Notre étude exploratoire a permis de mettre en lumière le phénomène de surcodage en France dans les hôpitaux publics.

Notre recherche confirmatoire précise ce phénomène et indique que la pression financière interne peut avoir pour effet deux types de manipulation de données : une utilisation judicieuse du système d'information et la mise en œuvre d'une pseudo- production par l'incorporation de codes indiquant des pathologies inexistantes chez le patient.

En fonction de la nature et de l'objet de la pression financière interne, les médecins réagissent en falsifiant les données.

En effet, lorsque la pression financière concerne les décisions de soins et provient des cadres administratifs, les médecins répondent en créant de la pseudo-production.

Par ailleurs, lorsque les pressions financières concernent la rentabilité des actes et proviennent de la chaîne hiérarchique, les praticiens procèdent à une manipulation du système d'informations.

En revanche, lorsque les pressions résultent des pairs, les médecins utilisent tous les moyens disponibles pour procéder au surcodage.

Ces résultats suggèrent que le médecin aurait adopté un comportement d'adaptation (Hall, 1972).

Il répondrait, ainsi, par la manipulation de données aux attentes, traduites sous la forme de pressions financières, des différents acteurs de l'organisation.

Toutefois, on pourrait penser que ce comportement d'adaptation aurait été suggéré par l'administration.

En effet, le contrôleur de gestion que nous avons interrogé précise que les départements chargés du contrôle du codage des actes par les médecins (le DIM) connaissent l'existence du phénomène de surcodage. Les membres du DIM s'assurent que les médecins n'ont pas procédé à un surcodage dangereux c'est à dire repérable à l'occasion de contrôles externes.

On pourrait supposer que les administratifs du secteur hospitalier, qui connaissant l'existence du phénomène de surcodage dans les autres pays ayant mis en place le DRG comme base de remboursement, se déresponsabilisaient de cette tâche en confiant au médecin, dès 2000, le soin de procéder au codage des actes.

Par cette technique de pied dans la porte (Joule et Beauvois, 2003), ils auraient pu attribuer au médecin cette tâche afin, en première intention, que ce dernier maîtrise l'outil PMSI. Ceci nous est suggéré par un des répondants qui nous indique qu'avec le PMSI et la T2A on a voulu « leur faire prendre des vessies pour des lanternes » en leur déléguant le codage des actes dans le PMSI.

Par la suite, l'introduction de la T2A et le maintien de la responsabilité de la tâche de codage des actes aux médecins conduiraient ce dernier à s'adapter et à trouver des solutions pour obtenir davantage de ressources. C'est-à-dire, que l'administration de l'hôpital public pourrait ne pas prendre la responsabilité de procéder au surcodage des actes médicaux et se déresponsabiliserait de cette tâche en la confiant aux médecins

En intégrant qu'il ne peut que s'adapter à ces nouvelles logiques de financements à l'activité, le médecin aurait appris, alors, à jouer avec les zones d'incertitudes et d'imprécision du système d'information.

Ayant saisi que le codage des actes pourrait être un moyen qu'il maîtrise pour obtenir davantage de ressources afin de développer les projets de son pôle, cela deviendrait pour lui un instrument de négociation pour influencer et orienter les décisions administratives.

En conséquence, la manipulation de données pourrait devenir une opportunité pour les médecins d'accroître leurs positions dans un « *processus d'échange inégal et de coopération conflictuelle* » (Friedberg, 1993).

CONCLUSION DE LA SECTION 4

Dans cette section nous avons procédé aux tests des hypothèses de la recherche afin de valider notre modèle conceptuel issu de l'analyse de la littérature et de notre étude exploratoire.

Un échantillon de 578 praticiens hospitaliers répartis dans 14 CHU nous a permis de tester nos hypothèses.

Cette étude confirmatoire a révélé que les médecins étaient soumis à une pression financière interne.

Egalement, nous avons pu identifier les multiples facettes de cette pression financière interne à l'hôpital public.

Nous avons, par la suite, exploré les effets de cette pression sur les attitudes et les comportements de praticiens hospitaliers.

Or, nos résultats ne rejoignent pas toujours les travaux précédemment menés sur le sujet.

Concernant les effets des pressions budgétaires sur les tensions de rôles examinés par la littérature, nous avons pu trouver que ces tensions pouvaient varier en fonction de la nature et de la source de la pression financière.

Par ailleurs, les travaux menés sur les liens entre pression budgétaire ou style de direction orienté vers l'atteinte des objectifs budgétaires et implication organisationnelle n'ont pas, dans notre cas, donné de résultats similaires. Au contraire, nos résultats indiqueraient des relations contraires à celles trouvées dans la littérature : c'est-à-dire qu'en cas de pression financière portant sur la rentabilité, les médecins ont une implication organisationnelle plus grande.

En outre, nous avons également trouvé que la pression financière interne perçue peut avoir comme déterminant les modes de contrôles et les voies de contrôles utilisés pour le transfert de l'information.

L'étude se déroulant dans un contexte particulier, celui d'une organisation professionnelle, nous avons pu constater que les certaines facettes de la pression financière interne pouvait diminuer l'implication dans la profession de médecin.

Enfin, nous avons confirmé les travaux antérieurs relatifs à la pression budgétaire et la manipulation de données.

En effet, nous avons pu identifier qu'en fonction du mode et de la source de la pression financière interne, un surcodage était pratiqué par les médecins soit par l'utilisation judicieuse du système d'informations soit par la création d'une pseudo-production.

Ces résultats ont ainsi l'intérêt, d'une part, d'éclairer l'existence et les différentes facettes des pressions financières internes et, d'autre part, de montrer que le médecin s'adapterait aux nouvelles contraintes liées au financement de l'institution hospitalière.

Ces comportements d'adaptation nous inviteraient à revoir la littérature envisageant les différentes logiques économiques et médicales comme des logiques contraires.

En effet, il semblerait que cette proposition mérite d'être nuancée puisque les médecins paraissent avoir compris l'importance, pour le financement futur de la santé, de la mise en œuvre d'un contrôle par les résultats toutefois, ils seraient vigilants et sensibles à ce que ces modes de contrôles et de financement n'empiètent pas sur leurs décisions de soins et sur les valeurs véhiculées par le service public. Ils souhaiteraient préserver leur autonomie et leur liberté sur leur choix médicaux.

Ces résultats demeurent, toutefois, contextuels à notre terrain d'étude. Par conséquent, la généralisation de ces conclusions doit se faire avec prudence.

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

Cette partie a été consacrée à la phase confirmatoire de notre recherche.

Partant des résultats de l'étude exploratoire menée auprès de 31 praticiens hospitaliers dans deux CHU, nous avons posé des hypothèses issues de cette première étude.

Nous avons également opérationnalisé des instruments de mesures afin de mesurer, par exemple, les pressions financières internes. Dans la phase confirmatoire, nous avons testés ces instruments par la méthode des analyses en composantes principales puis procédé aux analyses confirmatoires à l'aide des équations structurelles.

Ces étapes nous ont permis de valider trois échelles issues de notre étude exploratoire : une échelle de mesure de la pression financière interne, une échelle de mesure du contrôle de l'activité et enfin une échelle de mesure de la manipulation de données via le PMSI.

Par la suite, nous avons précisé les relations existantes entre les pressions financières internes et leurs conséquences.

Nous avons pu, en effet, constater que ce construit présente différentes facettes qui vont, en fonction de la source ou de l'objet de la pression financière interne, engendrer différents attitudes et comportements.

Les résultats indiquent que, lorsque la pression financière concerne les décisions de soins et provient des acteurs issus du monde médical, seul le comportement du médecin est affecté : il a tendance à surcoder en utilisant tous les moyens dont il dispose.

En revanche, lorsque les pressions concernent la rentabilité des actes médicaux et ont pour origine les cadres administratifs, un conflit de rôle apparaît, et le médecin s'implique davantage dans l'établissement et dans le secteur public. Il s'adapte également à cette pression en jouant avec les zones d'incertitudes du système d'information.

Enfin, lorsque la pression financière, provenant des cadres administratifs, porte sur les décisions de soins, le médecin ressent davantage de difficultés : il ne comprend plus quel est son rôle et quelles sont les attentes des acteurs de l'organisation. Cela peut aussi diminuer son implication affective dans sa profession. Par ailleurs, il répond à ces pressions par le surcodage des actes médicaux en créant de la pseudo-production.

CONCLUSION DE LA PARTIE 2

A l'issue notre étude conceptuelle nous avons tenté de proposer un premier modèle de la recherche.

Ce modèle présentait des imperfections notamment liées au concept de RAPM puisque ses définitions et opérationnalisations ont été fortement critiquées dans la littérature. Partant de ce constat, nous avons essayé d'explorer les manifestations du RAPM dans le secteur hospitalier public ainsi que ses conséquences. Pour cela nous avons mené une étude auprès de 31 praticiens hospitaliers dans deux CHU.

Cette première étude nous a permis d'observer l'existence de pressions financières internes ainsi que des déterminants à cette pression.

En outre, le travail exploratoire a éclairé l'existence de dysfonctionnements liés à ces pressions.

Nous avons poursuivi ce travail par une seconde étude auprès de 578 praticiens hospitaliers titulaires dans 14 CHU.

Nos résultats indiquent que certains contrôles exercés peuvent créer un sentiment de pression financière interne. De plus, en fonction de la nature et de la source de ces pressions financières, des attitudes et des comportements différents apparaissent.

Aussi, ce travail, bien que difficilement généralisable à d'autres secteurs, présente de réels intérêts managériaux.

CONCLUSION GENERALE

La finalité de notre étude était de comprendre quels sont les déterminants et les conséquences de la pression financière interne dans le secteur hospitalier public français.

Les récentes réformes dans ce secteur ont profondément modifié l'organisation de l'institution publique hospitalière mais également son mode de financement.

Partant de ces constats, il nous semblait pertinent d'orienter notre travail doctoral vers les effets de ces modifications financières.

En effet, dans le cadre d'une bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1989) où le contrôle clanique prédomine (Ouchi, 1979), la mise en œuvre d'un financement lié à l'activité réalisée par ses acteurs semble avoir un impact sur ces derniers et ce, si l'on prend en compte, les inquiétudes qu'ils ont exprimées durant les deux dernières années.

Aussi, l'introduction de ce nouveau mode de remboursements de soins oriente ces organisations vers un contrôle par les résultats (Naro, 2010).

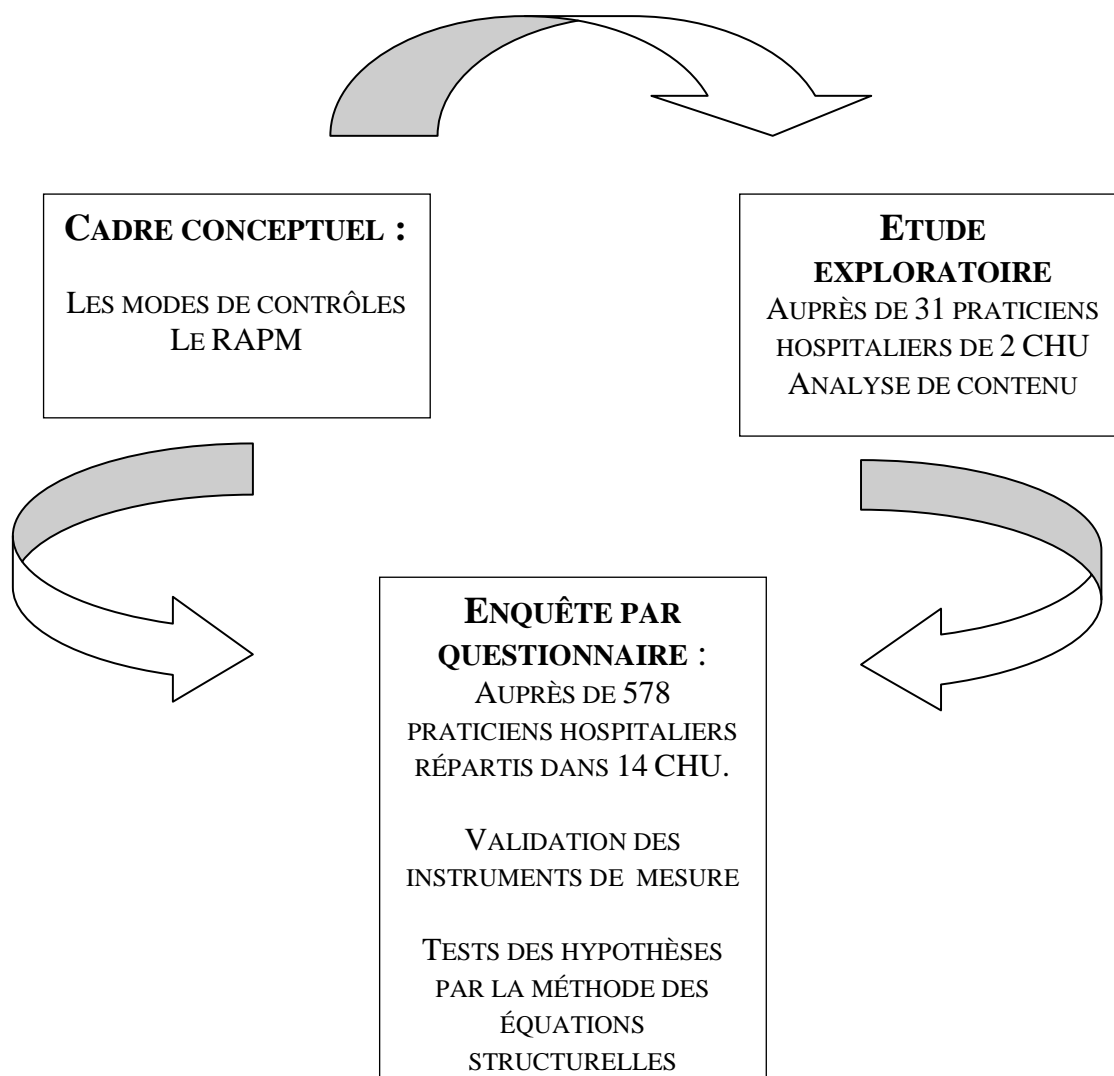
C'est pourquoi, nous avons bâti notre travail sur le RAPM, qui analyse les effets des pressions budgétaires et styles de direction sur les attitudes et les comportements.

Nous avons situé notre recherche dans le courant de la comptabilité comportementale, courant fortement développé dans les pays anglo-saxons.

L'étude de cette littérature nous a permis de construire un modèle de recherche que nous avons par suite complété par une recherche exploratoire.

Le modèle issu de ces deux analyses a fait, par la suite, l'objet d'une analyse confirmatoire.

Le processus de notre recherche a suivi le déroulement suivant



Nos résultats indiquent que les praticiens hospitaliers perçoivent des pressions financières internes. Ces pressions financières proviennent d'un contrôle portant sur l'activité déclarée par les médecins.

De plus, en fonction de leur source et de leur objet, ces pressions financières créent parfois des tensions de rôles, des comportements d'adaptations telles que les manipulations de données.

Ces résultats vont, en partie dans le même sens que la littérature sur ce sujet.

En effet, nos résultats concernant l'effet de la pression financière sur la manipulation de données confirment les travaux précédemment menés (Merchant, 1990 ; Hopwood, 1972).

En revanche, les conséquences des pressions financières indiquent, dans le secteur de l'étude, que les **tensions de rôles peuvent apparaître en fonction de la source et de l'objet de la pression financière interne.**

Aussi, sur ce point, **les résultats vont dans le même sens que les travaux contradictoires** d'Hopwood (1972) et d'Otley (1978).

Enfin, si la littérature a révélé que l'implication dans l'organisation pouvait diminuer en cas de pressions budgétaires, dans un contexte de forte incertitude liée à la nature de la tâche (Subramanian et Mia, 2003), notre recherche indique des résultats contraires.

Nous avons montré que la pression financière interne pouvait accroître l'implication dans l'organisation et dans le service public mais diminuer l'implication dans la profession.

Si ce travail comporte des apports théoriques, méthodologiques et managériaux, des limites existent et il conviendra de les évoquer.

Les apports théoriques

Cette recherche est, tout d'abord, une contribution à la compréhension des effets de l'introduction du New Public Management en France, et plus particulièrement, dans le secteur non marchand.

L'introduction d'un contrôle par les résultats couplé à une nouvelle réorganisation de la structure hospitalière permettrait d'envisager la transformation de la bureaucratie professionnelle en une bureaucratie divisionnelle où l'autonomie de gestion dirigerait cette institution vers l'émergence de centres de profits, où s'exerceraient des jeux de pouvoirs et des nouveaux modes de contrôles.

Les apports théoriques portent également sur le cadre conceptuel que nous avons mobilisé pour cette étude : le RAPM.

Les travaux sur ce concept ont été particulièrement nombreux (Brownell et Dunk, 1991) mais n'ont pas permis de trancher le débat qui s'est installé entre les résultats d'Hopwood (1972) et d'Otley (1978).

Sur ce point des chercheurs (Brierst et Hirst, 1990) ont indiqué que l'objectif des recherches menées sur le RAPM était davantage de trancher le débat en développant des techniques statistiques, plutôt que de cerner ce concept.

Ainsi, le RAPM se décline dans les recherches soit sous la forme de pressions budgétaires (Argyris, 1952), soit sous la forme de style de direction (Hopwood, 1972).

C'est pourquoi certains s'interrogent sur ce qu'est finalement le RAPM et sur ce que signifie le lien de dépendance à la mesure comptable de la performance (Hartmann, 2000).

Notre travail a permis de mettre en lumière les manifestations du RAPM dans le secteur hospitalier. Aussi, l'introduction d'un contrôle par les résultats ne se manifeste pas par des pressions budgétaires ou des styles de direction mais correspondrait davantage à des pressions financières internes.

C'est pourquoi, nous préférons ne pas parler de RAPM mais plutôt de **pressions financières internes. Elles pourraient** se définir comme «**l'insistance sur les objectifs financiers par les acteurs travaillant au sein d'une organisation**».

Le concept de **pression financière interne serait multidimensionnel** en fonction de l'objet et de la source de la pression financière interne.

La déclinaison des diverses facettes de la pression financière interne pourrait expliquer pourquoi les recherches menées dans la littérature sur le RAPM n'arrivent pas à un consensus concernant son impact sur les tensions de rôles.

En effet, comme nous l'avons déjà précisé, les résultats entre le RAPM et les tensions de rôles ont été contradictoires. En conséquence, certains chercheurs ont pensé que ce concept a évolué (Noeverman et al. 2005 ; Hartmann, 2000).

Or, il serait possible de considérer qu'en fonction de la source ou de l'objet de la pression financière interne, les conséquences sur les tensions de rôles sont différentes. Nos résultats semblent aller dans ce sens.

Un second apport théorique a été de montrer **que les logiques financières et médicales n'étaient pas totalement incompatibles**. En effet, les résultats indiquent davantage que les médecins intègrent les logiques économiques et développent des comportements d'adaptations pour répondre à ces nouvelles contraintes financières.

Cependant, s'ils perçoivent que l'exercice de leur art et leur autonomie dans la prise de décisions médicales risquent d'être menacés pour des raisons financières, ils considèrent

qu'économie et soins sont alors opposés. Cela affecterait négativement leur implication dans la profession.

Enfin, un troisième apport théorique a été de montrer que les **pressions financières internes avaient pour déterminant le contrôle**. Notre travail indique que certaines voies de contrôle ont un impact plus ou moins étendu sur le sentiment de pression financière interne.

En fonction de la **voie de communication** utilisée par les acteurs pour contrôler, la pression financière interne semble plus présente.

En effet, dans notre cas, les voies de contrôle informelles génèrent davantage de pression financière interne que les voies de contrôle formelles.

Les apports méthodologiques

Cette recherche présente également des apports méthodologiques par la construction d'instruments de mesure.

La littérature sur le RAPM montre que l'opérationnalisation de ce concept présente des faiblesses méthodologiques (Noeverman et al. 2005 ; Otley et Pollanen, 2000).

En effet, les instruments se sont multipliés sans toujours mesurer le même construit ni indiquer les qualités de mesure des instruments utilisés.

Partant de ce constat, mobiliser tel quel des instruments de mesure issus de la littérature nous semblait délicat.

De plus, les recherches récentes sur le concept (Hartmann et al. 2010 ; Derfuss, 2009) envisagent ce construit comme multidimensionnel.

L'étude exploratoire que nous avons menée, nous a permis d'identifier les diverses facettes de l'expression de la pression financière interne à l'hôpital.

En conséquence nous avons opérationnalisé le concept en déclinant les objets de la pression financière en fonction des acteurs présents dans l'organisation.

Dans la même logique, nous avons opérationnalisé le concept de contrôle de l'activité en déclinant les voies de contrôles et les sources du contrôle.

Enfin, les études menées sur la manipulation de données, plus précisément ici le surcodage, n'ont pas identifié quels étaient les modes de surcodages qui pouvaient intervenir dans l'organisation.

A notre connaissance, les études sur ce sujet portent davantage sur le moment du surcodage et sur l'exhaustivité des codes dans le système d'informations.

Nous avons donc exploré le concept de manipulation de données en comprenant de quelle manière s'effectue ce surcodage lorsque le médecin procède à la saisie des données.

Nous avons ainsi opérationnalisé le concept de manipulation de données en identifiant deux facettes : une facette liée aux combinaisons optimales des codes dans le système d'information lorsque les pathologies sont présentes et une facette liée à la pseudo-production.

Nous avons procédé pour ces trois instruments à des tests exploratoires et confirmatoires afin de vérifier la fiabilité et la validité des instruments de mesure créés.

Ces trois échelles présentent des qualités de mesure satisfaisantes, ce qui pourrait permettre d'envisager une utilisation ultérieure de ces instruments.

Les apports managériaux

Les résultats obtenus présentent de réels intérêts managériaux.

Tout d'abord, nous avons mis en lumière le fait que les médecins ressentent davantage la pression financière interne lorsque celle-ci était transmise par des voies informelles.

En effet, que ce soit à l'occasion de réunions ou de discussions informelles entre les acteurs de l'organisation, toutes les facettes de la pression financière interne sont présentes.

En revanche, lorsque les voies de communications plus formelles telles que les courriers électroniques étaient utilisées, les médecins ne ressentent qu'une facette de la pression financière interne. Certains reconnaissent que, lorsqu'ils reçoivent des e-mails provenant de l'administration, ils ne les lisent pas et les suppriment directement.

Par conséquent, les canaux de communication utilisés par le monde administratif ne coïncident pas avec les voies de communications traditionnellement utilisées par les professionnels.

Par ailleurs, ces derniers utilisent des voies de communications formelles uniquement lorsqu'ils n'obtiennent pas, par voie informelle, ce qu'ils demandent. Ainsi, il semble que

pour pouvoir être entendue par les médecins, l'administration devrait s'adapter aux modes de communication utilisés par ces derniers. En utilisant des voies plus informelles, les cadres administratifs pourraient se rapprocher des praticiens hospitaliers.

Dans le même ordre d'idées, ce rapprochement pourrait également se faire à l'occasion par exemple, d'un suivi d'une journée d'un médecin. Certains des répondants ressentent une distance, voire un fossé entre leur métier et les administratifs. Ils considèrent que ces derniers ne connaissent le métier de médecin. C'est pourquoi, un rapprochement entre ces mondes pourrait s'envisager. Le directeur administratif du pôle, pourrait, par exemple, consacrer du temps en suivant les médecins dans leur journée de travail. Cette rencontre pourrait être individuelle et non collective car, nous avons constaté qu'à l'occasion de réunions, la répartition des places autour d'une table indiquait un clivage entre les médecins, qui se regroupent ensemble et les administratifs qui se concentrent autour d'une autre partie de la table de réunion. Nouer un contact individuel pourrait privilégier la communication et peut être rapprocher ces deux mondes.

Si manager par l'ambiguïté (Vancil, 1979) permet de créer des zones d'incertitudes et de fait de disposer de pouvoirs (Crozier et Friedberg, 1981), le cadre administratif a également un rôle à jouer afin de diminuer les injonctions contradictoires ou paradoxales.

Aussi, un second apport managérial touche les tensions de rôles et a pour objectif d'essayer de les diminuer. Cet élément est particulièrement important puisqu'il peut avoir un impact sur la performance des acteurs.

Les médecins ressentent des conflits de rôle et des ambiguïtés de rôle car, au vu des entretiens exploratoires, ils ne comprennent pas toujours ce qui est attendu d'eux.

De plus, nous avons pu constater, à l'occasion d'une réunion de pôle, que les informations transmises sont très nombreuses dans un temps imparti faible. Des tableaux complexes sont présentés aux médecins avec une conclusion celle de faire « plus d'activité et d'être rentable ».

Par conséquent, les cadres administratifs pourraient essayer de lever certaines ambiguïtés et de simplifier leurs présentations. Par exemple, ils pourraient préciser à quoi correspond le terme « rentabilité ». Ils pourraient également essayer d'éclairer les médecins sur « les actes médicalement rentables ».

La mise en place d'un message clair et simplifié permettrait au médecin de comprendre comment il doit procéder afin que son établissement reçoive davantage de ressources.

Enfin, un troisième apport pourrait être envisagé. Il concerne le rôle du praticien responsable de pôle. Les études (Hoff, 1999 ; Abernethy et Stoelwinder, 1995) indiquent que cet acteur dispose d'une double légitimité, celle de manager et celle de professionnel de santé.

Nos résultats révèlent que le praticien responsable de pôle n'est pas une source de pression financière interne. S'il exerce effectivement des contrôles sur l'activité, les médecins ne semblent pas considérer qu'il pratique une pression financière. En conséquence, il paraît ne pas avoir de rôle dans la pression financière interne.

C'est pourquoi, on pourrait envisager de lui donner un rôle de modérateur entre les sphères administratives et médicales. Il pourrait, peut-être, essayer de réconcilier ces parties. En étant à l'interface des deux mondes, il pourrait jouer un rôle de traducteur.

Nous avons présenté les apports de notre recherche. Néanmoins, cette dernière présente de limites théoriques et méthodologiques.

Les limites théoriques

En premier lieu, notre recherche porte sur les perceptions de la pression financière interne des praticiens hospitaliers, elle ne s'intéresse pas à d'autres acteurs de l'organisation hospitalière comme les cadres administratifs ou les infirmiers.

C'est pourquoi, on ne peut exclure que la pression financière interne comporte d'autres facettes. En effet, on peut supposer qu'en fonction de leur position dans la hiérarchie, tous les acteurs de l'organisation perçoivent la pression financière interne de manière identique.

Une seconde limite réside dans les dimensions de la pression financière interne mises en lumière.

En procédant à une étude dans un contexte très sensible, il est possible que certaines dimensions de la pression financière interne apparaissent davantage que d'autres.

Par exemple, la dimension portant sur la pression financière concernant les décisions de soins par les administratifs pourrait provenir d'un effet de contagion entre les acteurs de soins et n'être une facette contextuelle de la pression financière interne.

Une troisième limite est liée au concept de contrôle de l'activité. Nous avons basé l'opérationnalisation de ce concept sur les analyses issues de notre étude exploratoire. Cependant, nous ne pouvons exclure qu'en fonction des établissements, un contrôle formel soit plus ou moins développé ou s'effectue par d'autres voies que celles que nous avons identifiées. Par conséquent, les résultats doivent être interprétés avec prudence.

Les limites méthodologiques

Une première limite méthodologique porte sur les échelles construites, leur fiabilité et leur validité. Le paradigme de Churchill (1979) précise que deux collectes sont nécessaires afin de valider les instruments de mesures créés par le chercheur.

Or, nous n'avons procédé qu'à une seule collecte de données pour tester les instruments que nous avons élaborés. Aussi, si nos instruments présentent de bons indices d'ajustements, nous ne pouvons occulter le fait que ce ne soit qu'exploratoire.

Une seconde limite est liée au contexte de l'étude. Menée dans une période où les changements sont récents et les acteurs sensibles sur l'avenir du secteur hospitalier public, il est possible qu'une « sur » pression financière soit apparue.

Une troisième limite réside dans la nature de notre échantillon. Nous n'avons sélectionné que les praticiens hospitaliers titulaires en partant du postulat que leur implication serait davantage orientée vers le service public et l'établissement. Aussi, nous ne pouvons pas généraliser nos résultats aux médecins non titulaires.

Ces limites constituent autant de voies de recherches possibles.

Les perspectives de recherches

Notre étude a montré les déterminants et les effets sur les attitudes et comportements de la pression financière interne sur les praticiens hospitaliers du CHU. Une première piste de travail serait de mieux cerner le concept de pression financière interne. La réalisation d'une

étude de cas, par exemple, pourrait éclairer les autres facettes de la pression financière interne. En effet, il s'agirait, afin de mieux opérationnaliser le construit, d'envisager ses manifestations auprès des cadres administratifs et du personnel soignant.

Ensuite, nous pourrions analyser si la pression financière interne engendre des différences dans les attitudes et les comportements en tenant des résultats financiers de chaque pôle ou encore des critères personnels tels que l'ancienneté dans le service public. Il est possible que les médecins travaillant dans des pôles bénéficiaires aient davantage tendance à effectuer du surcodage contrairement aux acteurs des pôles déficitaires. On pourrait envisager une étude permettant de savoir si un effet de double boucle (Weick, 1979) se produit entre les résultats du pôle et le surcodage.

Egalement, une étude longitudinale pourrait être envisagée afin de savoir si les résultats obtenus sont liés au contexte de l'introduction du nouveau mode de financement notamment ceux portant sur l'implication dans l'organisation. Il serait possible de trouver que l'implication dans l'organisation et le service public diminuent progressivement. Alors, les médecins de ce secteur ayant une forte implication affective, on pourrait s'interroger sur les effets de la pression financière interne concernant les intentions de partir.

En outre, si notre étude exploratoire nous a permis d'élaborer un instrument de mesure de la pression financière interne et de la manipulation de données, des travaux confirmatoires devraient être menés afin de s'assurer des qualités de l'instrument de mesure.

Enfin, d'autres recherches pourraient également se pencher sur le contrôle de l'activité et ses liens avec la pression financière interne. On ne peut exclure que les établissements hospitaliers disposent de leur propre moyen de contrôle. Aussi, éclairer et analyser les relations avec la pression financière interne permettraient de savoir comment la pression est transmise.

Ainsi, si cette recherche a permis de mieux comprendre certains effets attitudeux et comportementaux concernant l'introduction d'un contrôle par les résultats dans le secteur hospitalier, elle n'est qu'une esquisse de futurs travaux s'inscrivant dans le champ de la comptabilité comportementale, courant de recherche très développé dans les pays anglo-saxons et peu représenté en France.

BIBLIOGRAPHIE

- Abernethy, M. A. (1996), Physicians and resource management: the role of accounting and non-accounting controls. *Financial Accountability and Management*, vol.12, n°2, p.141–156.
- Abernethy, M. A. et Brownell, P. (1999), The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 24, n° 3, 1999, p. 189-204.
- Abernethy, M.A et Lillis, A.M. (2001), Interdependencies in organization design: a test in hospital. *Journal of management accounting research*, vol.13, n° 3, p. 107-129.
- Abernethy, M.A. et Stoelwinder, J.U. (1990), The relationship between organizational structure and management control system in hospital. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, vol.16, n°3, p.18-34.
- Abernethy, M.A. et Stoelwinder, J.U. (1995), The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations. *Accounting, Organizations and Society*, vol.20, n°1, p.1-17.
- Abernethy, M. A. et Vagnoni, E. (2004), Power, organization design and managerial behaviour. *Accounting, Organizations and Society*, vol.29, n°3-4, p.207-225.
- Acker, F. (1997), Sortir de l'invisibilité, le cas du travail infirmier. *Raisons pratiques*, n°8, p. 65-93.
- Aidemark, L. (2001), The meaning of balanced scorecards in the health care organisation. *Financial Accountability et Management*, vol.17, n°1, p. 23-40.
- Ajzen, I. (1991), The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol.50, n°2, p.179–211.
- Akaike, H. (1974), A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control*, vol.19, n°6, p.716-723.
- Alexander, J.A., Halpern, M.T. et Lee, S.D. (1996), The short-term effects of merger on hospital operations. *Health Services Research*, vol. 30, n°6, p. 827-847.
- Allen, N. J. et Meyer, J. P. (1990), The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, vol.63, n°1, p.1-18.
- Allen, N. J. et Meyer, J. P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: an examination of construct validity. *Journal of Vocational Behavior* vol. 49, p. 252–276.
- Alexander, J., Morrissey, M. et Shortell, S. (1987), “Physician Participation in the Administration and Governance of System and Freestanding Hospitals: A Comparison by Type of Ownership;” in *For-Profit Enterprise in Health Care*, ed. B. Gray, Washington: National Academy Press.

Allport, G.W. (1935), Attitudes. *Handbook of Social Psychology*, Worcester, MA: Clark university Press.

Alutto, J. A., Hrebiniak, L. G. et Alonso, R. C. (1973), On operationalizing the concept of commitment. *Social Forces*, vol.51, p. 448–454.

Anthony, R. N. (1960), "Distinguishing Good from Not-so-Good Accounting Research" Proceedings of 22nd Annual Institute on Accounting Columbus, Ohio State University, in R. H. Ashton (ed.), *The Evolution of Behavioral Accounting Research*, New York : Garland.

Anthony, R. N. (1965), *Planning and control systems: a framework for analysis*, Boston: Harvard Business School.

Anthony, R. N. (1988), *The Management Control Function*, Boston, The Harvard Business School Press. Trad. française. *La fonction contrôle de gestion*, Paris :Publi-Union, 1993.

Arbuckle, J. L. et Wothke, W. (1999), *AMOS 4.0 user's guide*. Chicago: Smallwaters

Argyris, C. (1952), *The impact of Budgets on People*, New York: School of business and public administration, Cornell University.

Argyris, C. (1953), Human problems with budgets. *Harvard Business Review*, vol.31, p.97-110.

Aranya, N., Pollock, J. et Amernic, J. (1981), An Examination of Professional Commitment in Public Accounting. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 6, p. 271–281.

Ashforth, B.E. et Mael, F. (1989), Social Identity Theory and the organization. *Academy of Management Review*, vol. 14, n°1, p. 20-39.

Bamber, E.M. et Iyer V.M. (2002), Big 5 auditors' professional and organizational identification: Consistency or conflict?. *Auditing: A Journal of Practice and Theory*, vol. 21, n°2, p. 21-38.

Bandura, A. (1986), *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, Englewood cliffs N.J: Prentice-hall.

Barclay, S., Todd, C., Finlay, I., Grande, G. et Wyatt, P. (2002). Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Family Practice*, vol.19, n°1, p. 105–111.

Bardin, L. (2003), *L'analyse de contenu*, Paris : PUF.

Barel, Y. (2001), Complémentarité et contradictions des formes de contrôle. Le cas de la grande distribution. *Finance contrôle stratégie*, vol.4, n°2, p.5-31.

Baret, C. (2002), Hôpital : le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas, Suède. *Sciences Sociales et Santé*, Vol 20, n°3, septembre, p 75-105.

Baron, R. M. et Kenny, D. A. (1986), The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, vol.51, n°6, p.1173-1182.

Barrett, T.F., McDonagh, P. et Granleese, J. (1992), The contagion effect in performance evaluation: evidence from the evaluations of marketing managers: a research note. *British Accounting Review*, vol. 24, n°4, p. 331-341.

Baszanger, I. (1981), Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. *Revue française de sociologie*, vol. 22, p.223-245.

Bauer, T. N. et Green, S. G. (1996), Development of leader-member exchange: A longitudinal test. *Academy of Management Journal*, vol.39, n°6, p. 1538-1567

Beauvois, J.-L. et Joule, R., 1981. *Soumission et idéologies*, Paris : P.U.F.

Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American Journal of Sociology*. Vol. 66, p.32-42.

Becker, T.E., Billings, R., Eveleth, D. et Gilbert, N. (1996), Foci and bases of employee commitment : Implications for job performance. *Academy of Management Journal*, vol. 39, n°2, p. 464-482.

Becker S. et Green D. (1962), Budgeting and employee behavior, *The journal of business*, vol.35, p.392- 402.

Becker, T. E. et Kernan, M. (2003). Matching commitment to supervisors and organizations to in-role and extra-role performance. *Human Performance*, vol. 16, p. 327-348.

Bellanger, M. et Tardif, L. (2006), Accounting and reimbursement schemes for inpatient care in France. *Healthcare Management Science*, vol.9, n°3, p.287-294.

Bentein, K., Vandenberg, R. J., Vandenberghe, C. et Stinglhamber, F. (2005), The role of change in the relationship between commitment and turnover: A latent growth modeling approach. *Journal of Applied Psychology*, vol.90, n°3, p.468-482.

Bentler, P. M. (1990), Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, vol.107, n°2, p.238-246.

Bentler, P. M. et Chou, C.-P. (1988), Practical Issues in Structural Modeling. In J. S. Long, Editor, *Common Problems/Proper Solutions: Avoiding Error in Quantitative Research*, Newbury Park: Sage Publications.

- Bentler, P. M. et Bonett, D. G. (1980), Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, vol. 88, n°3, p.588-606.
- Bergman, M. E. (2006), The relationship between affective and normative commitment: Review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 27, n°5, p.645–663.
- Berta, P., Callea, G., Martini, G. et Vittadini, G. (2009), *The effects of upcoding, cream skimming and readmissions on the Italian hospitals efficiency: a population-based investigation*. MPRA Paper 17671, University Library of Munich, Germany.
- Besson, M., Löning, H. et Mendoza, C. (2004), Les directeurs commerciaux face au processus budgétaire. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, tome 2, vol.10, p.125-154.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (1992), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris :collection 128, Nathan.
- Blau, G.J. (1985), The measurement and prediction of career commitment. *Journal of Occupational Psychology*, vol. 58, n°4, p.277-288.
- Blau, P. M. (1964), *Exchange and power in social life*, New York: Wiley.
- Bonner, S.E. (1994), A model of the effects of audit task complexity. *Accounting, Organizations and Society*, vol.19, n°3, p.213– 234.
- Bonnici, B. (2007), *L'hôpital : obligation de soins, contraintes budgétaires*, Les Etudes de la Documentation française.
- Boulaire, C. et Balloffet, P. (1999), Freins et motivations à l'utilisation d'Internet : une exploration par le biais des métaphores. *Recherche et Applications en Marketing*, vol.14, n°1, p. 21-39.
- Bouquin, H. (2000), « Contrôle et stratégie », in B. Colasse (ed.), *Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit*, Paris :Economica.
- Bouquin, H. (2006), *Le contrôle de gestion : Contrôle de gestion, contrôle d'entreprise et gouvernance*, Paris : Presses Universitaires de France.
- Bouquin, H. (dir.) (2005), *Les grands auteurs en contrôle de gestion*, Editions EMS, collection Grands auteurs.
- Bourguignon, A. (1997), Sous les pavés la plage... ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable. *Comptabilité- Contrôle-Audit*, tome 3, vol. 1 p. 89-101.
- Bozdogan, H. (1987), Model selection and Akaike's information criterion (AIC): The general theory and its analytical extensions. *Psychometrika*. vol.52, n°3, p.345–370.
- Briers, M., Hirst, M. (1990), The role of budgetary information in performance evaluation. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 15, n°4, p.373-398.

- Brignall, S., Modell, S. (2000), An institutional perspective on performance measurement and management in the New Public Sector. *Management Accounting Research*, vol.11, n°3, p. 281-306.
- Brownell, P. (1982), Participation in the budgeting process: when it works and when it doesn't. *Journal of Accounting Literature*, vol. 1, spring, p. 124-153.
- Brownell, P. (1982), The role of accounting data in performance evaluation, budgetary participation and organizational effectiveness. *Journal of Accounting Research*, vol.20, n°1, p.12-27.
- Brownell, P. (1985), Budgetary systems and the control of functionally differentiated organizational activities. *Journal of Accounting Research*, vol.23, n°2, p.502-512.
- Brownell, P. et Dunk, A. (1991), Task uncertainty and its interaction with budgetary participation and budget emphasis: some methodological issues and empirical investigation. *Accounting, Organizations and Society*, vol.16, n°8, p.693-703.
- Brownell, P. et Hirst, M.K. (1986), Reliance on accounting information, budgetary participation, and task uncertainty: tests of a three-way interaction. *Journal of Accounting Research*, vol.24, n°2, p.241-249.
- Buchanan, B. (1974), Building organizational commitment: The socialization of managers in work organizations. *Administrative Science Quarterly*, vol.19, p. 533–546.
- Bunderson, J. S. (2001), How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: Doctors' responses to perceived breach. *Journal of Organizational Behavior*, vol.22, n°7, p.717–741.
- Bruns, W.J. et Waterhouse, J.H. (1975), Budgetary Control and Organization Structure. *Journal of Accounting Research*, Autumn, p. 177- 203.
- Bunce, P. Fraser R., Woodcock Lionel (1995), Advanced Budgeting: a Journey to Advanced Management Systems. *Management Accounting Research*, n° 6, p. 253-265.
- Burlaud, A., et Simon, C. (1997), *Le contrôle de gestion*, Paris : Éditions La Découverte, collection Repères.
- Burlaud, A., Teller, R., Chatelain-Ponroy, S., Mignon, S. et Walliser, E. (2004), *Contrôle de gestion*, Paris : Editions Vuibert.
- Busse, R., Schreyogg, J. et Smith, P.S. (2006), Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*, vol.9, p.211-213.
- Butler, J. K. (1983), Value importance as a moderator of the value fulfillment–job satisfaction relationship: Group differences. *Journal of Applied Psychology*, vol.68, n°3, p. 420–428.
- Capdevielle- Mounibas, V. (2009), Intérêts et limites de la méthodologie Alceste pour le vécu de l'annonce de diagnostic. *Critical Thinking in Health Psychology*,

International Society of Critical Health Psychology, 6th Biennial Conference, Lausanne.

Carricano M. et Poujol F. (2008), *Analyse de données avec SPSS*, Paris :Pearson Education.

Cauvin, C. (1997), « Etablissements de santé: spécificité de la gestion et particularité du management », in *Encyclopédie de gestion*, sous la dir. de Y. Simon et P. Joffre, Economica.

Chapman, C. S. (1997), Reflections on a contingent view of accounting. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 22, n°2, p. 189-205.

Charles-Pauvers B. et Commeiras N. (2002), « L'implication : le concept », in *L'implication au travail*, J.P. Neveu et M. Thévenet (coord.), éd. Vuibert, collection Entreprendre, Institut Vital Roux.

Chatelain -Ponroy S. et Sponem S. (2010), « Les comportements face au contrôle », in *Contrôle de gestion, perspectives stratégiques et managériales*, Berland N. et De Rongé Y. (coord), Clermont Ferrand, Ed. Pearson Education.

Chatelain -Ponroy S. et Sponem S. (2010), « Le contrôle de gestion dans le secteur non marchand », in *Contrôle de gestion, perspectives stratégiques et managériales*, Berland N. et De Rongé Y. (coord), Clermont Ferrand, Ed Pearson Education.

Chauvenet, A. (1972), Professions hospitalières et division du travail, *Sociologie du travail*, 14-2, p.145-163.

Chenhall, R. H. (2003), Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 28, n°2-3, p. 127-168.

Chenhall, R. H. et Langfield-Smith, K. (1998), The relationship between strategic priorities, management techniques and management accounting: an empirical investigation using a systems approach. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 23, n°3, p.243-264.

Chiapello, E. (1996), Les typologies des modes de contrôle et leurs facteurs de contingence : un essai d'organisation de la littérature. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, tome 2, vol.2, p. 51-74.

Churchill, G. A. (1979), A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, vol. 16, p. 64-73.

Colasse, B. (dir.) (2000), *Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit*, Paris : Economica.

Comerford S.E., Abernethy M.A. (1999), Budgeting and the management of role conflict in Hospital. *Behavioral research in accounting*, vol. 11, p. 93-110.

Commeiras N. (1998), L'intéressement légal, une composante de la stratégie

d'implication organisationnelle : les résultats d'une étude de perception. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°25, p. 3-21.

Commeiras N., Loubès A. et Fournier C. (2009), Les effets des tensions de rôles sur l'implication au travail : une étude auprès des managers de rayon. *Revue Management International*, vol.13, p.73-89.

Commeiras, N. et Naro G. (2000), «Contrôle de gestion et systèmes de rémunération dans les nouvelles formes d'organisation», dans *Les rémunérations : Politiques et pratiques pour les années 2000*, sous la direction Jean-Marie Peretti et Patrice Roussel, Paris : Vuibert, coll. Entreprendre.

Commeiras, N., Fournier C. (2001), Critical Evaluation of Porter et al.'s Organizational Commitment Questionnaire: Implications for Researchers. *Journal of Personal Selling and Sales Management*, vol. 21, p.239–245.

Copur, H. (1990), Academic professionals: A study of conflict and satisfaction in professional. *Human Relations*, vol.43, n° 2, p.113-127.

Couper, M. P. (2000), Web surveys. *Public Opinion Quarterly*, vol.64, p. 464-495.

Couper, M. P., Tourangeau, R., Conrad, F. G. et Crawford, S. D. (2004), What they see is what we get: Response options for web surveys. *Social Science Computer Review*, vol. 22, n°1, p.111-127.

Covaleski, M. A. et Dirsmith, M. W. (1983), Budgeting as a means for control and loose coupling. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 8, n° 4, p. 323-340.

Covaleski, M. A., Dirsmith, M. W. et Michelman, J. E. (1993), An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 18, n° 1, p. 65-80.

Covaleski, M. A., Dirsmith, M. W. et Samuel, S. (1996), Managerial accounting research: The contributions of organizational and sociological theories. *Journal of Management Accounting Research*, vol. 8, n°1, p.1-35.

Covaleski, M. A., Evans, J. H., Luft, J. L. et Shields, M. D. (2003), Budgeting research: three theoretical perspectives and criteria for selective integration. *Journal of Management Accounting Research*, vol. 28, n°5, p. 3-49.

Cronbach, L. J. (1968), Statistical Tests for Moderator Variables: Flaws in Analyses Recently Proposed. *Psychological Bulletin*, vol. 102, p. 414-417.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977), *L'acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil.

Cueille, S. (2008), « Transformations organisationnelles à l'hôpital : synthèse provisoire et perspectives » dans *Le management public en mutation* (collectif, Huron et Spindler), Paris : l'Harmattan.

Dafny, L.S et Leemore, S. (2005), How Do Hospitals Respond to Price Changes?.

American Economic Review, vol.95, n°5, p. 1525-1547.

Davila, T. (2000), An empirical study on the drivers of management control systems' design in new product development. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 25, n°4-5, p. 383-409.

DeCoster, D.T., Fertakis, J.P. (1968), Budget-induced pressure and its relationship to supervisory behavior. *Journal of Accounting Research*, vol. 6, n°4, p. 237-246.

Demeulenaer P. (1997), *Histoire de la Théorie Sociologique*. Paris : Hachette Supérieur.

Dent, J. F. (1990), Strategy, organization and control: Some possibilities for accounting research. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 15, n° 1-2, p. 3-25.

Desharnais, S., Kobrinski, E., Chesney, J., Long, M., Ament, R. et Fleming, S. (1987), The Early Effects on the Prospective Payment System on Inpatient Utilization and the Quality of Care. *Inquiry*, vol. 24, n°1, p.7-16.

Didellon, L., Valette-Florence, P. (1996), L'utilisation des indices d'ajustement dans les modèles d'équations structurelles : présentation et recommandations d'usages, *Actes des XIIIèmes Journées Nationales des IAE*, Toulouse, 2, p.111-126.

DiMaggio, P. J. et Powell, W. (1983), The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, vol.48, n° 2, p. 147-160.

Dukerich, J.M., Golden, B.R. et Shortell, S.M. (2002), Beauty is in the eye of the beholder: The impact of organizational identification, identity, and image on the cooperative behaviors of physicians. *Administrative Science Quarterly*, vol. 47, n° 3, p. 507-533.

Dunham, N.C, Kindig, D.A, et Schultz, R. (1994), The value of the Physician Executive Role to Organizational Effectiveness and Performance. *Journal of Applied Psychology*, vol. 81, n°4, p. 358- 368.

Dunk, A. S. (1989), Budget emphasis, budgetary participation and managerial performance: A note. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 14, n° 4, p. 321-324.

Dunk, A. S. (1990), Budgetary participation, agreement on evaluation criteria and managerial performance: A research note. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 15, n° 3, p. 171-178.

Dunk, A. S. (1992), Reliance on budgetary control, manufacturing process automation and production subunit performance: A research note. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 17, n° 3-4, p. 195-203.

Dunk, A.S. (1993), The effect of budget emphasis and information asymmetry on the relation between budgetary participation and slack. *The Accounting Review*, vol.68,n°2, p. 400-410.

- Dunk, A. S. et Nouri, H. (1998), Antecedents of budgetary slack: a literature review and synthesis. *Journal of Accounting Literature*, vol. 17, n°2, p. 72-96.
- Dupuy, Y. (1999), *Faire de la recherche en contrôle de gestion ?* Vuibert, collection Fnege.
- Eisenberg, J.M. (2002), Physician utilization: The state of research about physicians' practice patterns. *Medical care*, vol.40, n°11, p.1016-1035.
- Emsley, D. (2000), Variance analysis and performance: two empirical studies. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 25, n° 1, p. 1-12.
- Emsley, D. (2001), Budget-emphasis in performance evaluation and managers job related tension: the moderating effect of information from variance analysis. *British Accounting Review*, vol. 33, n° 3, p. 399-419.
- Evrard, Y., Pras, B. et Roux, E. (2003), *Market. Etudes et recherches en marketing*, Paris : Dunod.
- Ezzamel, M. (1990), The impact of environmental uncertainty, managerial autonomy and size on budget characteristics. *Management Accounting Research*, vol. 1, n°3, p. 181-197.
- Ezzamel, M. (1994), Organizational change and accounting: understanding the budgeting system in its organizational context. *Organization studies*, vol. 15, n°2, p. 213-240.
- Ezzamel, M., Hoskin, K. W. et Macve, R. H. (1990), Managing it all by numbers: a review of Johnson et Kaplan Relevance Lost. *Accounting and Business Research*, vol. 20, n°2, p.153-160.
- Farley, D., et Hogan, C. (1990), Specialization in the Market for Hospital Services. *Health Services Research*, vol. 25, n°5, p. 757-781.
- Fenneteau H. (2002), *Enquête: entretien et questionnaire*, Paris :Dunod.
- Fisher, J. (1995), Contingency-based research on management control systems: categorization by levels of complexity. *Journal of Accounting Literature*, vol.14, n°1, p. 24-53.
- Flamholtz, E. G. (1983), Accounting, budgeting and control systems in their organizational context: theoretical and empirical perspectives. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 8, n° 2-3, p. 153-169.
- Flamholtz, E. G., Das, T. K. et Tsui, A. S. (1985), Toward an integrative framework of organizational control. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 10, n° 1, p. 35-50.
- Fornell, Claes and David F. Larcker (1981), Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, vol.18, n°2, p. 39-50.

- Foucault, M. (1975), *Surveiller et punir, naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Freeborn DK. (2001), Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal Medicine*, vol. 174, n°1, p. 13-18.
- French, J. R. P., Jr., Israel, J. et Aas, D. (1960). An experiment on participation in a Norwegian factory. *Human Relations*, vol. 13, p. 3-19.
- Friedberg, E. (2001), La théorie des organisations, *Conférence Edogest*, Paris, Université Paris Dauphine.
- Gavard-Perret, M. L., Helme-Guizon, A. (2008), Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative. Dans *Méthodologie de la recherche* (eds Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., Jolibert, A.), Paris: Pearson Education.
- Gavart-Perret M.L. Moscarola J. (1998), Enoncé ou énonciation ? Deux objets différents de l'analyse lexicale en marketing. *Recherche et application en marketing*, vol. 13, n°2, p. 31-41.
- Gervais, M. (2000), *Contrôle de gestion*. Paris: Economica.
- Glaser, B. et Strauss, A. (1967), *The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative research*. London: Wiedenfeld and Nicholson.
- Govindarajan, V. (1984), Appropriateness of accounting data in performance evaluation: an empirical investigation of environmental uncertainty as an intervening variable. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 9, n° 2, p. 125-135.
- Govindarajan, V. (1988), A Contingency Approach To Strategy Implementation At The Business Unit Level: integrating administrative mechanisms with strategy. *Academy of Management Journal*, vol. 31, n° 4, p. 828-853.
- Govindarajan, V. et Gupta, A. K. (1985), Linking control systems to business unit strategy: impact on performance. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 10, n° 1, p. 51- 66.
- Greco P.I. et Eisenberg, J.M. (1993), Changing physician practices. *New English Journal Medical*. 829, p. 1271-1274.
- Gueguen, G. (2001), « Environnement et management stratégique des PME : Le cas du secteur internet », Thèse en Sciences de Gestion, Montpellier I.
- Guerin, G., Wils, T. et L. Lemire. (1997), Le malaise professionnel : variation selon les facteurs individuels et organisationnels. *Revue canadienne des sciences de l'administration*, vol.14, n°3, p. 259–289.
- Gupta, A. K. et Govindarajan, V. (1986), Resource Sharing Among SBUs: Strategic Antecedents and Administrative Implications. *Academy of Management Journal*, vol.

29, n° 4, p. 695-714.

Gurviez P. and M. Korchia (2002), Proposition d'une échelle de mesure multidimensionnelle de la confiance dans la marque, *Recherche et Applications en Marketing*, vol 17, n°3, p. 41-61.

Guterman, S., Eggers, P., Riley, G., Greene, T. et Terell, S. (1988), The First 3 Years on Medicare Prospective Payment: An Overview, *Health Care Financing Review*, vol. 9, n°1, p. 67-77.

Hackman, J.R., and Oldham, G.R. (1980), *Work Redesign*, Massachusetts: Addison Wesley Publishing Company.

Hafferty, F.W, et Light D.W (1995), Professional Dynamics and The Changing Nature of Medical Work. *Journal of Health and Social Behavior*, vol.36, numéro special, p.132-153.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham R.L. et Black, W.C. (1998), *Multivariate Data Analysis*, 5th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Halgand N. (1995), Les problèmes de pertinence des coûts pour le contrôle : le cas Hospitalier. *Comptabilité- Contrôle-Audit*, tome 1, vol. 2, p. 34-51

Halgand, N. (2000), Calcul des coûts et contrôle budgétaire de l'hôpital : éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable, *XXIème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, 18-19 mai, Angers.

Hall, D. T. (1972), A model of coping with role conflict: The role behavior of college educated women. *Administrative Science Quarterly*, vol.17, n°, p.471-486.

Harrison, G. L. (1992), The cross-cultural generalizability of the relation between participation, budget emphasis and job related attitudes. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 17, n°1, p. 1-15.

Harrison, G. L. (1993), Reliance on accounting performance measures and superior evaluative style: the influence of national culture and personality. *Accounting, Organizations and Society*, vol.18, n°3, p. 319-339.

Hartmann, F.G.H. (2000), The appropriateness of RAPM : toward the further development of theory. *Accounting, Organizations and Society*, vol.25, n°4, p. 451-482.

Hartmann, F.G.H. (2005), The effects of tolerance for ambiguity and uncertainty on the appropriateness of accounting performance measures. *Abacus*, vol. 41, n°3, p. 214-264.

Hartmann, F.G.H. (2007), Do Accounting Performance Measures Indeed Reduce Managerial Ambiguity Under Uncertainty? In J.Y. Lee et M.J. Epstein (Eds.), *Advances in Management Accounting*, Oxford: Elsevier JAI.

Hartmann, F. G. H., et Moers, F. (1999). Testing contingency hypotheses in budgetary research: an evaluation of the use of moderated regression analysis. *Accounting*,

Organizations and Society, vol. 24, n° 6, p.291–315.

Hartmann, F.G.H. et Moers, F. (2003), Testing Contingency Hypotheses in Budgetary Research using Moderated Regression Analysis, a Second Look. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 28, n°7-8, p. 803-810.

Hartmann, F.G.H. et Naranjo-Gil, D. (2007), Management accounting systems, top team heterogeneity and strategic change. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 32, n°7-8, p. 735-756.

Hartmann, F.G.H., Naranjo-Gil, D. et Perego, P.M. (2010), The effects of leadership styles and use of performance measures on managerial behavior. *The European Accounting Review*, vol. 19, n°2, p. 275-310.

Henri, P., et Moscovici., S. (1968), Problèmes de l'analyse de contenu. *Langages*, vol.11, p.36-60.

Herrbach.O., Mignonac K., et Sire, B. (2006), Identification ou implication organisationnelle ? Enjeux théoriques et de mesure pour la recherche en GRH. *Revue de gestion des ressources humaines*, n°59, p. 3-16.

Higgins LW. (1999), Nurses' perceptions of collaborative nurse-physician transfert decision making as a predictor of patient outcomes in a medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nurse*, vol. 29, n°6, p. 1434-1443.

Hirst, M.K. (1983), Reliance on accounting performance measures, task uncertainty and dysfunctional behavior: some extensions. *Journal of Accounting Research*, vol. 21, n° 2, p. 596-605.

Hirst, M.K. (1987), Some further evidence on the effects of budget use and budget participation on managerial performance. *Australian Journal of Management*, vol.12, n°4, p. 49-56.

Hirst M. K.et Yetton, P. (1984), Influence of reliance on accounting performance measures and job structure on role ambiguity for production and non-production jobs. *Australian Journal of Management*, vol. 9, n°1, p. 53-63.

Hoff, T.J. (1999), The paradox of legitimacy: physician executives and the practice of medicine. *Health Care Management Review*, vol.24, n°4, p.54-64.

Hoff, T.J. (1999), The Social Organization of Physicians Managers in a Changing HMO. *Work and Occupations*, vol. 26, n°3, p.324-351.

Hoff, T. J. (2001), Exploring dual commitment among physician executives in managed care. *Journal of Healthcare Management*, vol. 46, n°2, p.91- 109.

Hofstede, G.H. (1977), *Contrôle budgétaire: les règles du jeu*. Paris :Editions Hommes et techniques.

Hofstede, G. (1978), The Poverty of Management Control Philosophy. *Academy of*

Management Review, July, p. 450-461.

Hofstede, G. (1981), Management control of public and not-for-profit activities, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 6, n° 3, p.193-211.

Hood, C. (1991), A public management for all seasons?. *Public Administration*, volume 69, n°1, p. 3-19.

Hood, C. (1995), The New Public Management in the 1980s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, n°2-3, p.93-109.

Hopwood, A. G. (1972), An empirical study of the role of accounting data in performance evaluation. *Journal of Accounting Research*, Supplement: p.156-182.

Hopwood, A. G. (1973), *An accounting system and managerial behaviour*. London: Saxon House.

Hopwood, A. G. (1974), *Accounting and human behaviour*, New Jersey: Prentice Hall.

Hopwood, A. G. (1974), Leadership climate and the use of accounting data in performance evaluation. *The Accounting Review*, July, p. 485-495.

Howard, T. et Stout, D. (2006), Reasons accounting case/instructional resource papers are rejected for publication. *Journal of Accounting Education* vol. 24, p. 1-15.

Hughes, M.A et Kwon, S.I. (1990), An integrative framework for theory construction and testing. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 15, p.179-191.

Igalens, J. et Roussel, P. (1998), *Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines*, Paris, Economica.

Inglebert, X. (2005), *Manager avec la LOLF*. Collection réforme de l'Etat, Paris : Groupe Revue Fiduciaire.

Irving, P.G., Coleman, D.F., et Cooper, C.L. (1997), Further assements of a three component model of occupational commitment: generalizability and difference across Occupations, *Journal of Applied Psychology*, vol. 82, n° 3, p. 444-452.

Iverson, R. (1996), Employee acceptance of organizational change: the role of organizational commitment. *The Intemational Journal of Human Resource Management*, vol.1, p.122-149.

Jacques, E. "La console wii, une technologie tolérante", thèse de doctorat en sociologie de l'université de Nice, décembre 2009. Publication en cours aux éditions l'Harmattan.

Jacques, JM., Lobet-Maris, C. et Rousseau, A. (2004), *La modernisation de l'hôpital :Kaléidoscopie du changement*. Namur, Belgique : Presses Universitaires de Namur.

James, L. R., Mulaik, S A, et Brett, J M (1982) *Causal analysis Assumptions, models, and data*, Beverly Hills: NCA Sage.

- Jick, T. (1979), Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, decembre, p. 602-611.
- Joannides, V., Berland, N. (2008), Grounded Theory : quels usages dans les recherches en contrôle de gestion. *Comptabilité Contrôle Audit*, Numéro thématique, p.141-162.
- Jöreskog, K. G., Sörbom, D. (1984), *LISREL VI user's guide*, Mooresville,IN: Scientific Software.
- Joule, R.-V. et Beauvois, J.-L. (2002), *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Vies Sociales, Grenoble :Presses Universitaires de Grenoble.
- Kahn, R. L. Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D. et Rosenthal, R. A. (1964), *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*. New York: John Wiley.
- Kahn, R. L. (1972). Discussion of: An Empirical Study of the Role of Accounting Data in Performance Evaluation. *Journal of Accounting Research*, vol. 10, p.183-186.
- Kanungo R.N. (1982), Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, vol. 67, n°3, p 341-349.
- Kenis, I. (1979), Effects of budgetary goals characteristics on managerial attitudes and performance. *The Accounting Review*, vol. 54, n° 4, p.707-721.
- Ketchand A.A. et Strawser J.R. (2001), Multiple dimension of organizational commitment a note of research. *Behavioral accounting research*, vol. 13, n° 1, p.221-251.
- King, L. A.et King, D. W. (1990), Role conflict and role ambiguity: A critical assessment of construct validity. *Psychological Bulletin*, vol. 107, p. 48-64.
- King R.C. et Sethi V. (1997), The moderating effects of organizational commitment on burn-out in information system professionals. *European Journal of Information Systems*, vol.6, n°2, p.86-96.
- Kline, R.B. (2005), *Principles and practice of structural equation modeling*, New York: Guilford Press.
- Kreiner, G.E. et Ashforth, B.E. (2004). Evidence toward an expanded model of organizational Identification. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 25, n° 1, p. 1-27.
- Kren, L. (1997), "The role of accounting information in organizational control : the state of the art", In V. Arnold et B. Sutton (Eds.), *Behavioral Accounting Research: Foundations and Frontiers*, Florida : Sarasota.
- Kren, L.et Liao, W.M. (1988), The role of accounting information in the control of organizations: a review of the evidence. *Journal of Accounting Literature*, vol. 7, n° 3, p.280-309.

- Kurunmäki, L. (1999) Professional versus financial capital in the field of health care - struggles for the redistribution of power and control. *Accounting, Organizations and Society*, vol 24, n°2, p.95-124.
- Kuttner, R. (1998), Must Good HMOs Go Bad?, *New England Journal of Medicine*, vol. 338, p. 1558-1563.
- Laforge, H. (1981), *Analyse multi variée pour les sciences sociales et biologiques avec applications des logiciels BMD, BMDP, SPSS, SAS*, Montréal : Édition Étude Vivantes.
- Lambin, J. J. (1990), *La recherche marketing*. Paris: McGraw-Hill.
- Langevin, P. et Naro, G. (2003), Contrôle et comportements : une revue de littérature anglosaxonne, *XXIVème congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, Louvain la Neuve*.
- Langfield-Smith, K. (1997), Management control systems and strategy: a critical review. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 22, n° 2, p. 207-232.
- Lau, C. M. et Buckland, C. (2001). Budgeting-the Role of Trust and Participation: A Research Note, *Abacus*, vol. 37, p. 369-388.
- Lau, C.M., Low, L.C.et Eggleton, I.R.C. (1995), The impact of reliance on accounting performance measures on job-related tension and managerial performance: additional evidence. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, n°5, p.359-381.
- Lau, C.M. et Shohilin, M. (2005), Financial and nonfinancial performance measures: How do they effect job satisfaction?. *The British Accounting Review*, vol. 37, n° 4, p. 389-413.
- Lau, C. M., and Tan J.J. (2003), The effects of participation and job-relevant information on the relationship between evaluative style and job satisfaction, *Review of Quantitative Finance and Accounting*, vol.21 (July), p. 17-34.
- Lau, C. M. et Tan, J. J. (1998). The impact of budget emphasis, participation and task difficulty on managerial performance: A cross-cultural study of the financial services sector. *Management Accounting Research*, vol. 9, p.163-183.
- Lawrence, D.M., Mattingly, P.H., et Ludden, J.M. (1997), Trusting in the Future: The District Advantage of Nonprofit HMOs. *The Milbank Quaterly*, vol. 75, n°1, p.5-10.
- Lawrence, P. R., et Lorsch, J. W. (1967) Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12, p.1-47.
- Lawrence, P.R. et Lorsch J.W: *Organization and environment*. Harvard University Press 1967. Trad. française. *Adapter les structures de l'entreprise*. Paris : Editions d'Organisation, 1973.
- Lamy Santé, octobre 2002, Fasc. n°307-14, *Standards, Options et Recommandations*

(SOR).

Larivet, S. (2002), Les réalités de l'intelligence économique en PME, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Toulon et du Var.

Lega, F., DePietro, C. (2005), Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. *Health Policy*, vol.74, n°3, p.261-281.

Leicht, K. T. et Fennell, M. L. (1997), The Changing Organizational Context of Professional Work. *Annual Review of Sociology*, vol.23, p.215–31.

Lert, F. (1996), Le rôle professionnel peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières?, *Sciences Sociales et Santé*, 14-3, p. 103-115.

Lindsay, R.M. (1995), Reconsidering the Status of Tests Significance: an alternative criterion of Adequacy. *Accounting Organizations and Society*, vol.20, p. 35-53

Lorence, P. et Richards, M. (2002), Variation in coding influence across the USA: risk and reward in reimbursement optimization. *Journal of Management in Medicine*, vol. 166, p. 422-435.

Lorino P. (1995), *Comptes et récits de la performance. Essai sur le pilotage de l'entreprise*. Paris : Les éditions d'organisations.

Loubes A., "Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel – une étude empirique", Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Montpellier II, soutenue le 7 janvier 1997.

Lowe, E. A. et Shaw, R. W. (1968), An analysis of managerial biasing: evidence from a company's budgeting process. *The Journal of Management Studies*, vol. 5, n° 3, p. 304-315.

Luft, J. et Shields, M. D. (2003), Mapping management accounting: graphics and guidelines for theory-consistent empirical research. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 28, n° 2-3, p. 169-249.

Lukka, K. (1988), Budgetary biasing in organizations: theoretical framework and empirical evidence. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 24, n° 3, p. 281-301.

Lyne, S. R. (1988), The Role of the Budget In Medium and Large U.K. Companies and the Relationship with Budget Pressure and Participation. *Accounting and Business Research*, vol. 18, n° 71, p. 195-212.

Lyne, S. R. (1992), Perceptions and attitudes of different user-groups to the role of budget, budget pressure and budget participation. *Accounting and Business Research*, vol. 22, n°3, p. 357-369.

MacCallum, R. C. et Austin, J. T. (2000), Applications of Structural Equation Modeling in Psychological Research. *Annual Review of Psychology*, vol.51, p. 201-226.

- Macintosh, N. B. et Daft, R. L. (1987), Management control systems and departmental interdependencies: An empirical study. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 12, n° 1, p. 49-61.
- Mael, F. et Ashforth, B.E. (1992), Alumni and their alma mater : A partial test of the reformulated model of organizational identification. *Journal of Organizational Behavior*, vol. 13, n° 1, p.103-123.
- Mael, F.A. et Tetrick, L.E. (1992), Identifying organizational identification. *Educational and Psychological Measurement*, vol. 52, n° 4, p. 813-824.
- Maillard C. (1986), *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris : Dunod.
- Manton, K., Woodbury, M., Vertrees, J., et Stallard, E. (1993), Use of Medicare Services before and after Introduction of the Prospective Payment System. *Health Services Research*, vol. 28, n°3, p. 269-292.
- March, J. G. et Simon, H.A. (1958), *Organizations*. New York, NY: John Wiley.
- Marginson, D. et Ogden, S. (2005), Coping with ambiguity through the budget: the positive effects of budgetary targets on managers' budgeting behaviours. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 30, n°5, p. 435-456.
- Marginson, D. E. W. (2002), Management control systems and their effects on strategy formation at middle-management levels: evidence from a U.K. organization. *Strategic Management Journal*, vol. 23, n°11, p. 1019-1031.
- Mathieu, J.E. et Zajac, D.M. (1990), A review and Meta analysis of the Antecedents, Correlates, and Consequences of Organizational Commitment. *Psychological Bulletin*, vol. 108, n°2, p. 171-194.
- Merchant, K. A. (1981), The design of the corporate budgeting system: influences on managerial behavior and performance. *The Accounting Review*, vol.14, n°4, p. 813-829.
- Merchant, K. A. (1982), The control function of management. *Sloan Management Review*, Summer, p. 44-55.
- Merchant, K. A. (1984), Influences on departmental budgeting: an empirical examination of a contingency model. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 9, n° 3-4, p. 291-307.
- Merchant, K. A. (1985), Budgeting and the propensity to create budgetary slack. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 10, n° 2, p. 201-210.
- Merchant, K. A. (1985), *Control in business organizations*, Marshfield, Pitman.
- Merchant, K. A. (1985), Organizational controls and discretionary program decision making: A field study. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 10, n° 1, p. 67-85.

- Merchant, K. A. (1990), The effects of financial controls on data manipulation and management myopia. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 15, n° 4, p. 297-313.
- Merchant, K. A. et Manzioni, J.-F. (1989), The achievability of budget targets in profit centers: a field study. *The Accounting Review*, vol. 64, n° 3, p. 539-558.
- Merchant, K. A. et Van der Stede, W. A. (2003), *Management control systems: performance measurement, evaluation and incentives*, Financial Times, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall Education.
- Merton, R. K. (1957), *Social theory and social structure*, New York, The Free Press, 2nd edition. Trad. franç. *Eléments de théorie et méthode sociologiques*, Paris, Armand Collin, 1997.
- Meyer, J.P. et Allen, N.J. (1991), A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, vol. 1, n° 1, p. 61-89.
- Meyer, J. P., et Allen, N. J. (1997), *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. Newbury Park, CA: Sage.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., et Smith, C. A. (1993), Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, vol. 78, n° 4, p. 538–551.
- Meyer, J. P., Bobocel, D. R., et Allen, N. J. (1991), Development of organizational commitment during the first year of employment: A longitudinal study of pre- and post-entry influences. *Journal of Management*, vol. 17, n° 4, p.717–733.
- Meyer, J. P. et Herscovitch, L. (2001), Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human Resource Management Review*, vol.11, n°3, p.299–326.
- Meyer, J. P., Paunonen, S. V., Gellatly, I. R., Goffin, R. D., et Jackson, D. N. (1989), Organizational commitment and job performance: It's the nature of the commitment that counts. *Journal of Applied Psychology*, vol.74, n°1, p.152–156.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L. et Topolnytsky, L. (2002), Affective, continuance and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 61, n°1, p. 20–52.
- Milani, K. (1975), Budget setting, performance and attitudes. *The Accounting Review*, vol. 50, April, p. 539-558.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003), *Analyse des données qualitatives*, Paris : De Boeck.
- Miller, P. (1994), “Accounting as social and institutional practice: an introduction”, In

- A. G. Hopwood et P. Miller (Eds.), *Accounting as social and institutional practice*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Miller, P. (2000), How and why sociology forgot accounting. *Accounting, Organizations and Society 25th Anniversary conference*, University of Oxford.
- Miller, P. et O'Leary, T. (1987), Accounting and the construction of the governable person. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 12, n° 3, p. 235-265.
- Mintzberg, H. (1979), *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall. Trad. franç. *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Les Editions d'Organisation.
- Mintzberg, H. (1989), *Le management , Voyage au centre des organisations*, Paris : Les Editions d'Organisation.
- Mitchell, R.G. (1993), *Secrecy and Fieldwork*, Newbury Park: Sage.
- Mizrahi, T. (1986), *Getting rid of patients: Contradictions in the socialization of physicians*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Modell, S. (2002), Institutional perspectives on cost allocations: integration and extension. *The European Accounting Review*, vol. 11, n° 4, p. 653-679.
- Molinié E. (2005). *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. Étude du conseil économique et social, Année 2005. - N°10 NOR : C.E.S. X00000110V. <http://www.ces.fr/rapport/doclon/05062810.pdf>
- Montgomery, K. (1992), Professional Dominance and the Threat of Corporatization, In *Current Research on Occupations and Professions*, vol. 7, edited by H.Z.Lopata. Greenwich: JAI Press.
- Moulder, B. C. et Algina, J. (2002). Comparison of methods for estimating and testing latent variable interactions. *Structural Equation Modeling*, vol. 9, p. 1–19.
- Mowday, R.T., Porter, L.W. et Steers, R.M. (1979), The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 14, n° 2, p. 224-247.
- Naranjo-Gil, D. (2009), Management information systems and strategic performances: The role of top team composition. *International Journal of Information Management*, vol.29, p.104–110.
- Naranjo-Gil, D. et Hartmann, F.G.H. (2007), How CEOs use management information systems for strategy implementation in hospitals. *Health Policy*, vol.81, n°1, p.29-41.
- Naro G. (1998), La dimension humaine du contrôle de gestion : la recherche anglo-saxonne sur les aspects comportementaux de la gestion budgétaire. *Comptabilité – Contrôle – Audit*, Tome 4, vol.2, p. 45-62.

- Naro G. (2002), Les déterminants du slack budgétaire : une note de recherche, *Cahiers de recherche du Crego*, n°11, p.74-85.
- Naro, G. (2010), Perspectives critiques en comptabilité ; le Nouveau Management Public en question (s), In *Mondialisation, Management et Ecologie. Regards critiques en Sciences de Gestion* (Eds. Palpacuer F., Leroy M., Naro G.), Paris : Editions Hermès, Lavoisiers.
- Neveu, J.P. (2006), « Théories de l'implication » in *Encyclopédie des Ressources Humaines*, J.Allouche, Paris: Vuibert.
- Nobre, T. (2000), Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? *Proceeding of XXIème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, 18-19 mai, Angers.
- Nobre, T. (2001), Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du tableau de bord prospectif. *Comptabilité-Contrôle-Audit*, tome 7, vol.2, p.125-146.
- Nobre, T. and Biron, N. (2001), Application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie : le cas de la chirurgie infantile. *Proceeding of XXIIIème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité*, 17-19 mai, Metz
- Noeverman, J., Koene, B. et Williams, R. (2005), Construct measurement of evaluative style: review and proposal. *Qualitative research in Accounting and Management*, vol. 2, n°1, p.77-107.
- Noy, S., et R. Lachman. (1993), Physician-hospital conflict among salaried physicians. *Health Care Management Review*, vol. 18, n°1, p.60-69.
- Nunnally, C. J. (1978), *Psychometric Methods*. New York: Harper and Row.
- Onsi, M. (1973), Factor analysis of behavioral variables affecting budgetary slack. *The Accounting Review*, vol. 48, n° 3, p. 535-548.
- Or Z. et Renaud T. (2009), Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital : Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. *Document de travail IRDES*, n° 21, 22 pages.
- Orlikowski, W. J. (2001), Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations. *Organization Science*, vol. 11, n°4, p. 404-428.
- Otley, D. (1978), Budget use and managerial performance. *Journal of Accounting Research*, vol. 16, n°1, p.122-149.
- Otley, D. (1999), Performance management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, vol. 10, n°4, p. 363-382.
- Otley, D., Fakiolas, A. (2000), Reliance on accounting performance measures: dead end or new beginning? *Accounting, Organizations and Society*, vol. 25, n° 1, p.497-510.

- Otley, D., Pollanen, R.M (2000), Budgetary criteria in performance evaluation: a critical appraisal using new evidence. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 25, n°4, p.483-496.
- Ouchi, W. (1977), The relationship between organisational structure and organisational Control. *Administrative Science Quarterly*, vol. 22, p. 95-113.
- Ouchi, W. (1978), The transmission of control through organizational hierarchy. *Academy of Management Journal*, vol. 21, n° 2, p. 173-192.
- Ouchi, W. (1979), A conceptual framework for the design of organizational control Mechanisms. *Management Science*, vol. 25, n° 9, p. 833-848.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2003), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Parker, L. D. et Roffey, B. H. (1997), Methodological themes: back to the drawing board. *Accounting, Auditing and Accountability* vol. 10, n° 2, p. 212–247.
- Pedhazur, E. J. et Pedhazur-Schmelkin, L. (1991), *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*, Hillsdale, New Jersey, LEA.
- Percebois J. (2002), La définition des missions de service public, *Revue de l'Energie*, n°534 (Février 2002), p. 81-89.
- Pesqueux, Y. (2000), *Le gouvernement d'entreprise comme idéologie*, Paris, Ellipses.
- Pfeffer, J. et Salancik, G. R. (1978), *The external control of organizations: a resource dependence perspective*, New York, Harper et Row.
- Pires, A. (1997), « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique ». in *La recherche qualitative ; Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (eds, Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L-H.) Montréal: Gaëtan Morin.
- Pollitt, Ch. (1990), *Managerialism and the public services: the Anglo-American experience*. Blackwell Pub.
- Porter L.W., Mowday R.T., Steers R.M. et P.V. Boulian. (1974), Organizational Commitment, job satisfaction and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, vol.59, n°5, p.603-609.
- Postmes, T., M. Tanis et B. de Wit, (2001), Communication and commitment in organizations : A social identity approach, *Group Processes and Intergroup Relations*, vol. 4, n° 3, p. 227-246.
- Propper C, Burgess S and Green K. (2004), Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics*, vol.88, n°7-8, p.1247-1272.

Puel, H. (2003), « *Place de l'éthique dans le gouvernement des entreprises et des organisations* » in Encyclopédie des ressources humaines. Editions Vuibert.

Quattrone, P. (2000), Constructivism and accounting research: Towards a trans-disciplinary perspective. *Accounting, Auditing et Accountability*, vol. 13, n° 2, p.130 – 155.

Quivy R. et Van Campenhoudt L. (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod.

Raymond B. Cattell. (1996), The Scree Test For The Number Of Factors, *Multivariate Behavioral Research*, 1532-7906, vol.1, n° 2, p.245 – 276.

Robert Holcman (2007), *La fin de l'hôpital public ?*, Paris:Lamarre.

Rocher, G. (1970), *Introduction à la sociologie générale: l'action sociale*, Éditions HMH Points.

Rojot, J. (2003), *Théorie des organisations*, Paris :Editions Eska.

Rosenberg, M.A., Fryback, D.G., et Katz, D.A. (2000) A statistical model to detect DRG upcoding. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, vol.1, n°3-4, p.233-252.

Rosen, L. et Schneck, R. (1969). Some behaviour consequence of accounting measurement system. In *Accounting and its Behavioral Implications*, New York: McGraw- Hill.

Ross, A. (1994), Trust as a moderator of the effect of performance evaluation style on jobrelated tension: A research note. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 19, n° 7, p. 629-635.

Ross, A. (1995), Job related tension, budget emphasis and uncertainty: a research note. *Management Accounting Research*, vol.6, n° 1, p. 1-11.

Roussel, P., Durrieu, F., Campoy, E. et El Akremi, A. (2002), *Méthodes d'équations structurelles : recherche et applications en gestion*, Paris : Economica.

Royer, I. et Zarlowski, P. (1999), "Echantillon(s)", In R.-A. Thiétart (ed.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod.

Sainsaulieu I. (2006), *La communauté de soins en question. Le travail hospitalier face aux enjeux de société*, Paris: Lamarre.

Sainsaulieu I. (2007), *L'hôpital et ses acteurs, appartenance et égalité*, Paris: Belin.

Schiff, M. et Lewin, A. Y. (1968), When traditional budgeting fails. *Financial Executive*, August, p. 18-23.

- Schlesinger, M., Bentkover, J. et Blumenthal, D. (1987), The Privatization of Health Care and Physicians' Perceptions of Access to Hospital Services. *Milbank Quarterly*, 1987, vol. 65, p.25-58.
- Schneller, E.S., Greenwald, H.P., Richardson, M.L., et Ott, J. (1997), The Physician Executive: Role in the Adaptation of American Medicine. *Health Care Management Review*, vol. 22, n°2, p. 90-96.
- Schoonhoven, C.B. (1981), Problems with contingent Theory: Testing Assumptions Hidden within Language Contingency Theory. *Administrative Sciences Quarterly*, vol. 26, p. 349-377;
- Schreyogg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., Busse, R. (2006), Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a Comparison of nine European countries. *Health Care Management Science*, vol.9, n°3, p.215-223.
- Schuler, R. S. (1980), Definition and conceptualization of stress in organizations. *Organization Behavior and Human Performance*, vol. 25, p. 184-215.
- Schumacker, R.E. et Lomax, R. G. (2004), *A beginner's guide to structural equation modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shields, M. D. et Young, S. M. (1993), Antecedents and consequences in participative budgeting: evidence on the effects of asymmetrical information. *The Journal of Management Accounting Research*, vol. 5, n°2, p. 265-280.
- Shields, J. F. et Shields, M. D. (1998), Antecedents of participative budgeting. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 23, n° 1, p. 49-76.
- Shields, M. D., Deng, F. J. et Kato, Y. (2000), The design and effects of control systems: tests of direct and indirect-effects models. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 25, n°2, p. 185-202.
- Shrout, P. E. et Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and non- moderator and mediator effects 133 experimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, vol.7, p. 422-445.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S.G., Denis, J.L., Bilodeau, H., Langley, A., Brémond, M., Baker, G.R. (1998), A conceptual framework for the analysis of healthcare organizations, *Health Services Management Research*, vol. 11, n°4, p. 24-41.
- Siders, M.A., G. George et R. Dharwadkar, (2001), *The relationship of internal and external commitment foci to objective job performance measures*. *Academy of Management Journal*, vol. 44, n° 3, p. 570.
- Silverman, E. et Skinner, J. (2004), Upcoding across hospital ownership. *Journal of Health Economics*, vol. 23, n°4, p.369-89.
- Silverman, E., et Skinner, J. (2001), Are for-profit hospitals really different? Medicare

upcoding and market structure. NBER working paper n° 8133; 2001.

Simborg, D.W. (1981), DRG creep: a new hospital-acquired disease. *New English Journal Medical*, vol.304, p.1602-1604.

Simons, R. (1987), Accounting control systems and business strategy: An empirical Analysis. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 12, n° 4, p. 357-374.

Simons, R. (1987), "Planning, control, and uncertainty: a process view", In W. J. Bruns et K.R.S. (Eds.), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Boston: Harvard Business School Press.

Skinner, B.F (1938) *The behavior of organisms: an experimental analysis*. New-York: Appleton century.

Smith, P. (1995), On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *International Journal of Public Administration*, vol. 18, n°2-3, p.277-310.

Snape, E., et Redman, T. (2003). An evaluation of a three-component model of occupational commitment: Dimensionality and consequences among United Kingdom human resource management specialists. *Journal of Applied Psychology*, vol. 88, p.152–159.

Sobel, M. E. (1982), Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology*, San Francisco: Jossey-Bass.

Solinger, O. N., van Olffen, W., et Roe, R. A. (2008), Beyond the three-component model of organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, vol. 93, n°1, p.70-83.

Stedry, A. C. (1960), *Budget control and cost behavior*, Englewood cliffs, N.J, Prentice Hall.

Stedry, A. C. et Kay, E. (1964), *The effects of goal difficulty on performance : a field Experiment*. Publication of Sloan School of Management, Cambridge, Massachusetts: M.I.T.

Steijn, B., et Leisink, P. (2006), Organizational commitment among Dutch public sector employees. *International Review of Administrative Sciences*, vol.72, p.187–201.

Steinbusch, P., Oostenbrink, J., Zuurbier, J., Schaepkens, F. (2007), The risk of upcoding in casemix systems: a comparative study. *Health Policy*, vol.81, n°2, p.289-299.

Steinger, J.H., Lind, J. (1980), Statistically based tests for the number of Common factors. 45th *Annual Meeting of the Psychometric society*, Iowa City.

Strauss, A., Corbin, J. (1998), *Basics of qualitative research: Techniques and*

procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks: Sage.

Swieringa, R. J. et Moncur, R. H. (1972), The relationship between managers' budget oriented behavior and selected attitude, position, size and performance measures. *Journal of Accounting Research*, Supplement: Empirical Studies in Accounting, p.194-209.

Swieringa, R. J. et Moncur, R. H. (1975), *Some Effects of Participative Budgeting on Managerial Behavior*, National Association of Accountants.

Tabachnik, B. G. et Fidell, L. S. (2001). *Understanding multivariate statistics*. Needham Heights, MA: Allyn et Bacon.

Taylor, S. et Field, D. (1997), *Sociology of Health and Health Care*. Oxford: Blackwell.

Tajfel, H. (1978), « *Interindividual behaviour and intergroup behaviour* », in *Differentiation between groups: Studies in the social psychology of group interactions*. (sous la dir.) H. Tajfel, London: Academic Press.

Takagi, J. (2006), L'évolution du management des médecins américains. *Revue française de gestion*, vol.9-10, n°168 p.55-81.

Tanti-Hardouin, N. (2005), La recomposition de l'offre hospitalière, *Cahiers Français*, vol. 324, p.60-65.

Tarde, G. (1890), *Les lois de l'imitation : étude sociologiques*. Paris : Alcan.

Tesch, R. (1990), *Qualitative research: analysis types and software tools*. London: Routledge Flamer.

Thévenet, M. (2006), Tous professionnels ! *Revue Française de Gestion*, vol 9, n° 168-169, p.15-34.

Thiértart, R.-A. et coll. (2003), *Méthode de recherche en management*, Paris : Dunod.

Thomson, J.D. (1967), *Organizations in action: Social science bases on administrative theory*, New York: Mac Graw-Hill.

Tordera, N., González-Roma, V. et Peiró, J.M. (2008), The moderator effect of Psychological climate on the relationships between leader-member exchange (LMX) quality and role overload. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol.17, n°1, p.55-72.

Tosi, H.L., Rizzo, J.R. et Carroll, S.J.(1994), *Managing Organisational Behaviour*. Massachusetts: Blackwell Publishers.

Townley, B. (1995), Managing by numbers: accounting, personnel management and the creation of a mathesis. *Critical Perspectives on Accounting*, vol. 6, n° 6, p. 555-575.

Townley, B. (2002), The role of competing rationalities in institutional change.

Academy of Management Journal, vol. 45, n°1, p. 163-179.

Truell, A. D., Bartlett, J. E., et Alexander, M.W. (2002), Response rate, speed and completeness: A comparison of Internet-based and mail surveys. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers*, vol.34, n°1, p.46-49.

Tukey, J .W. (1970), *Exploratory Data analysis*, Reading, Mass: Addison-Wesley Publishing Co.

Turner, J.C. (1985), Social categorization and the self-concept : A social cognitive theory of group behaviour. *Advances in Group Processes*, vol. 2, n°2, p. 77-122.

Umamathy, S. (1987), *Current budgeting practices in US industry: the state of the art*, New York, Quorum Books.

Vagneur, K. et Peiperl, M. (2000), Reconsidering performance evaluation style. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 25, n° 4-5, p. 511-525.

Valette-Florence (1993) : Dix années de modèles d'équations structurelles : un état de l'art. *Cahier de recherche 1993/03*, CERAG, Ecole Supérieure des Affaires, Université de Grenoble.

Valette-Florence, P. (1988), Spécificités et apports des méthodes d'analyse multivariée de la deuxième génération. *Recherche et Applications en Marketing*, vol.3, n°4, p.23-56.

Van der Stede, W. A. (2000), The relationship between two consequences of budgetary controls: budgetary slack creation and managerial short-term orientation. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 25, n° 6, p. 609-622.

Van Der Stede, W. A. (2001), Measuring 'tight budgetary control. *Management Accounting Research*, vol. 12, n° 1, p. 119-137.

Van Knippenberg, D. (2000), Work motivation and performance: A social identity perspective. *Applied Psychology: An International Review*, vol. 49, n° 3, p. 357-371.

Vancil, R. F. (1978), *Decentralization: Managerial ambiguity by design*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Vandenberghe, C., K. Bentein et F. Stinglhamber. (2004), Affective commitment to the organization, supervisor, and work group: Antecedents and outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, vol. 64, n° 1, p. 47-71.

Wacheux, F. (1996), *Méthodes qualitatives et recherche en Gestion*, Economica.

Wallace, J. (1995), Organizational and Professional Commitment in Professional and Nonprofessional Organizations. *Administrative Science Quarterly*, vol. 40, p.228-255.

Waterhouse, J. H. et Tiessen, P. (1978), A contingency framework for management

accounting systems research. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 3, n° 1, p. 65-76.

Wax, R. (1971), *Doing fieldwork: Warning and Advices*, Chicago: University of Chicago Press.

Weber, R. P. (1990), *Basic Content Analysis*. Newbury Park, CA:Sage.

Weick, K. (1969), *The social psychology of organising*, Addison- Wesley. Readings MA.

Wentzel, K. (2002), The influence of fairness perceptions and goal commitment on managers' performance in a budget setting. *Behavioral accounting research*, vol.14, n°1, p. 247 -271.

White, R. K. and Lippit, R. (1960), *Autocracy and Democracy: An Experimental Inquiry* New York: Harper.

Whyte W.F. (1955), *Money and Motivation*, New York: Harper and Bros.

Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: A normative view. *Academy of Management Review*, vol. 7, p. 418-428.

Williams, J. J., Macintosh, N. B. et Moore, J. C. (1990), Budget related behaviour in public sector organizations: some empirical evidence. *Accounting, Organizations and Society*, vol.15, n° 3, p. 221–246.

Williams, S. (1985), The Impact of DRG- Based Prospectiv Payment System on Clinical Decision Making. *Medical Decision Making*, vol. 5, n°1, p. 23-29.

Woodward, J. (1965), *Industrial Organization: theory and practice*, London: Oxford University Press.

Woodward, C.A., Shannon, H., Cunningham, C., McIntosh, J., Lendum, B., Rosenbloom, D. (1999), The impact of re-engineering and other cost reduction strategies on the staff of a large teaching hospital. *Medical Care*. vol.37, p.556-569.

Wu, S., Zhu, W., Li, H., Wang, Z., et Wang, M. (2008), Relationship between job burnout and occupational stress among doctors in China. *Stress and Health*, vol. 24, n°2, p.143–149.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	1
PARTIE 1 : PRESENTATION DU CADRE CONCEPTUEL	12
CHAPITRE 1: LE CONTEXTE DE L'ETUDE : L'HOPITAL PUBLIC, VERS DE NOUVEAUX ENJEUX.	14
SECTION 1. L'HOPITAL, UN ACTEUR EN MUTATION DANS SES ROLES ET FONCTIONNEMENTS	18
1. EVOLUTION DU ROLE DE L'HOPITAL, PILIER DE LA CITE.....	18
1.1. L'HOPITAL : UNE STRUCTURE D'ACCUEIL	19
1.2. L'HOPITAL : UN OUTIL POLITIQUE	19
1.3. L'HOPITAL : UN ACTEUR ASSURANT UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC	20
2. VERS UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DE L'HOPITAL PUBLIC : LE MANAGERIALISME DE L'ORGANISATION	24
2.1. L'HOPITAL : UNE ORGANISATION AUX GROUPES MULTIPLES	24
2.2. L'HOPITAL : UNE ORGANISATION BUREAUCRATIQUE PROFESSIONNELLE	26
2.3. L'HOPITAL : VERS UNE ORGANISATION EN DIVISION	28
2.3.1. Le renforcement progressif de l'organisation administrative et réorganisation en pôles : l'ordonnance du 2 mai 2005	28
2.3.2. Le renforcement des pouvoirs du directeur d'établissement : la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire»... ..	34
CONCLUSION DE LA SECTION 1	37
SECTION 2. L'HOPITAL : VERS DE NOUVELLES LOGIQUES DE FINANCEMENT.....	38
1. FINANCEMENT DE L'HOPITAL : D'UNE LOGIQUE DE MOYEN A UNE LOGIQUE D'ACTIVITE	38
1.1. DES MODES DE FINANCEMENTS INTRODUISANT DES LOGIQUES DE MOYENS ET DES DESEQUILIBRES	39
1.1.1. <i>La coexistence de deux systèmes de financement : vecteur de déséquilibres</i>	39
1.1.2. <i>Vers une maîtrise des dépenses de santé</i>	42
1.1.2.1. L'ONDAM, une enveloppe plafonnant les dépenses de santé.....	42
1.1.2.2. Le PMSI, outil de calcul pour l'allocation des ressources.....	42
1.2. VERS UNE HOMOGENEISATION DES MODES DE FINANCEMENT ENTRE LES INSTITUTIONS : L'INTRODUCTION DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE (T2A).....	48
1.2.1. <i>La T2A : une logique d'activité</i>	48
1.2.2. <i>La T2A : des dérives anticipées</i>	51
2. IMPACTS ORGANISATIONNELS, ATTITUDINAUX ET COMPORTEMENTAUX OBSERVES. 52	

2.1. DES STRATEGIES ORGANISATIONNELLES EMERGENTES	53
2.2. DES COLLABORATIONS INTENSIFIEES ENTRE LES ACTEURS	54
2.3. DES COMPORTEMENTS D'ADAPTATION OBSERVES	56
CONCLUSION DE LA SECTION 2	59
CONCLUSION DU CHAPITRE 1.....	60
CHAPITRE 2: VERS UN CADRE CONCEPTUEL POUR COMPRENDRE LA PRESSION FINANCIERE	62
SECTION 1. LES MODES DE CONTROLES ORGANISATIONNELS A L'HOPITAL	65
1. LES MODES DE CONTROLES ORGANISATIONNELS : LA PREDOMINANCE DU CONTROLE CLANIQUE A L'HOPITAL.....	65
1.1. VERS UNE DEFINITION DU CONTROLE DE GESTION A L'HOPITAL.....	66
1.2. LES MODES DE CONTROLES ORGANISATIONNELS A L'HOPITAL.....	69
1.2.1. <i>Un contrôle par la profession ou le clan.....</i>	<i>69</i>
1.2.2. <i>Le contrôle par les règlements et procédures ou les comportements.....</i>	<i>70</i>
1.2.3. <i>Un contrôle par le marché ou les résultats</i>	<i>71</i>
2. LES MODES DE CONTROLES ORGANISATIONNELS : L'EMERGENCE DU CONTROLE PAR LES RESULTATS FINANCIERS A L'HOPITAL	72
2.1. VERS LE CONTROLE PAR LES RESULTATS COMME OUTIL DE CONTROLE DES COMPORTEMENTS	72
2.2. L'HOPITAL VERS UNE LOGIQUE DE CONTROLE PAR LES RESULTATS FINANCIERS DE LA TACHE MEDICALE 76	
CONCLUSION DE LA SECTION 1	77
SECTION 2. LES EFFETS DU CONTROLE DES RESULTATS : LE RAPM.....	78
1. LE RAPM : DEFINITIONS ET MESURES AMBIGUËS	79
1.1. LE RAPM : UN CONCEPT AUX CONTOURS FLOUS	79
1.1.1 <i>Le RAPM : une pression budgétaire</i>	<i>79</i>
1.1.2. <i>Le RAPM, un style de management.....</i>	<i>81</i>
1.1.2.1. <i>L'étude d'Hopwood (1972).....</i>	<i>82</i>
1.1.2.2. <i>L'étude d'Otley (1978)</i>	<i>85</i>
1.1.3. <i>Le RAPM : une définition peu claire.....</i>	<i>85</i>
1.2. L'ETUDE DU RAPM : UNE METHODOLOGIE DISCUTEE.....	90
1.2.1. <i>L'opérationnalisation complexe du concept de RAPM</i>	<i>90</i>
1.2.2. <i>Les analyses menées dans les travaux du RAPM sont critiquables.....</i>	<i>96</i>
2. LES CONSEQUENCES DU RAPM SUR LES ATTITUDES ET LES COMPORTEMENTS.....	98
2.1. LES TENSIONS DE ROLES ET LE RAPM: DES ETUDES AUX RESULTATS CONTRADICTOIRES	99
2.2. L'IMPLICATION DANS L'ORGANISATION ET LE RAPM : UNE RELATION PEU EXPLORÉE.....	103
2.3. LA MANIPULATION DE DONNEES : UN DOMAINE MAL EXPLORÉ	105
2.3.1. <i>Le slack budgétaire</i>	<i>106</i>

2.3.2 La manipulation de données.....	108
CONCLUSION DE LA SECTION 2	108
CONCLUSION DU CHAPITRE 2.....	110
CONCLUSION DE LA PARTIE 1.	111
PARTIE 2 : LES ETUDES EMPIRIQUES SUR LA PRESSION FINANCIERE INTERNE A L' HOPITAL PUBLIC.....	113
CHAPITRE 3: L'ETUDE EXPLORATOIRE SUR LE CONCEPT DE PRESSION FINANCIERE INTERNE	116
SECTION 1 : LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE	118
1. LA COLLECTE DES DONNEES.....	118
1.1. LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	118
1.2. LA CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	120
1.3. LA REALISATION DES ENTRETIENS	122
2. LE TRAITEMENT DES DONNEES.....	122
2.1. INTERETS DE LA DEMARCHE QUALITATIVE.....	123
2.2. LE DECOUPAGE DU CORPUS.....	125
CONCLUSION DE LA SECTION 1	130
SECTION 2. LES RESULTATS DE L'ETUDE : UNE COMPREHENSION PLUS APPROFONDIE DU RAPM ET DE SES EFFETS	131
1. L'EXPRESSION DE PRESSIONS FINANCIERES.....	131
2. LES EFFETS DE LA PRESSION FINANCIERE INTERNE.....	138
2.1. LES EFFETS DE LA PRESSION FINANCIERE INTERNE SUR LES COMPORTEMENTS ET JEUX DES ACTEURS ...	138
2.2. LA PRESSION FINANCIERE INTERNE A UN IMPACT SUR LES ATTITUDES DES MEDECINS	155
CONCLUSION DE LA SECTION 2	168
CONCLUSION DU CHAPITRE 3.....	170
CHAPITRE 4: L' ETUDE CONFIRMATOIRE SUR LE CONCEPT DE PRESSION FINANCIERE INTERNE	173
SECTION 1. LE MODELE DE LA RECHERCHE.....	175
1. LE PROBLEME DE LA RECHERCHE, SES HYPOTHESES.....	176
2. L'OPERATIONNALISATION DES CONCEPTS.....	185
2.1. LES INSTRUMENTS DE MESURE CREEES	186
2.1.1. L'opérationnalisation de la pression financière interne	186
2.1.2. L'opérationnalisation du contrôle de l'activité.....	188

2.1.3. <i>L'opérationnalisation de la manipulation de données</i>	189
2.2 LES INSTRUMENTS DE MESURE ADAPTES AU SECTEUR HOSPITALIER	190
2.2.1. <i>L'opérationnalisation des tensions de rôles</i>	190
2.2.2 <i>L'opérationnalisation de l'implication</i>	191
CONCLUSION DE LA SECTION 1	193
SECTION 2. LES METHODES DES TRAITEMENTS STATISTIQUES DE DONNEES ET RECUEIL DES DONNEES.	195
1. LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	195
1.1 LA DEMARCHE DE CHURCHILL (1979)	195
1.2 TESTS DES ECHELLES DE MESURES	198
1.2.1. <i>La phase exploratoire</i>	198
1.2.3. <i>Les tests du modèle</i>	207
2. LA PRESENTATION DU MODE DE RECUEIL DE DONNEES ET DE L'ECHANTILLON	213
2.1. LA COLLECTE DE DONNEES PAR VOIE ELECTRONIQUE	213
2.2. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	216
CONCLUSION DE LA SECTION 2	222
SECTION 3. LES TESTS DES ECHELLES UTILISEES	222
1. LES RESULTATS DES ANALYSES EXPLORATOIRES	222
1.1. ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE ET TEST DE FIABILITE DE L'ECHELLE DE LA PRESSION FINANCIERE INTERNE.....	223
1.2. ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE ET TEST DE FIABILITE DE L'ECHELLE DU CONTROLE DE L'ACTIVITE.	227
1.3. ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE ET TEST DE FIABILITE DE L'ECHELLE DE LA MANIPULATION DE DONNEES.....	231
1.4. ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE ET TEST DE FIABILITE DE L'ECHELLE DU CONFLIT DE ROLE.	233
1.5. ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE ET TEST DE FIABILITE DE L'ECHELLE DE L'AMBIGÜITE DE ROLE.	236
1.6. ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE ET TEST DE FIABILITE DE L'ECHELLE DE L'IMPLICATION DANS ORGANISATION.	237
1.7. ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE ET TEST DE FIABILITE DE L'ECHELLE DE L'IMPLICATION DANS LA PROFESSION.	241
1.8. ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE ET TEST DE FIABILITE DE L'ECHELLE DE L'IMPLICATION DANS LE SERVICE PUBLIC.	242
2. LES RESULTATS DE L'ANALYSE CONFIRMATOIRE	244
2.1. L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE, TEST DE FIABILITE ET VALIDITE DISCRIMINANTE DE L'ECHELLE DE LA PRESSON FINANCIERE INTERNE.	244

2.2. L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE, TEST DE FIABILITE ET VALIDITE DISCRIMINANTE DE L'ECHELLE DU CONTROLE DE L'ACTIVITE	253
2.3. L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE, TEST DE FIABILITE ET VALIDITE DISCRIMINANTE DE L'ECHELLE DE LA MANIPULATION DE DONNEES	261
2.4. L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE, TEST DE FIABILITE ET VALIDITE DISCRIMINANTE DE L'ECHELLE DU CONFLIT DE ROLE	264
2.5. L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE, TEST DE FIABILITE ET VALIDITE DISCRIMINANTE DE L'ECHELLE DE L'AMBIGÜITE DE ROLE	267
2.6. L'ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE ET TEST DE FIABILITE ET VALIDITE DISCRIMINANTE DE L'ECHELLE DE L'IMPLICATION DANS L'ORGANISATION	269
CONCLUSION DE LA SECTION 3	276
SECTION 4 : TEST DES HYPOTHESES ET DISCUSSIONS	276
1. ANALYSES PREALABLES.....	278
2. LES RESULTATS DE LA RECHERCHE.....	280
3. DISCUSSION DES RESULTATS AU REGARD DE L'ANALYSE DE LA LITTERATURE ET DES CONCLUSIONS DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE	291
CONCLUSION DE LA SECTION 4	303
CONCLUSION DU CHAPITRE 4.....	304
CONCLUSION DE LA PARTIE 2	305
CONCLUSION GENERALE	307
BIBLIOGRAPHIE.....	318
TABLE DES MATIERES.....	346
ANNEXES	355

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Modèle de notre question de recherche	10
Figure 2 : La structure générale de la thèse	11
Figure 3 : Structure Générale de la Thèse	15
Figure 4 : La gouvernance des établissements publics de santé (Bonnici, 2007)	32
Figure 5 : La gouvernance des pôles d'activités (Bonnici, 2007)	33
Figure 6 : La gouvernance des établissements publics de santé selon la loi HPST	36
Figure 7 : L'évolution des différents financements des soins hospitaliers publics	41
Figure 8 : L'évolution des différents financements des soins hospitaliers privés	41
Figure 9 : Le processus de financement de l'Hôpital public.	47
Figure 10 : Structure Générale de la Thèse	63
Figure 11 : Le triangle du contrôle de gestion (Pesqueux, 2000).....	67
Figure 12 : Les six dimensions du contrôle (Chiappello, 1996)	68
Figure 13. Le modèle cybernétique (Hofstede, 1978).....	75
Figure 14 : Les liens d'interdépendance entre dysfonctionnements de comportements et contrôle budgétaire.	106
Figure 15 : Un premier modèle de la recherche	112
Figure 16 : Structure Générale de la Thèse	115
Figure 17 : La triangulation (Thiéart et al. 2007).....	124
Figure 18 : Les composantes de l'analyse de données : modèle itératif (Miles et Hubermann, 2003).....	126
Figure 19 : Le modèle de la recherche.	171
Figure 20 : Structure Générale de la Thèse	174
Figure 21 : Description des hypothèses de recherches.....	185
Figure 22 : Le paradigme de Churchill (1979).....	197
Figure 23 : La démarche méthodologique de développement d'un modèle d'équations structurelles. (Roussel et al. 2002)	212
Figure 24 : Le retour des questionnaires durant l'enquête.	215
Figure 25 : La représentation des valeurs extrêmes et éloignées de l'échantillon	221
Figure 26 : Test du modèle de recherche.	277

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Le suivi de l'activité des établissements hospitaliers entre 2002 et 2008. (Source : Direction de la Recherche, des études de l'évaluation et des statistiques).....	44
Tableau 2 : L'évolution des modes de financement des établissements de santé appartenant au service public jusqu'en 2004. (Bonnici, 2007).....	45
Tableau 3 : La section d'exploitation du budget de l'hôpital (depuis l'introduction de la T2A)	49
Tableau 4 : Les modèles de contrôles (Ouchi, 1979).....	71
Tableau 5 : La classification des outils de contrôle (Merchant, 1982).....	72
Tableau 6 : L'instrument de mesure d'Hopwood (1972).....	91
Tableau 7 : Représentation des styles d'évaluation (Otley et Fakiolas, 2000).....	92
Tableau 8 : Instrument de mesure d'Otley (1978)	93
Tableau 9 : Instrument de mesure de Hirst (1983).....	94
Tableau 10 : Instrument de mesure de Govindarajan (1984).....	95
Tableau 11 : Instrument de mesure de Brownell et Hirst (1986).....	95
Tableau 12 : Le guide d'entretien de l'étude exploratoire	119
Tableau 13 : Les caractéristiques de l'échantillon.	121
Tableau 14 : Les étapes, objectifs et questionnements de l'analyse de contenu (Jacques 2009).....	130
Tableau 15 : L'opérationnalisation de pression financière interne et codes associés	186
Tableau 16 : L'opérationnalisation du contrôle de l'activité et codes associés	188
Tableau 17 : L'opérationnalisation de la manipulation de données et codes associés.....	189
Tableau 18 : L'opérationnalisation du conflit de rôle et codes associés	190
Tableau 19 : L'opérationnalisation de l'ambiguïté de rôle et codes associés	191
Tableau 20 : L'opérationnalisation de l'implication affective dans la profession et codes associés.....	191
Tableau 21 : L'opérationnalisation de l'implication dans l'organisation et codes associés	192
Tableau 22 : L'opérationnalisation de l'implication affective dans le service public et codes associés.....	193
Tableau 23 : Synthèse des hypothèses de la recherche	194
Tableau 24 : Récapitulatif des indices de qualité d'ajustement utilisés	207
Tableau 25 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de la pression financière interne	223

Tableau 26 : Analyse factorielle exploratoire de la pression financière interne	224
Tableau 27 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle du contrôle de l'activité	227
Tableau 28 : Analyse factorielle exploratoire du contrôle de l'activité.	228
Tableau 29 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de la manipulation de données.	231
Tableau 30 : Analyse factorielle exploratoire de la manipulation de données.....	232
Tableau 31 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle du conflit de rôle.....	233
Tableau 32 : Analyse factorielle exploratoire du conflit de rôle.....	234
Tableau 33 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de l'ambiguïté de rôle.	236
Tableau 34 : Analyse factorielle exploratoire de l'ambiguïté de rôle.	236
Tableau 35 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de l'implication dans l'organisation.....	238
Tableau 36 : Analyse factorielle exploratoire de l'implication dans l'organisation.	239
Tableau 37 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de l'implication dans la profession	241
Tableau 38 : Analyse factorielle exploratoire de l'implication dans la profession.	241
Tableau 39 : Test de Bartlett et indice KMO pour l'échelle de l'implication dans la profession	242
Tableau 40 : Analyse factorielle exploratoire de l'implication dans le service public	243
Tableau 41 : Qualité d'ajustement du modèle exploratoire de la pression financière interne	245
Tableau 42 : Indices d'acceptabilité des modèles testés concernant la pression financière interne.....	248
Tableau 43 : Indices de qualité du modèle retenu	250
Tableau 44 : Validité convergente du construit de pression financière interne	252
Tableau 45 : Validité discriminante pour le construit pression financière interne.....	253
Tableau 46 : Qualité d'ajustement du modèle exploratoire du contrôle de l'activité	253
Tableau 47 : Indices d'acceptabilité des modèles testés concernant le contrôle de l'activité	256
Tableau 48 : Indices de qualité du modèle retenu	258
Tableau 49 : Validité convergente du construit de contrôle de l'activité.....	260
Tableau 50 : Validité discriminante pour le construit de contrôle de l'activité	261
Tableau 51 : Indices de qualité du modèle retenu	262
Tableau 52 : Validité convergente du construit de la manipulation de données.....	263

Tableau 53 : Qualité d'ajustement du modèle exploratoire du construit conflit de rôle	264
Tableau 54 : Validité convergente du construit de conflit de rôle	265
Tableau 55 : Validité discriminante pour le construit de conflit de rôle	266
Tableau 56 : Qualité d'ajustement du modèle exploratoire du construit de l'ambiguïté de rôle	267
Tableau 57 : Validité convergente du construit d'ambiguïté de rôle	269
Tableau 58 : Qualité d'ajustement du modèle exploratoire du construit de l'implication dans l'organisation.....	270
Tableau 59 : Qualité d'ajustement après re-spécification du construit de l'implication dans l'organisation.....	271
Tableau 60 : Validité convergente du construit d'implication dans l'organisation	273
Tableau 61 : Validité discriminante pour le construit de l'implication dans l'organisation	274
Tableau 62 : Critères d'ajustement du modèle testé.....	278
Tableau 63 : Les résultats du modèle de la recherche	279
Tableau 64 : Synthèse des résultats de la recherche.....	289

ANNEXES

Annexe 1 : Analyse factorielle exploratoire de la pression financière interne.....	357
Annexe 2 : Analyse factorielle exploratoire du contrôle de l'activité.....	361
Annexe 3 : Analyse factorielle exploratoire du conflit de rôle	364
Annexe 4 : Analyse factorielle exploratoire de l'ambiguïté de rôle.....	365
Annexe 5 : Analyse factorielle exploratoire de l'implication dans l'organisation.....	366
Annexe 6 : Coefficient de Cronbach par échelle.....	367
Annexe 7. Résultats du modèle testé.....	373
Annexe 8 : Variances du modèle.....	375
Annexe 9: Qualité du modèle testé.....	376
Annexe 10: Le questionnaire.....	378

Annexe 1 : Analyse factorielle exploratoire de la pression financière interne

Rotation QUARTIMAX de la pression financière interne

	Composante		
	1	2	3
PRESS_OBJPOL_ADM_ARH	0,72	-0,15	-0,003
PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU	0,8	-0,08	-0,211
PRESS_OBJPOL_ADM_CPA	0,79	0,09	-0,312
PRESS_OBJPOL_PRP	0,57	0,41	-0,383
PRESS_OBJPOL_ADM	0,76	-0,07	-0,15
PRESS_RENTA_ADM_ARH	0,75	-0,11	0,015
PRESS_RENTA_ADM_DCHU	0,83	-0,05	-0,183
PRESS_RENTA_ADM_CPA	0,82	0,13	-0,233
PRESS_RENTA_PRP	0,61	0,39	-0,351
PRESS_RENTA_ADM	0,76	-0,06	-0,066
PRESS_PRAT_ADM_ARH	0,71	0	0,396
PRESS_PRAT_ADM_DCHU	0,72	0,02	0,338
PRESS_PRAT_ADM_CPA	0,74	0,11	0,253
PRESS_PRAT_PRP	0,53	0,52	0,026
PRESS_PRAT_PAIR_PH	0,32	0,7	-0,028
PRESS_PRAT_ADM	0,67	0	0,357
PRESS_PRAT_PAIR_INF	0,28	0,66	-0,062
PRESS_DECSOIN_ADM_ARH	0,62	0,15	0,588
PRESS_DECSOIN_ADM_DCHU	0,64	0,19	0,542
PRESS_DECSOIN_ADM_CPA	0,64	0,31	0,466
PRESS_DECSOIN_PRP	0,5	0,58	0,284
PRESS_DECSOIN_PAIR_PH	0,24	0,73	0,154
PRESS_DECSOIN_ADM	0,61	0,21	0,545
PRESS_DECSOIN_PAIR_INF	0,22	0,73	0,082
PRESS_AUGACT_ADM_ARH	0,74	0,07	0,177
PRESS_AUGACT_ADM_DCHU	0,76	0,11	-0,04
PRESS_AUGACT_ADM_CPA	0,76	0,25	-0,1
PRESS_AUGACT_PRP	0,61	0,47	-0,199
PRESS_AUGACT_ADM	0,71	0,13	0,097

Rotation EQUAMAX de la pression financière interne

	Composante		
	1	2	3
PRESS_OBJPOL_ADM_ARH	0,61	0,41	-0,004
PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU	0,78	0,28	0,091
PRESS_OBJPOL_ADM_CPA	0,79	0,18	0,264
PRESS_OBJPOL_PRP	0,59	-0,02	0,542
PRESS_OBJPOL_ADM	0,71	0,31	0,091
PRESS_RENTA_ADM_ARH	0,62	0,44	0,04
PRESS_RENTA_ADM_DCHU	0,78	0,32	0,131
PRESS_RENTA_ADM_CPA	0,76	0,26	0,303
PRESS_RENTA_PRP	0,61	0,03	0,53
PRESS_RENTA_ADM	0,66	0,38	0,094
PRESS_PRAT_ADM_ARH	0,35	0,73	0,106
PRESS_PRAT_ADM_DCHU	0,38	0,68	0,138
PRESS_PRAT_ADM_CPA	0,43	0,62	0,232
PRESS_PRAT_PRP	0,3	0,29	0,611
PRESS_PRAT_PAIR_PH	0,13	0,12	0,752
PRESS_PRAT_ADM	0,34	0,67	0,106
PRESS_PRAT_PAIR_INF	0,13	0,08	0,7
PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH	0,14	0,83	0,224
PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU	0,17	0,8	0,271
PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA	0,2	0,73	0,391
PRESS_DEC SOIN_PRP	0,12	0,49	0,643
PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH	-0,04	0,23	0,751
PRESS_DEC SOIN_ADM	0,15	0,78	0,279
PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF	-0,02	0,16	0,752
PRESS_AUGACT_ADM_ARH	0,48	0,56	0,198
PRESS_AUGACT_ADM_DCHU	0,61	0,39	0,26
PRESS_AUGACT_ADM_CPA	0,62	0,33	0,399
PRESS_AUGACT_PRP	0,5	0,15	0,593
PRESS_AUGACT_ADM	0,49	0,47	0,259

Rotation OBLIMIN de la pression financière interne

	Composante		
	1	2	3
PRESS_OBJPOL_ADM_ARH	0,68	0,08	-0,52
PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU	0,82	0,17	-0,44
PRESS_OBJPOL_ADM_CPA	0,84	0,33	-0,38
PRESS_OBJPOL_PRP	0,67	0,58	-0,2
PRESS_OBJPOL_ADM	0,77	0,17	-0,46
PRESS_RENTA_ADM_ARH	0,71	0,12	-0,56
PRESS_RENTA_ADM_DCHU	0,85	0,21	-0,49
PRESS_RENTA_ADM_CPA	0,85	0,38	-0,46
PRESS_RENTA_PRP	0,7	0,57	-0,25
PRESS_RENTA_ADM	0,75	0,17	-0,52
PRESS_PRAT_ADM_ARH	0,56	0,2	-0,79
PRESS_PRAT_ADM_DCHU	0,58	0,23	-0,76
PRESS_PRAT_ADM_CPA	0,63	0,32	-0,73
PRESS_PRAT_PRP	0,51	0,65	-0,45
PRESS_PRAT_PAIR_PH	0,32	0,77	-0,27
PRESS_PRAT_ADM	0,53	0,19	-0,73
PRESS_PRAT_PAIR_INF	0,3	0,71	-0,22
PRESS_DEC SOIN_ADM_ARH	0,42	0,31	-0,86
PRESS_DEC SOIN_ADM_DCHU	0,45	0,35	-0,85
PRESS_DEC SOIN_ADM_CPA	0,48	0,47	-0,81
PRESS_DEC SOIN_PRP	0,4	0,69	-0,6
PRESS_DEC SOIN_PAIR_PH	0,2	0,76	-0,34
PRESS_DEC SOIN_ADM	0,42	0,36	-0,83
PRESS_DEC SOIN_PAIR_INF	0,2	0,76	-0,27
PRESS_AUGACT_ADM_ARH	0,65	0,28	-0,67
PRESS_AUGACT_ADM_DCHU	0,73	0,34	-0,54
PRESS_AUGACT_ADM_CPA	0,76	0,47	-0,52
PRESS_AUGACT_PRP	0,65	0,64	-0,35
PRESS_AUGACT_ADM	0,65	0,33	-0,6

Rotation PROMAX de la pression financière interne

	Composante		
	1	2	3
PRESS_OBJPOL_ADM_ARH	0,69	0,53	0,17
PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU	0,82	0,47	0,27
PRESS_OBJPOL_ADM_CPA	0,84	0,42	0,42
PRESS_OBJPOL_PRP	0,67	0,24	0,62
PRESS_OBJPOL_ADM	0,77	0,48	0,26
PRESS_RENTA_ADM_ARH	0,72	0,58	0,22
PRESS_RENTA_ADM_DCHU	0,85	0,52	0,31
PRESS_RENTA_ADM_CPA	0,86	0,5	0,47
PRESS_RENTA_PRP	0,7	0,3	0,62
PRESS_RENTA_ADM	0,75	0,54	0,27
PRESS_PRAT_ADM_ARH	0,58	0,8	0,28
PRESS_PRAT_ADM_DCHU	0,6	0,77	0,31
PRESS_PRAT_ADM_CPA	0,65	0,74	0,4
PRESS_PRAT_PRP	0,53	0,48	0,69
PRESS_PRAT_PAIR_PH	0,35	0,31	0,77
PRESS_PRAT_ADM	0,55	0,74	0,27
PRESS_PRAT_PAIR_INF	0,32	0,25	0,71
PRESS_DECSOIN_ADM_ARH	0,45	0,86	0,38
PRESS_DECSOIN_ADM_DCHU	0,48	0,86	0,42
PRESS_DECSOIN_ADM_CPA	0,51	0,82	0,53
PRESS_DECSOIN_PRP	0,43	0,63	0,73
PRESS_DECSOIN_PAIR_PH	0,23	0,37	0,76
PRESS_DECSOIN_ADM	0,45	0,84	0,43
PRESS_DECSOIN_PAIR_INF	0,23	0,31	0,75
PRESS_AUGACT_ADM_ARH	0,67	0,69	0,37
PRESS_AUGACT_ADM_DCHU	0,74	0,57	0,42
PRESS_AUGACT_ADM_CPA	0,77	0,55	0,55
PRESS_AUGACT_PRP	0,66	0,4	0,69
PRESS_AUGACT_ADM	0,66	0,62	0,41

Information par rotation de la pression financière interne

	Information Restituée	Information Partagée	Information Rotation
Varimax	0,6348	0	0,6348
Quartimax	0,6348	0	0,6348
Equamax	0,6348	0	0,6348
Oblimin	0,9102	0,43	0,4836
Promax	0,9914	0,43	0,5648

Annexe 2 : Analyse factorielle exploratoire du contrôle de l'activité

ROTATION QUARTIMAX du contrôle de l'activité

	Composante			
	1	2	3	4
CONT_COD_AMEL_ADM	0,7	0,32	-0,01	-0,31
CONT_COD_AMEL_PRP	0,75	0,16	0,14	0,08
CONT_COD_AMEL_PH	0,77	-0,02	-0,05	0,21
CONT_COD_TP_ADM	0,6	0,39	0,04	-0,35
CONT_COD_TP_PRP	0,74	0,13	0,16	0
CONT_COD_TP_PH	0,74	-0,09	0,05	0,29
CONT_RENTA_ADM	0,14	0,77	0,08	-0,01
CONT_COMP_ADM	0,13	0,85	0,04	0,13
CONT_COMP_PRP	0,15	0,62	0,12	0,54
CONT_COMP_PH	0,25	0,22	0,08	0,78
CONT_COD_RENT_ADM	0,36	0,65	0,19	0,06
CONT_COD_RENT_PH	0,52	0,1	0,03	0,53
CONT_RENTA_INFOR_ADM	0,08	0,31	0,75	-0,12
CONT_RENTA_INFOR_PRP	0,11	0,17	0,88	0,05
CONT_RENTA_INFOR_PH	0,18	-0,07	0,76	0,18

ROTATION EQUAMAX du contrôle de l'activité

	Composante			
	1	2	3	4
CONT_COD_AMEL_ADM	0,78	0,28	0	0,03
CONT_COD_AMEL_PRP	0,65	0,14	0,38	0,18
CONT_COD_AMEL_PH	0,62	-0,03	0,51	-0,01
CONT_COD_TP_ADM	0,71	0,34	-0,09	0,08
CONT_COD_TP_PRP	0,67	0,11	0,3	0,2
CONT_COD_TP_PH	0,54	-0,09	0,57	0,08
CONT_RENTA_ADM	0,17	0,76	0,01	0,1
CONT_COMP_ADM	0,11	0,85	0,12	0,06
CONT_COMP_PRP	-0,06	0,65	0,52	0,14
CONT_COMP_PH	-0,09	0,26	0,8	0,1
CONT_COD_RENT_ADM	0,33	0,63	0,17	0,22
CONT_COD_RENT_PH	0,26	0,12	0,69	0,06
CONT_RENTA_INFOR_ADM	0,11	0,28	-0,11	0,76
CONT_RENTA_INFOR_PRP	0,05	0,15	0,06	0,89
CONT_RENTA_INFOR_PH	0,05	-0,08	0,23	0,77

ROTATION OBLIMIN du contrôle de l'activité

	Composante			
	1	2	3	4
CONT_COD_AMEL_ADM	0,72	0,13	-0,43	-0,24
CONT_COD_AMEL_PRP	0,77	0,27	-0,31	0,16
CONT_COD_AMEL_PH	0,77	0,07	-0,12	0,3
CONT_COD_TP_ADM	0,63	0,16	-0,47	-0,3
CONT_COD_TP_PRP	0,76	0,28	-0,27	0,09
CONT_COD_TP_PH	0,73	0,16	-0,06	0,38
CONT_RENTA_ADM	0,23	0,21	-0,79	-0,03
CONT_COMP_ADM	0,23	0,19	-0,86	0,1
CONT_COMP_PRP	0,25	0,26	-0,67	0,53
CONT_COMP_PH	0,31	0,2	-0,29	0,8
CONT_COD_RENT_ADM	0,44	0,34	-0,71	0,08
CONT_COD_RENT_PH	0,55	0,15	-0,21	0,58
CONT_RENTA_INFOR_ADM	0,14	0,78	-0,36	-0,11
CONT_RENTA_INFOR_PRP	0,16	0,91	-0,25	0,07
CONT_RENTA_INFOR_PH	0,2	0,77	-0,02	0,22

ROTATION PROMAX du contrôle de l'activité

	Composante			
	1	2	3	4
CONT_COD_AMEL_ADM	0,77	0,42	0,13	-0,04
CONT_COD_AMEL_PRP	0,76	0,28	0,27	0,34
CONT_COD_AMEL_PH	0,73	0,08	0,07	0,45
CONT_COD_TP_ADM	0,69	0,48	0,17	-0,11
CONT_COD_TP_PRP	0,76	0,25	0,28	0,27
CONT_COD_TP_PH	0,68	0,01	0,15	0,52
CONT_RENTA_ADM	0,27	0,79	0,22	0,08
CONT_COMP_ADM	0,26	0,85	0,2	0,2
CONT_COMP_PRP	0,21	0,63	0,27	0,59
CONT_COMP_PH	0,22	0,23	0,2	0,84
CONT_COD_RENT_ADM	0,47	0,71	0,34	0,22
CONT_COD_RENT_PH	0,49	0,16	0,15	0,68
CONT_RENTA_INFOR_ADM	0,19	0,4	0,78	-0,02
CONT_RENTA_INFOR_PRP	0,19	0,28	0,91	0,14
CONT_RENTA_INFOR_PH	0,19	0,04	0,77	0,28

Information par rotation des rotations pour le construit du contrôle de l'activité

	Information Restituée	Information Partagée	Information Rotation
Varimax	0,6614	0	0,6614
Quartimax	0,6614	0	0,6614
Equamax	0,6613	0	0,6613
Oblimin	0,7737	0,2178	0,5565
Promax	0,8062	0,3358	0,4704

Annexe 3 : Analyse factorielle exploratoire du conflit de rôle

Rotation QUARTIMAX du conflit de rôle

	Composante		
	1	2	3
CR1	0,05	0,09	0,77
CR2	0,77	-0,03	0,1
CR3	0,58	0,18	0,39
CR4	0,1	0,81	0,06
CR6	-0,02	0,83	0,01
CR7	0,78	0,01	-0,05
CR8	0,13	-0,04	0,76

Rotation EQUAMAX du conflit de rôle

	Composante		
	1	2	3
CR1	0,04	0,09	0,77
CR2	0,76	-0,03	0,11
CR3	0,57	0,18	0,4
CR4	0,09	0,81	0,06
CR6	-0,03	0,83	0,01
CR7	0,78	0,02	-0,03
CR8	0,11	-0,04	0,77

Rotation OBLIMIN du conflit de rôle

	Composante		
	1	2	3
CR1	0,13	0,15	0,78
CR2	0,77	0,02	0,19
CR3	0,62	0,24	0,47
CR4	0,13	0,82	0,12
CR6	0	0,82	0,05
CR7	0,77	0,05	0,06
CR8	0,2	0,02	0,77

Rotation PROMAX du conflit de rôle

	Composante		
	1	2	3
CR1	0,16	0,15	0,78
CR2	0,77	0,02	0,22
CR3	0,63	0,24	0,49
CR4	0,14	0,82	0,14
CR6	0,02	0,82	0,07
CR7	0,77	0,06	0,08
CR8	0,22	0,02	0,77

Information par rotation du construit du conflit de rôle

	Information Restituée	Information Partagée	Information Rotation
Varimax	0,6126	0	0,6126
Quartimax	0,6126	0	0,6126
Equamax	0,6122	0	0,6122
Oblimin	0,6494	0,08	0,5683
Promax	0,6592	0,13	0,5332

Annexe 4 : Analyse factorielle exploratoire de l'ambiguïté de rôle

Rotation QUARTIMAX de l'ambiguïté de rôle

	Composante	
	1	2
AR2	0,24	0,9
AR3	0,72	0,09
AR4	0,82	0,03
AR5	0,73	0,29
AR6	0,2	0,91

Rotation EQUAMAX de l'ambiguïté de rôle

	Composante	
	1	2
AR2	0,91	0,2
AR3	0,13	0,72
AR4	0,07	0,81
AR5	0,33	0,71
AR6	0,92	0,16

Rotation OBLIMIN de l'ambiguïté de rôle

	Composante	
	1	2
AR2	0,37	-0,93
AR3	0,73	-0,26
AR4	0,81	-0,22
AR5	0,76	-0,45
AR6	0,33	-0,93

Rotation PROMAX de l'ambiguïté de rôle

	Composante	
	1	2
AR2	0,93	0,38
AR3	0,27	0,73
AR4	0,23	0,81
AR5	0,46	0,77
AR6	0,93	0,34

Information par rotation du construit de l'ambiguïté de rôle

	Information Restituée	Information Partagée	Information Rotation
Varimax	0,7064	0	0,7064
Quartimax	0,7064	0	0,7064
Equamax	0,7066	0	0,7066
Oblimin	0,8103	0,14	0,6734
Promax	0,8183	0,16	0,6614

Annexe 5 : Analyse factorielle exploratoire de l'implication dans l'organisation

Rotation QUARTIMAX de l'implication dans l'organisation

	Composante		
	1	2	3
IO_A1	0,75	0,1	-0,19
IO_A2	0,47	0,12	0,57
IO_A3	0,26	0,05	0,81
IO_A5	0,77	-0,05	0,11
IO_A6	0,75	0,1	0,23
IO_A7	0,69	0,16	0,21
IO_C2	0,14	0,78	0,06
IO_C3	0,26	0,76	0,06
IO_C4	0,35	0,59	-0,23
IO_C6	-0,4	0,7	0,18

Rotation EQUAMAX de l'implication dans l'organisation

	Composante		
	1	2	3
IO_A1	0,77	0,15	0,02
IO_A2	0,29	0,11	0,68
IO_A3	0,03	0,02	0,85
IO_A5	0,72	-0,01	0,31
IO_A6	0,65	0,13	0,42
IO_A7	0,6	0,19	0,39
IO_C2	0,07	0,78	0,12
IO_C3	0,18	0,77	0,15
IO_C4	0,36	0,62	-0,11
IO_C6	-0,48	0,66	0,09

Rotation OBLIMIN de l'implication dans l'organisation

	Composante		
	1	2	3
IO_A1	0,76	0,21	0,06
IO_A2	0,42	0,19	0,7
IO_A3	0,19	0,1	0,85
IO_A5	0,76	0,07	0,34
IO_A6	0,73	0,22	0,45
IO_A7	0,68	0,27	0,42
IO_C2	0,14	0,79	0,16
IO_C3	0,26	0,79	0,2
IO_C4	0,37	0,63	-0,07
IO_C6	-0,4	0,63	0,1

Rotation PROMAX de l'implication dans l'organisation

	Composante		
	1	2	3
IO_A1	0,76	0,19	0,09
IO_A2	0,46	0,2	0,7
IO_A3	0,24	0,12	0,85
IO_A5	0,77	0,06	0,35
IO_A6	0,75	0,21	0,47
IO_A7	0,69	0,26	0,44
IO_C2	0,16	0,79	0,19
IO_C3	0,28	0,79	0,23
IO_C4	0,37	0,62	-0,04
IO_C6	-0,38	0,64	0,12

Information par rotation de l'implication dans l'organisation

	Information Restituée	Information Partagée	Information Rotation
Varimax	0,6151	0	0,6151
Quartimax	0,6149	0	0,6149
Equamax	0,6149	0	0,6149
Oblimin	0,6805	0,0972	0,5833
Promax	0,6983	0,1642	0,5341

Annexe 6 : Coefficient de Cronbach par échelle.

6.A. Statistiques de l'échelle de la Pression financière interne

Coefficient de Cronbach de l'échelle pression financière interne

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
0,958	0,958	29

Statistiques par item de l'échelle globale de la pression financière interne

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
PRESS_OBJPOL_ADM_ARH	65,3356	695,856	0,61	0,78	0,957
PRESS_OBJPOL_ADM_DCHU	64,6419	684,764	0,686	0,827	0,957
PRESS_OBJPOL_ADM_CPA	64,9048	684,627	0,716	0,823	0,956
PRESS_OBJPOL_PRP	64,8581	693,973	0,597	0,743	0,957
PRESS_OBJPOL_ADM	64,9325	688,69	0,663	0,79	0,957
PRESS_RENTA_ADM_ARH	65,2197	689,444	0,656	0,822	0,957
PRESS_RENTA_ADM_DCHU	64,6176	680,133	0,735	0,868	0,956
PRESS_RENTA_ADM_CPA	64,9446	679,983	0,771	0,858	0,956
PRESS_RENTA_PRP	64,8927	690,64	0,636	0,81	0,957
PRESS_RENTA_ADM	65,0156	687,728	0,673	0,809	0,957
PRESS_PRAT_ADM_ARH	65,5225	693,321	0,681	0,754	0,957
PRESS_PRAT_ADM_DCHU	65,2595	688,747	0,689	0,799	0,957
PRESS_PRAT_ADM_CPA	65,417	688,722	0,732	0,799	0,956
PRESS_PRAT_PRP	65,2266	692,942	0,632	0,676	0,957
PRESS_PRAT_PAIR_PH	65,4689	706,724	0,487	0,687	0,958
PRESS_PRAT_ADM	65,436	695,102	0,635	0,726	0,957
PRESS_PRAT_PAIR_INF	65,5692	711,317	0,433	0,629	0,958
PRESS_DECISOIN_ADM_ARH	65,6159	697,131	0,655	0,791	0,957
PRESS_DECISOIN_ADM_DCHU	65,4291	691,081	0,683	0,829	0,957
PRESS_DECISOIN_ADM_CPA	65,5294	691,889	0,716	0,817	0,956
PRESS_DECISOIN_PRP	65,4031	695,163	0,64	0,728	0,957
PRESS_DECISOIN_PAIR_PH	65,6194	713,182	0,439	0,661	0,958
PRESS_DECISOIN_ADM	65,5087	695,484	0,659	0,761	0,957
PRESS_DECISOIN_PAIR_INF	65,699	715,199	0,413	0,646	0,959
PRESS_AUGACT_ADM_ARH	65,2803	688,407	0,715	0,75	0,956
PRESS_AUGACT_ADM_DCHU	64,673	679,735	0,719	0,815	0,956
PRESS_AUGACT_ADM_CPA	64,9187	679,156	0,765	0,845	0,956
PRESS_AUGACT_PRP	64,8408	687,34	0,669	0,769	0,957
PRESS_AUGACT_ADM	65,0917	686,95	0,691	0,711	0,957

6.B Statistiques de l'échelle contrôle de l'activité.

Coefficient de Cronbach

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
0,841	0,849	15

Statistiques par item de l'échelle globale

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
CONT_COD_AMEL_ADM	18,5657	41,484	0,567	0,558	0,827
CONT_COD_AMEL_PRP	18,8997	42,863	0,635	0,672	0,82
CONT_COD_AMEL_PH	19,0502	45,313	0,496	0,544	0,83
CONT_COD_TP_ADM	18,5519	42,598	0,524	0,494	0,83
CONT_COD_TP_PRP	18,9516	44,254	0,597	0,621	0,823
CONT_COD_TP_PH	19,1298	46,751	0,481	0,529	0,831
CONT_RENTA_ADM	19,0208	46,644	0,46	0,457	0,832
CONT_RENTA_PH	19,2768	50,478	0,342	0,372	0,839
CONT_COMP_ADM	19,0934	47,028	0,48	0,547	0,831
CONT_COMP_PRP	19,1834	48,379	0,475	0,569	0,833
CONT_COMP_PH	19,3028	50,516	0,38	0,443	0,838
CONT_COD_RENT_ADM	19,1107	46,296	0,58	0,461	0,826
CONT_RENTA_INFOR_ADM	19,0104	47,646	0,374	0,46	0,837
CONT_RENTA_INFOR_PRP	18,9273	47,104	0,408	0,582	0,835
CONT_RENTA_INFOR_PH	19,0606	48,362	0,328	0,423	0,839

6.C Statistiques de l'échelle manipulation de données

Coefficient de Cronbach

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
0,702	0,743	6

Statistiques par item de l'échelle globale

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
MDRENT	8,9931	10,821	0,474	0,411	0,651
MDRENT_DIAG	9,417	9,9	0,592	0,448	0,601
MDRENT_CMORB	8,9654	10,283	0,473	0,297	0,657
MDRENT_ACTNNECC	10,4533	13,711	0,42	0,597	0,672
MDRENT_CMORBNEXIST	10,5121	14,261	0,377	0,736	0,684
MDRENT_DIAGNEXIST	10,5606	14,448	0,395	0,787	0,684

6.D. Statistiques de l'échelle de conflit de rôle

Coefficient de Cronbach

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
0,555	0,552	7

Statistiques par item de l'échelle globale

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
CR1	19,6055	14,392	0,279	0,107	0,522
CR2	21,0934	12,383	0,328	0,165	0,496
CR3	21,1073	11,437	0,434	0,199	0,446
CR4	20,0121	14,182	0,23	0,159	0,534
CR6	20,1972	14,717	0,15	0,139	0,559
CR7	20,5761	12,29	0,288	0,129	0,515
CR8	20,3495	12,803	0,261	0,112	0,525

6.E. Statistiques de l'échelle ambiguïté de rôle

Coefficient de Cronbach

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
0,74	0,74	5

Statistiques par item de l'échelle globale

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
AR2	9,7682	8,476	0,596	0,563	0,657
AR3	10,9412	9,979	0,396	0,184	0,735
AR4	11,3633	10,821	0,432	0,249	0,722
AR5	10,5536	8,972	0,535	0,321	0,683
AR6	9,6367	8,866	0,571	0,552	0,668

6.F. Statistiques de l'échelle de l'implication dans l'organisation

Coefficient de Cronbach

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
0,748	0,749	10

Statistiques par item de l'échelle globale

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
IO_A1	28,3529	35,841	0,423	0,338	0,726
IO_A2	28,6315	36,06	0,449	0,28	0,723
IO_A3	28,9844	36,972	0,326	0,189	0,739
IO_A5	28,327	34,827	0,436	0,432	0,723
IO_A6	28,4827	32,961	0,552	0,479	0,705
IO_A7	28,4671	34,246	0,541	0,397	0,709
IO_C2	29,1834	34,753	0,435	0,343	0,724
IO_C3	28,8235	33,518	0,52	0,394	0,71
IO_C4	28,8547	35,702	0,401	0,218	0,729
IO_C6	29,7215	40,399	0,049	0,278	0,779

6.G. Statistiques de l'échelle de l'implication dans la profession

Coefficient de Cronbach

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
0,892	0,891	5

Statistiques par item de l'échelle globale

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
IP1	16,7976	11,517	0,784	0,656	0,857
IP3	16,7872	11,44	0,825	0,7	0,847
IP5	16,8685	13,82	0,622	0,393	0,892
IP7	16,4031	13,725	0,68	0,513	0,881
IP8	16,8529	11,672	0,784	0,655	0,857

6.H. Statistiques de l'échelle de l'implication dans le service public

Coefficient de Cronbach

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
0,781	0,781	4

Statistiques par item de l'échelle globale

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Carré de la corrélation multiple	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
ISP4	10,2993	7,42	0,564	0,327	0,74
ISP5	10,4273	6,561	0,635	0,404	0,701
ISP9	10,6678	6,552	0,613	0,379	0,714
ISP2	11,2491	7,248	0,537	0,296	0,752

Annexe 7. Résultats du modèle testé

MAXIMUM LIKELIHOOD ESTIMATES

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P
PRESS_ADM_SOIN1	← CONTROL_FORMEL	0,135	0,117	1,15	0,25
PRESS_ADM_SOIN1	← CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,487	0,097	5,011	***
PRESS_ADM_RENTA1	← CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,592	0,121	4,883	***
PRESS_ADM_RENTA1	← CONTROL_FORMEL	0,374	0,145	2,586	0,01
PRESS_ADM_SOIN1	← CONT_OPT_CODAGE	0,102	0,065	1,55	0,121
PRESS_ADM_RENTA1	← CONT_OPT_CODAGE	0,247	0,082	3,005	0,003
PRESS_PAIRS_SOIN1	← CONT_OPT_CODAGE	0,111	0,067	1,654	0,098
PRESS_PAIRS_SOIN1	← CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,324	0,097	3,343	***
PRESS_PAIRS_SOIN1	← CONTROL_FORMEL	0,032	0,118	0,268	0,789
IORGA	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,029	0,035	0,837	0,402
IORGA	← PRESS_ADM_SOIN1	-0,025	0,034	-0,741	0,459
IORGA	← PRESS_ADM_RENTA1	0,06	0,028	2,154	0,031
CROLE	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,005	0,016	0,294	0,769
CROLE	← PRESS_ADM_RENTA1	0,036	0,012	2,901	0,004
CROLE	← PRESS_ADM_SOIN1	0,128	0,017	7,373	***
ARR	← PRESS_PAIRS_SOIN1	-0,049	0,043	-1,142	0,253
CRIA	← CROLE	1,546	0,22	7,039	***
ARTAC	← PRESS_ADM_RENTA1	-0,037	0,025	-1,5	0,134
CRIE	← CROLE	0,923	0,126	7,303	***
CRPERS	← CROLE	1			
IMPL_SP1	← PRESS_ADM_RENTA1	0,071	0,035	2,001	0,045
IMPL_SP1	← PRESS_ADM_SOIN1	-0,062	0,046	-1,353	0,176
DMNE	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,093	0,031	2,993	0,003
ARTAC	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,019	0,032	0,598	0,55
ARR	← PRESS_ADM_RENTA1	0,013	0,033	0,401	0,689
DMSI	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,105	0,054	1,965	0,049
IMPAFF2	← IORGA	1			
IMPL_SP1	← PRESS_PAIRS_SOIN1	-0,062	0,046	-1,343	0,179
IMPL_PROF	← PRESS_PAIRS_SOIN1	-0,023	0,05	-0,457	0,647
IMPCAL	← IORGA	0,879	0,245	3,587	***
IMPAFF1	← IORGA	0,968	0,236	4,099	***
DMSI	← PRESS_ADM_SOIN1	0,05	0,052	0,953	0,34
DMSI	← PRESS_ADM_RENTA1	0,123	0,041	3,023	0,003
DMNE	← PRESS_ADM_RENTA1	-0,007	0,022	-0,321	0,748
DMNE	← PRESS_ADM_SOIN1	0,12	0,029	4,17	***
ARR	← PRESS_ADM_SOIN1	0,176	0,043	4,069	***
ARTAC	← PRESS_ADM_SOIN1	0,16	0,035	4,573	***
IMPL_PROF	← PRESS_ADM_RENTA1	-0,003	0,038	-0,073	0,942
IMPL_PROF	← PRESS_ADM_SOIN1	-0,159	0,049	-3,215	0,001
CONT_RENTA_INFOR_PRP	← CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	1,198	0,118	10,117	***
PRESS_DECISOIN_ADM	← PRESS_ADM_SOIN1	1			
PRESS_DECISOIN_ADM_CPA	← PRESS_ADM_SOIN1	1,056	0,039	27,147	***
MDRENT	← DMSI	1			
MDRENT_CMORB	← DMSI	0,909	0,072	12,701	***
MDRENT_CMORBNEXIST	← DMNE	1			
MDRENT_DIAGNEXIST	← DMNE	0,99	0,03	32,53	***
AR2	← ARR	1			
AR6	← ARR	1,239	0,047	26,129	***
IP1	← IMPL_PROF	1			
IP3	← IMPL_PROF	1,017	0,039	25,829	***
IP7	← IMPL_PROF	0,649	0,034	18,967	***
IP8	← IMPL_PROF	0,973	0,038	25,436	***
IP5	← IMPL_PROF	0,611	0,036	16,827	***
ISP5	← IMPL_SP1	1,016	0,074	13,777	***
ISP2	← IMPL_SP1	0,802	0,065	12,36	***
AR3	← ARTAC	1			
AR4	← ARTAC	0,98	0,115	8,539	***
AR5	← ARTAC	1,436	0,175	8,231	***
CR2	← CRIA	1			
CR4	← CRIE	1			
CR5	← CRIE	3,182	0,436	7,29	***
CR3	← CRIA	1,814	0,25	7,241	***
PRESS_DECISOIN_ADM_DCHU	← PRESS_ADM_SOIN1	1,182	0,04	29,485	***
PRESS_DECISOIN_ADM_ARH	← PRESS_ADM_SOIN1	0,987	0,039	25,353	***
IO_C4	← IMPCAL	1			
IO_C2	← IMPCAL	1,405	0,148	9,466	***
IO_C3	← IMPCAL	1,591	0,175	9,103	***
IO_A2	← IMPAFF1	0,383	0,056	6,905	***
IO_A3	← IMPAFF1	1			
IO_A1	← IMPAFF2	0,644	0,048	13,47	***
IO_A7	← IMPAFF2	1			
IO_A6	← IMPAFF2	0,992	0,054	18,252	***
IO_A5	← IMPAFF2	0,852	0,054	15,798	***
CONT_COD_AMEI_PRP	← CONT_OPT_CODAGE	1			
CONT_COD_TP_PRP	← CONT_OPT_CODAGE	1,048	0,183	5,72	***
CONT_COMP_ADM	← CONTROL_FORMEL	1			
CONT_COMP_PRP	← CONTROL_FORMEL	0,938	0,279	3,369	***
CONT_RENTA_INFOR_ADM	← CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	1			
MDRENT_DIAG	← DMSI	1,119	0,085	13,212	***
MDRENT_ACTNNECC	← DMNE	0,996	0,041	24,219	***
ISP9	← IMPL_SP1	1			
ISP4	← IMPL_SP1	0,794	0,06	13,259	***
PRESS_DECISOIN_PAIR_PH	← PRESS_PAIRS_SOIN1	1			
PRESS_DECISOIN_PAIR_INF	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,968	0,125	7,767	***
PRESS_OBJPOL_ADM_CPA	← PRESS_ADM_RENTA1	0,989	0,057	17,219	***
PRESS_RENTA_ADM_CPA	← PRESS_ADM_RENTA1	1			
CR7	← CRIA	0,934	0,147	6,341	***
CR1	← CRPERS	1			
CR8	← CRPERS	1,658	0,224	7,414	***

COEFFICIENTS STANDARDISES

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
PRESS_ADM_SOIN1	← CONTROL_FORMEL	0,066
PRESS_ADM_SOIN1	← CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,276
PRESS_ADM_RENTA1	← CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,27
PRESS_ADM_RENTA1	← CONTROL_FORMEL	0,147
PRESS_ADM_SOIN1	← CONT_OPT_CODAGE	0,078
PRESS_ADM_RENTA1	← CONT_OPT_CODAGE	0,152
PRESS_PAIRS_SOIN1	← CONT_OPT_CODAGE	0,09
PRESS_PAIRS_SOIN1	← CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,194
PRESS_PAIRS_SOIN1	← CONTROL_FORMEL	0,016
IORGA	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,063
IORGA	← PRESS_ADM_SOIN1	-0,058
IORGA	← PRESS_ADM_RENTA1	0,173
CROLE	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,017
CROLE	← PRESS_ADM_RENTA1	0,177
CROLE	← PRESS_ADM_SOIN1	0,502
ARR	← PRESS_PAIRS_SOIN1	-0,056
CR1A	← CROLE	0,801
ARTAC	← PRESS_ADM_RENTA1	-0,089
CR1E	← CROLE	0,742
CRPERS	← CROLE	0,671
IMPL_SP1	← PRESS_ADM_RENTA1	0,112
IMPL_SP1	← PRESS_ADM_SOIN1	-0,078
DMNE	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,159
ARTAC	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,035
ARR	← PRESS_ADM_RENTA1	0,02
DMSI	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,11
IMPAFF2	← IORGA	0,417
IMPL_SP1	← PRESS_PAIRS_SOIN1	-0,074
IMPL_PROF	← PRESS_PAIRS_SOIN1	-0,024
IMPCAL	← IORGA	0,67
IMPAFF1	← IORGA	0,406
DMSI	← PRESS_ADM_SOIN1	0,055
DMSI	← PRESS_ADM_RENTA1	0,169
DMNE	← PRESS_ADM_RENTA1	-0,016
DMNE	← PRESS_ADM_SOIN1	0,215
ARR	← PRESS_ADM_SOIN1	0,213
ARTAC	← PRESS_ADM_SOIN1	0,306
IMPL_PROF	← PRESS_ADM_RENTA1	-0,004
IMPL_PROF	← PRESS_ADM_SOIN1	-0,173
CONT_RENTA_INFOR_PRP	← CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,836
PRESS_DECISOIN_ADM	← PRESS_ADM_SOIN1	0,833
PRESS_DECISOIN_ADM_CPA	← PRESS_ADM_SOIN1	0,882
MDRENT	← DMSI	0,736
MDRENT_CMORB	← DMSI	0,616
MDRENT_CMORBNEEXIST	← DMNE	0,879
MDRENT_DIAGNEXIST	← DMNE	0,97
AR2	← ARR	0,753
AR6	← ARR	0,979
IP1	← IMPL_PROF	0,849
IP3	← IMPL_PROF	0,884
IP7	← IMPL_PROF	0,718
IP8	← IMPL_PROF	0,845
IP5	← IMPL_PROF	0,645
ISP5	← IMPL_SP1	0,75
ISP2	← IMPL_SP1	0,622
AR3	← ARTAC	0,513
AR4	← ARTAC	0,657
AR5	← ARTAC	0,705
CR2	← CR1A	0,425
CR4	← CR1E	0,335
CR5	← CR1E	0,819
CR3	← CR1A	0,757
PRESS_DECISOIN_ADM_DCHU	← PRESS_ADM_SOIN1	0,931
PRESS_DECISOIN_ADM_ARH	← PRESS_ADM_SOIN1	0,848
IO_C4	← IMPCAL	0,515
IO_C2	← IMPCAL	0,68
IO_C3	← IMPCAL	0,762
IO_A2	← IMPAFF1	0,406
IO_A3	← IMPAFF1	0,952
IO_A1	← IMPAFF2	0,615
IO_A7	← IMPAFF2	0,811
IO_A6	← IMPAFF2	0,798
IO_A5	← IMPAFF2	0,721
CONT_COD_ADEL_PRP	← CONT_OPT_CODAGE	0,773
CONT_COD_TP_PRP	← CONT_OPT_CODAGE	0,896
CONT_COMP_ADM	← CONTROL_FORMEL	0,674
CONT_COMP_PRP	← CONTROL_FORMEL	0,816
CONT_RENTA_INFOR_ADM	← CONTROL_INFORMEL_HIERARCHIE	0,718
MDRENT_DIAG	← DMSI	0,812
MDRENT_ACTNNECC	← DMNE	0,779
ISP9	← IMPL_SP1	0,722
ISP4	← IMPL_SP1	0,66
PRESS_DECISOIN_PAIR_PH	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,876
PRESS_DECISOIN_PAIR_INF	← PRESS_PAIRS_SOIN1	0,86
PRESS_OBJPOL_ADM_CPA	← PRESS_ADM_RENTA1	0,908
PRESS_RENTA_ADM_CPA	← PRESS_ADM_RENTA1	0,909
CR7	← CR1A	0,367
CR1	← CRPERS	0,5
CR8	← CRPERS	

Annexe 8 : Variances du modèle

Variations: (Group number 1 - Default model)

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
EE15	0,265	0,083	3,203	0,001	par_70
EE16	0,358	0,047	7,545	***	par_71
EE14	0,651	0,125	5,195	***	par_72
EE1	1,013	0,085	11,884	***	par_73
EE3	0,954	0,136	7,008	***	par_74
EE2	1,519	0,138	11,05	***	par_75
ECRO	0,05				
ERI	0,203	0,056	3,604	***	par_76
EIM2	1				
EIM1	1				
ECR2	0,05				
EIM3	0,199	0,073	2,732	0,006	par_77
EE12	0,319	0,025	13,012	***	par_78
EE13	0,876	0,103	8,48	***	par_79
EE5	0,68	0,078	8,699	***	par_80
EE8	0,91	0,074	12,242	***	par_81
EE11	0,721	0,069	10,51	***	par_82
EEAR	0,275	0,053	5,208	***	par_83
ECR1	0,088	0,028	3,176	0,001	par_84
ECR3	0,096	0,033	2,922	0,003	par_85
E14	0,05				
E45	0,421	0,03	14,035	***	par_86
E7	0,779	0,076	10,278	***	par_87
E8	0,594	0,083	7,116	***	par_88
E9	1,247	0,09	13,82	***	par_89
E11	0,222	0,015	14,883	***	par_90
E12	0,021	0,007	3,164	0,002	par_91
E13	0,578	0,036	16,082	***	par_92
E21	0,372	0,025	14,908	***	par_93
E22	0,357	0,029	12,33	***	par_94
E23	0,493	0,031	15,788	***	par_95
E33	0,557	0,052	10,754	***	par_96
E34	0,707	0,05	14,044	***	par_97
ERA1	0,853	0,061	14,006	***	par_98
ERA2	0,384	0,039	9,918	***	par_99
EIO7	1,002	0,069	14,479	***	par_100
EIO8	0,661	0,089	7,449	***	par_101
EIO9	0,829	0,079	10,465	***	par_102
EIO1	0,629	0,06	10,563	***	par_103
EIO3	0,814	0,064	12,658	***	par_104
EIO5	0,125	0,111	1,123	0,262	par_105
EC2	0,653	0,102	6,372	***	par_106
EC3	1,493	0,096	15,507	***	par_107
EIO2	0,681	0,066	10,263	***	par_108
E43	0,24	0,026	9,38	***	par_109
EIO4	0,825	0,056	14,628	***	par_110
E1	0,439	0,114	3,86	***	par_111
EIO6	0,89	0,058	15,481	***	par_112
E44	0,353	0,028	12,719	***	par_113
E42	0,489	0,034	14,325	***	par_114
E2	0,175	0,123	1,42	0,156	par_115
E5	0,336	0,037	9,095	***	par_116
E6	0,221	0,051	4,37	***	par_117
E4	0,117	0,069	1,699	0,089	par_118
E3	0,318	0,08	3,989	***	par_119
E10	0,101	0,009	11,348	***	par_120
E19	0,365	0,03	12,227	***	par_121
ERA3	0,636	0,077	8,255	***	par_122
E20	0,272	0,026	10,382	***	par_123
E32	0,569	0,043	13,348	***	par_124
E31	0,639	0,055	11,68	***	par_125
E38	0,303	0,128	2,375	0,018	par_126
E39	0,33	0,12	2,754	0,006	par_127
E40	0,364	0,097	3,764	***	par_128
E41	0,359	0,095	3,786	***	par_129
EC1	1,209	0,081	14,99	***	par_130
EC5	0,552	0,17	3,24	0,001	par_131
EC4	0,879	0,056	15,687	***	par_132
EC7	1,11	0,1	11,065	***	par_133
EC6	0,478	0,039	12,357	***	par_134

Annexe 9: Qualité du modèle testé

CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	134	2991,443	1141	0	2,622
Saturated model	1275	0	0		
Independence model	50	13347,188	1225	0	10,896

RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	0,14	0,818	0,797	0,732
Saturated model	0	1		
Independence model	0,234	0,392	0,367	0,376

Baseline Comparisons

Model	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
	Delta1	rho1	Delta2	rho2	
Default model	0,776	0,759	0,848	0,836	0,847
Saturated model	1		1		1
Independence model	0	0	0	0	0

Parsimony-Adjusted Measures

Model	PRATIO	PNFI	PCFI
Default model	0,931	0,723	0,789
Saturated model	0	0	0
Independence model	1	0	0

NCP

Model	NCP	LO 90	HI 90
Default model	1850,443	1692,332	2016,155
Saturated model	0	0	0
Independence model	12122,188	11754,2	12496,658

FMIN

Model	FMIN	F0	LO 90	HI 90
Default model	5,184	3,207	2,933	3,494
Saturated model	0	0	0	0
Independence model	23,132	21,009	20,371	21,658

RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	0,053	0,051	0,055	0,016
Independence model	0,131	0,129	0,133	0

AIC

Model	AIC	BCC	BIC	CAIC
Default model	3259,443	3285,428	3843,626	3977,6
Saturated model	2550	2797,243	8108,457	9383,5
Independence model	13447,188	13456,883	13665,166	13715

ECVI

Model	ECVI	LO 90	HI 90	MECVI
Default model	5,649	5,375	5,936	5,694
Saturated model	4,419	4,419	4,419	4,848
Independence model	23,305	22,668	23,954	23,322

HOELTER

Model	HOELTER	HOELTER
	.05	.01
Default model	236	243
Independence model	57	59

Annexe 10: Le questionnaire



IMPLICATIONS DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET PRESSIONS SUBIES

Ma recherche doctorale

On constate que très peu de recherches ont été réalisées sur le domaine hospitalier en France. C'est pourquoi, j'ai décidé d'orienter mon travail doctoral dans ce secteur afin de mieux comprendre ce qui se passe aujourd'hui pour les praticiens hospitaliers du CHU.

Je m'intéresse à votre implication dans votre profession, votre engagement dans les soins ainsi qu'aux changements existants depuis l'introduction de la tarification à l'activité. Par conséquent, n'hésitez pas à répondre aux questions suivantes en toute franchise. Les réponses sont anonymes.

Cette étude, testée auprès de praticiens hospitaliers, a été élaborée en prenant en compte vos contraintes de temps. La durée de réponse est d'une quinzaine de minutes.

Vous pouvez me contacter, si vous souhaitez toute information complémentaire, par mail à l'adresse suivante irene.georgescu@univ-montp1.fr ou bien par téléphone au 06.21.05.75.40. Je vous remercie pour le temps précieux que vous allez consacrer à ma thèse.

Quelques informations...

Année de naissance

Genre Homme Femme

Spécialité

Autre spécialité

Ancienneté dans le service public

dans la fonction de PH

Résultat financier:

	Bénéficiaire	Déficitaire	Ne sais pas
du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom du CHU

VOUS ET VOTRE PROFESSION DE MEDECIN

Concernant votre métier vous pouvez dire:

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ai un métier idéal pour y travailler toute ma vie...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je serais très heureux (se) de finir ma carrière au CHU...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je veux faire carrière dans ce métier...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ce CHU a une très grande signification pour moi...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis très heureux(se) d'avoir choisi à l'époque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il m'arrive souvent de dire "nous" à la place du "je" lorsque je parle:					
	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de mon CHU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du service public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je pense que je ne pourrais pas facilement m'attacher à d'autres CHU comme à celui-ci...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis préoccupé(e) par la qualité des soins (adaptés à la maladie, surveillance...) que je dispense...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La qualité de mes soins est améliorée grâce à mes activités de recherche...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens concerné(e) par le futur du service public...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis fier(e) de dire aux autres que j'appartiens au service public...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je m'intéresse beaucoup à ce que pensent les autres:					
	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
des médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de mon CHU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du service public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Mes soins sont améliorés car l'hôpital me fournit les technologies les plus récentes...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis prêt(e) à faire de gros efforts au delà de ce qui est normalement attendu pour aider le service public...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Même si je n'avais pas besoin d'argent, je conserverais ce métier...	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/>	Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Sans opinion	<input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
Rester dans ce CHU est autant une nécessité qu'un désir...	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/>	Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Sans opinion	<input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
Pour moi, le service public est le meilleur domaine où je peux travailler...	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/>	Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Sans opinion	<input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
Je trouve que mes valeurs personnelles (équité des soins...) sont très similaires à celles du service public...	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/>	Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Sans opinion	<input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
Je connais avec certitude l'étendue de mon autorité...	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/>	Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Sans opinion	<input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
Je regrette d'avoir choisi la profession de médecin...	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/>	Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Sans opinion	<input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
Ce serait très difficile pour moi de quitter actuellement mon CHU même si je le voulais...	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/>	Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Sans opinion	<input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
Je réalise des choses qui peuvent être acceptées par certaines personnes et rejetées par d'autres...	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/>	Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Sans opinion	<input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent de façon différente...	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/>	Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Sans opinion	<input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord
Je parle du service public à mes amis comme d'un très bon secteur où être membre est formidable...	<input type="checkbox"/>	Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/>	Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/>	Sans opinion	<input type="checkbox"/>	Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/>	Tout à fait d'accord

VOUS ET VOTRE PRATIQUE MEDICALE

J'arrive à la qualité des soins que je souhaite parce que l'on me donne les moyens matériels (IRM...)...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
Un autre CHU ne pourrait m'offrir tous les avantages que j'ai ici...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
J'ai des choses (médicales, administratives...) à faire qui devraient être réalisées autrement...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
Je sens que je n'ai pas assez d'opportunités d'emploi pour me permettre de quitter ce CHU...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
Je soigne les patients sans ressources ni moyens adéquats pour pouvoir l'effectuer...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
J'aimerais trouver un autre métier avec le même salaire...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
Une des raisons majeures pour lesquelles je continue à travailler dans ce CHU est que mon départ demande un sacrifice personnel considérable...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
Je fournis des soins de qualité parce que je dispose de moyens humains (Infirmiers...)...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
La qualité des soins est améliorée grâce à la compétence des praticiens hospitaliers, infirmiers et aides-soignants travaillant avec moi...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
Je ne suis pas inquiet(e) de ce qui pourrait se passer si je quitte mon travail sans avoir d'autres perspectives...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
Je reçois des patients sans infirmiers et aides-soignants pour pouvoir les soigner...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
J'ai des pressions qui m'empêchent de dispenser des soins de qualité...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
Je dois contourner une règle ou des procédures pour pouvoir soigner...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
La qualité des soins est améliorée grâce à la compétence du personnel administratif...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord
J'aime trop ce métier pour l'abandonner...	<input type="checkbox"/> tout	<input type="checkbox"/> Pas d'accord du tout	<input type="checkbox"/> Plutôt pas d'accord	<input type="checkbox"/> Sans opinion	<input type="checkbox"/> Plutôt d'accord	<input type="checkbox"/> Tout à fait d'accord

J'ai des injonctions qui me rappellent que je dois coder à temps par:

	Moins de 1fois/trimestre	1 à 2 fois/trimestre	3 à 4 fois/trimestre	5 à 6 fois/trimestre	plus de 6 fois/trimestre
l'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable de pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me font des remarques concernant l'organisation de mon activité:

	Moins de 1fois/trimestre	1 à 2 fois/trimestre	3 à 4 fois/trimestre	5 à 6 fois/trimestre	plus de 6 fois/trimestre
l'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable de pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depuis l'introduction de la T2A, m'indique(nt) si j'ai été rentable:

	Moins de 1fois/trimestre	1 à 2 fois/trimestre	3 à 4 fois/trimestre	5 à 6 fois/trimestre	plus de 6 fois/trimestre
l'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je reçois un comparatif de rentabilité entre mes activités et celle de mes collègues par:

	Moins de 1 fois/trimestre	1 à 2 fois/trimestre	3 à 4 fois/trimestre	5 à 6 fois/trimestre	plus de 6 fois/trimestre
l'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me font des remarques, si je n'ai pas généré et codé suffisamment d'activités rentables:

	Moins de 1 fois/trimestre	1 à 2 fois/trimestre	3 à 4 fois/trimestre	5 à 6 fois/trimestre	plus de 6 fois/trimestre
l'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lors de discussions informelles, la rentabilité de mon activité est abordée par:

	Moins de 1 fois/trimestre	1 à 2 fois/trimestre	3 à 4 fois/trimestre	5 à 6 fois/trimestre	plus de 6 fois/trimestre
l'administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je ressens de la pression pour atteindre les objectifs budgétaires du pôle par:

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
l'ARH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur du CHU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur administratif du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je ressens de la pression à être rentable par:

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
l' ARH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur du CHU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur administratif du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je sais associer les codes pour être rentable...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'adapte les diagnostics pour être plus rentable...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je reçois des demandes incompatibles d'une ou plusieurs personnes avec ma mission de soin...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il arrive que je cote un acte par assimilation, s'il n'existe pas dans la cotation officielle, pour ne pas perdre de ressources...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je ressens de la pression sur la qualité de ma pratique médicale par:

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
l' ARH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur du CHU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur administratif du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable de pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Que je diminue mes dépenses est important pour:

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
l' ARH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur du CHU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur administratif du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je ressens de la pression sur mes décisions de soin par:

	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
l' ARH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur du CHU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur administratif du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je ressens de la pression pour augmenter mon activité par:					
	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
l' ARH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur du CHU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le directeur administratif du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le praticien responsable du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les autres praticiens hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les administratifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le personnel soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pas d'accord du tout	Plutôt pas d'accord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ajoute le plus de coûts morbidité (obésité, dénutrition...) possibles pour que mon acte soit rentable...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il m'arrive de réaliser, pour le coter et être plus rentable, un acte médical non nécessaire...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je cote un coût morbidité uniquement parce qu'il est rentable et ce, même si le patient n'en est pas atteint...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je code une pathologie uniquement parce qu'elle est rentable et ce, même si le patient n'en est pas atteint...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VU et PERMIS D'IMPRIMER

A Montpellier, le

Le Président de l'Université Montpellier I

Philippe Augé

RESUME

L'introduction de la tarification à l'activité couplée à la réorganisation en pôles d'activités, orientent l'hôpital public français vers de nouvelles logiques financières. L'obligation de moyen fait place à une obligation d'activité, les ressources de l'institution hospitalière sont désormais directement dépendantes du niveau de l'activité produite. Aussi, la mise en œuvre d'un contrôle par les résultats émerge dans une organisation déjà dominée par un contrôle professionnel. L'objet de cette étude est d'étudier les effets du contrôle par les résultats dans l'hôpital public français. Basé sur une recherche exploratoire auprès de 31 praticiens hospitaliers dans 2 CHU et sur une étude confirmatoire auprès de 578 praticiens hospitaliers répartis dans 14 CHU, ce travail révèle l'existence de pressions financières internes. Par ailleurs, il met en lumière les conséquences concernant les conflits de rôle, l'ambiguïté de rôle, l'implication des médecins et la manipulation de données en fonction de la nature et de la source des pressions financières internes.

Mots clés : pression financière interne, contrôle par les résultats, conflit de rôle, ambiguïté de rôle, implication dans la profession, implication dans le service public, implication dans l'organisation, manipulation de données, hôpital public.

The Internal Financial Pressures, determinants and consequences on attitudes and behaviours: a study on French Public Hospitals.

SUMMARY

The introduction of activity based pricing in combination with hospitals' reorganizations has recently created a new financial logic in French public hospitals. The organization has an obligation to produce certain levels of activity, since hospitals' resources are directly dependent on the activity level. These changes also imply the implementation of financial results controls in these organizations, which are traditionally dominated by professional control. The purpose of this study is to investigate the effects of financial results control in French public hospitals. The study comprises an exploratory study among 31 physicians in 2 public hospitals, and a confirmatory survey study among 578 doctors in 14 public hospitals. It documents the existence, origins and effects of internal financial pressures as a consequence of the said developments. The study documents how role conflict, role ambiguity, physicians' commitment and data manipulation depend on the nature and source of such internal financial pressures.

Key words: Internal Financial Pressure, control by results, role conflict, role ambiguity, professional commitment, public sector commitment, organizational commitment, data manipulation, public hospital