

Décentraliser pour planifier
Enjeux autour de la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation

Mots Clés : gestion publique, management stratégique, théorie du mandat, structure

Jean-Louis Denis
Professeur en administration de la santé
Département d'administration de la Santé
Université de Montréal
CP 6128, succ centre ville
H3T 3J7 Montréal

Annick Valette (correspondante)
Maître de conférences en sciences de la gestion
UFR DGES
Université Pierre Mendès-France
BP 47
38040 Grenoble Cedex 9
Tel : 04-76-82-59-40
Fax : 04-76-82-54-44
Mel : annick.valette@upmf-grenoble.fr

Décentraliser pour planifier

Enjeux autour de la création des Agences Régionales d'Hospitalisation

Introduction :

La gestion publique de l'offre de soins s'est engagée depuis le début des années 90 dans une dynamique de planification stratégique sur l'ensemble du territoire. Il s'agit d'une part, dans un contexte de limitation des ressources, de déterminer à moyen terme l'offre des établissements de soins satisfaisante au regard des besoins de la population. On retrouve ici un exercice classique de formulation stratégique ou de construction d'une image-cible (Ponssard, 1993). Il s'agit d'autre part de stimuler le changement, de manière à ce que l'offre de soins existante se transforme et se rapproche de l'image cible. On est alors en présence d'un exercice de mise en œuvre stratégique pour lequel il faut à la fois concevoir un chemin de passage entre la situation présente et souhaitée et stimuler son déroulement. Ceci se traduit concrètement de deux manières pour le système de santé. Des objectifs de restructuration des établissements de soins par abandon ou création d'activité, fusion ou coopération doivent être élaborés. De nouveaux outils d'incitations/sanctions doivent être conçus et appliqués pour stimuler les restructurations.

Cet exercice de planification stratégique se fait dans un contexte que l'on peut caractériser en quatre points

- Le planificateur dispose d'une information limitée. Le système d'information sur les besoins de la population, sur l'offre existante, sur l'activité des établissements sur les coûts de production des soins est peu développé.
- L'incertitude est grande. Cette incertitude est liée à la pauvreté de l'information (par exemple sur les besoins), aux caractéristiques de la science médicale (quelle est la bonne prise en charge d'une pathologie ?) mais est aussi au cœur de la gestion de services publics. En l'absence d'un indicateur unique de performance (par exemple le profit), les objectifs à poursuivre sont soumis aux arbitrages propres à chacun, arbitrage entre coût et niveau d'équipement disponible, entre niveau d'équipement et proximité des équipements.
- Les jeux d'acteurs sont complexes. Un établissement de soins est à la fois un producteur de soins pour les usagers, un outil de travail pour les médecins, un employeur pour les habitants de la commune sur laquelle il est implanté, un centre de coût pour les cotisants et un symbole fort de sa politique pour l'élu local. Les intérêts sont donc multiples et les circuits de décisions complexes (Crozier, Thönig, 1977)
- Le champ de mise en œuvre de la stratégie est duale. L'offre de soins est assurée en France par des établissements publics et des établissements privés. Ceux-ci ne sont pas soumis à la même tutelle (Etat pour le public, Assurance Maladie pour le privé), n'ont pas les mêmes objectifs (service public pour l'un, profit pour l'autre), ne sont pas financés selon les mêmes mécanismes (budget global pour le public indépendamment du niveau d'activité, proportionnelle à l'activité pour le privé par l'intermédiaire des prix de journée). Ils ont toutefois la même fonction, offrir de

soins à la population et sont tous deux financés par l'Assurance Maladie, soumise à la pression de maîtrise des dépenses.

La structure du dispositif de gestion jusque dans les années 90 se caractérise par une grande centralisation (« les décisions se prennent à Paris ») et par une fragmentation (les décisions concernant le secteur public sont prises indépendamment des décisions concernant le secteur privé), qui au vu des caractéristiques du contexte d'action précédemment décrit s'accorde mal avec un exercice de planification stratégique. Le planificateur échoue à conduire des restructurations de l'offre de soins et à maîtriser les dépenses. Il a donc été choisi de modifier le design organisationnel du dispositif de gestion et plus spécifiquement de le décentraliser et de l'intégrer. Pour ce faire, une nouvelle organisation a été créée, l'Agence Régionale de L'hospitalisation (ARH) en charge de la planification et de l'allocation des ressources aux établissements.

Les attentes à l'égard de cette nouvelle organisation sont fortes. Pourtant, tout choix structurel est porteur de forces et de faiblesses. Transformer l'agencement d'une organisation, c'est bien souvent déplacer les problèmes de gestion. La reconception du dispositif de décision est potentiellement porteur d'amélioration de la performance du système de planification en même temps qu'elle en dévoile les lacunes. C'est le déplacement des problèmes que nous souhaiterions analyser ici. Pour ce faire, nous avons choisi de mobiliser une approche par la relation d'agence qui aborde l'action collective sous l'angle de la délégation entre un mandataire qui émet un mandat et un mandant qui dispose d'une certaine autonomie d'action. Cette approche paraît prometteuse pour débattre de la coexistence de phénomènes apparemment contradictoires comme la décentralisation et l'augmentation des contrôles. Elle permet aussi de placer au cœur de l'étude, la question de la formulation des mandats (Girin, 1995) dans un système public où les objectifs (mandats) ne sont pas donnés mais émergent de processus complexes d'identification et de valorisation (Bohman, 1996 ; Touraine, 1994, Hasenfeld, 1992). De manière, plus générale, l'approche par les mandats nous apparaît pouvoir enrichir la réflexion sur le management stratégique et le pilotage par objectif.

Nous nous proposons

- 1) De présenter les transformations structurelles apportées par les Agences
- 2) De discuter de la question de la performance de la planification stratégique à partir d'une approche par les mandats émis dans une relation de délégation.
- 3) De regarder en quoi les transformations structurelles transforment les conditions d'émission du mandat du planificateur et par-là même soulèvent de nouveaux enjeux pour le management stratégique.

Des observations faites en France sur le début de la mise en place des Agences alimentent notre réflexion. Elles sont complétées par d'autres observations menées au Québec, sur des dispositifs très proches, fonctionnant depuis un peu plus de temps et pour lesquels on dispose donc d'un certain recul.

I - Les Agences : transformation de la structure du dispositif de planification

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation sont des groupements d'intérêt publics créés en 1996. Elles ont pour mission de « définir et mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitalier, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé privés et publics et de déterminer leurs ressources" » (ordonnance 96-346 du 24 avril 1996). Il a donc été choisi ici de créer une nouvelle organisation qui institutionnalise la coopération de gestion entre le secteur public et le secteur privé. Un choix alternatif aurait été de mettre en place de nouveaux outils pour harmoniser les pratiques de gestion. Cette nouvelle organisation a des compétences en matière de planification de l'offre et d'allocation budgétaire. Par rapport à la division des tâches antérieures, elles représentent un mouvement d'intégration et de décentralisation du système de décision.

Concentration et intégration des décisions

Dans le rapport du Président de la République relatif à l'ordonnance 96-346, l'Agence est définie comme un moyen de « clarifier les responsabilités, de constituer une autorité de décision cohérente, compétente pour l'hospitalisation publique et privée qui remédiera à l'actuelle dispersion des moyens, des responsabilités et des compétences ». La création des agences est présentée ici comme une action de concentration d'attributions jusqu'alors fragmentées dans le système. L'Agence concentre en effet des activités relevant jusqu'alors de l'Etat (tutelle du secteur public) et de l'Assurance maladie (tutelle du secteur privé). Elle s'apparente à une « joint venture » mettant en commun une partie des activités des organisations régionales et départementales de l'Etat (DRASS, DDASS) et de l'assurance maladie (CRAM). Les directeurs de ces organismes composent le comité exécutif de l'Agence. On en attend une meilleure intégration des décisions entre le secteur public et le secteur privé.

L'information jusqu'alors dispersée doit être mise en commun, les systèmes d'information sur le public et le privé harmonisés. Un schéma régional de planification de l'offre de soins commun doit être élaboré. Il définit les grands objectifs et peut envisager des actions de coopération entre des établissements du secteur public et du secteur privé (par exemple l'hôpital de la ville se spécialise dans la médecine, la clinique en chirurgie).

L'Agence doit aussi rapprocher la planification et l'allocation de moyens en regroupant des activités qui étaient jusqu'alors effectuée de manière indépendante par le niveau régional pour la planification (DRASS) et par le niveau départemental (DDASS) pour l'allocation de moyens. Ainsi, la DRASS dressait des objectifs d'offre de soins, les DDASS allouaient les ressources annuelles selon des logiques propres (Moison, Tonneau, Engel, 1991). En regroupant sous une même autorité ces deux exercices, on attend un meilleur couplage des décisions et en particulier que le budget puisse être un outil d'aide à la mise en œuvre stratégique (incitations aux restructurations, sanctions en cas de non atteinte des objectifs).

Décentralisation et augmentation de la capacité stratégique

L'intégration s'accompagne aussi d'une plus grande capacité stratégique du nouveau décideur régional qui induit une décentralisation des décisions.

La décentralisation est le prolongement du mouvement de renforcement du niveau régional, amorcé à partir de 1991. Dès cette époque, le ministère délègue aux acteurs régionaux la tâche de transformer des règles nationales en actions locales. Au niveau national sont déterminés les grands objectifs de la planification (qualité, sécurité, coûts) et les grandes lignes de son élaboration. Au niveau local sont définis les objectifs spécifiques, les compromis locaux, les répercussions sur les établissements. Au niveau national sont déterminées les enveloppes budgétaires. Au niveau local sont définies leur utilisation fine. L'acteur régional maîtrisait dans ce schéma les opérations de traduction puisqu'il devait rendre les règles nationales pertinentes, acceptables pour le contexte local tout en conservant le sens définis par le central.

Avec la création des Agences la capacité d'action du niveau régional sur les établissements s'accroît. L'Agence n'a plus en charge la seule opération de mise en œuvre de règles mais de mise en œuvre d'objectifs. Elle dispose pour cela d'une palette d'instruments et d'une certaine autonomie dans leur utilisation. On attend de cette augmentation des attributions, une prise d'initiative. Les Agences peuvent en particulier passer avec les établissements des contrats d'objectifs et de moyens, signes de la capacité de l'Agence de s'engager dans la planification des établissements. Par ailleurs, des lettres de mission lient les Agences au ministère et témoignent d'une volonté de piloter les instances intermédiaires par les objectifs, laissant ainsi une certaine marge de manœuvre des Agences dans l'exécution de leurs missions. La révocabilité des directeurs d'Agence ou leur non-renouvellement pouvant être une modalité de sanction en cas de non-exécution.

II –Performance de la planification stratégique : une entrée par la formulation des mandats

L'Agence peut être vue, comme nous l'avons fait précédemment, comme une modification structurelle conduisant à un nouvel agencement des DRASS, DDASS, CRAM. Elle peut aussi être regardée comme une relation entre un commanditaire, les pouvoirs publics, et des commandités, les établissements, transformée par un intermédiaire, l'Agence. Les relations décrites s'apparentent alors à des "relations d'agence" au sens de la théorie de l'agence (Mitnick 1993 ; Barrow 1996). Ces relations ont été très largement étudiées par la théorie économique mais aussi par la théorie des organisations. Nous nous proposons d'examiner ici la question de la performance de la planification stratégique, en mobilisant la théorie de l'agence.

Planificateur-établissement : relation d'agence

La relation d'agence est une situation dans laquelle un principal (ou mandant) délègue une action à un agent (ou mandataire) en situation d'asymétrie d'information et de divergence d'objectifs. L'asymétrie d'information souligne le fait que le principal ne dispose pas de toutes les informations sur l'agent, en particulier sur ses caractéristiques (antisélection), et sur ses actions (aléa moral). Dans ces conditions, la mandataire, qui dispose par délégation d'une certaine autonomie de décision, peut faire preuve d'opportunisme et agir de manière à atteindre ses objectifs plutôt que ceux du mandant. Les économistes s'intéressent à l'efficacité des contrats entre les deux parties, c'est à dire recherchent les dispositifs contractuels permettant que les objectifs du mandant soient remplis aux moindres coûts. Les coûts sont représentés pour l'essentiel par des coûts d'information. Les théoriciens des organisations cherchent les dispositifs organisationnels (voir en particulier les travaux sur le design organisationnel) structurant l'action organisée dans le sens d'une satisfaction des objectifs du mandant. Si les coûts sont un élément d'arbitrage, s'ajoutent des contraintes de temps, de mise en œuvre, d'acceptabilité des dispositifs organisationnels possibles.

La relation planificateur-établissement peut être considérée comme une relation d'agence. En matière de soins, le planificateur est celui qui construit et anime le processus d'orientation des actions des établissements, en vue de répondre aux objectifs de soins de la population. Si la présence d'un planificateur (que l'on préfère maintenant appeler régulateur) est nécessaire, c'est d'une part l'activité de soins a été déléguée à un tiers et que d'autre part, ce tiers, doté d'une certaine autonomie, ne remplit de manière spontanée les objectifs collectifs.

La première hypothèse qui fonde la relation d'agence est la divergence des objectifs. Deux représentations de la relation établissement/régulateur peuvent entrer en concurrence. Les établissements, en particulier public, peuvent être considérés comme des relais parfaits de la politique du ministère, ne serait-ce que parce que leur directeur, est un fonctionnaire. L'établissement pourrait alors répondre au modèle de l'intendant (Davis, Schoorman et Donaldson, 1997), valorisé par la bonne exécution des objectifs qui lui sont assignés. La représentation alternative, qui nous semble plus pertinente, est celle de l'agent dont les objectifs ne sont pas alignés sur ceux du régulateur. Dans cette conception, l'établissement n'est pas représenté par son directeur mais par un " groupe dirigeant " formé par une coalition d'acteurs que sont le directeur, les médecins, le président du Conseil d'administration (le maire de la commune). Leurs intérêts et projets sont différents et ne sont pas forcément satisfaits par les orientations des autorités publiques. Ils peuvent être conduits à les combattre ou les contourner. Des travaux (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996), montrent en particulier les intérêts de croissance, de spécialisation, de technicisation de chaque hôpital indépendamment des établissements qui l'entourent et de la population qu'il dessert. Des soucis d'image, d'emploi du président du conseil d'administration peuvent de même s'opposer à des politiques de restructuration souhaitées par le planificateur.

La seconde hypothèse est celle d'asymétrie d'information. Le régulateur ne connaît pas à priori les caractéristiques de l'établissement qu'il doit réguler. Formulé en d'autres termes, il connaît mal les compétences, les ressources disponibles, les coûts, la

qualité des services rendus. Il ne sait pas répondre avec évidence à une question comme “peut-on baisser les dépenses dans cet établissement de x% sans remettre en cause la qualité des soins ?” Cette asymétrie d’information est à la fois contingente au système d’information utilisé mais aussi dépendante de la forme de l’activité de soins qui se prête mal à une connaissance a priori indépendante du processus de mise en œuvre. Le régulateur ne connaît pas non plus l’effort fourni par l’établissement pour effectuer la mission qui lui est déléguée alors même que l’établissement peut avoir intérêt à ne pas prendre tous les moyens à sa disposition pour satisfaire les objectifs du régulateur. Il n’a par exemple, pas de réponse immédiate à la question, “l’établissement fait-il des efforts de coopération avec les établissements voisins ?”

Les enjeux de contrôle

En théorie des organisations, la relation d’agence pose le problème du contrôle, c’est à dire du dispositif permettant d’identifier si la mission a été exécutée (le contrôle est alors pris dans son sens strict d’évaluation), ou des mécanismes d’actions favorisant cette exécution (le contrôle peut être entendu ici dans le sens de pilotage) (Ouchi 1980; Eisenhardt 1985). Les réformes engagées dans le système de santé sont souvent posées en terme de contrôle. Comment faire en sorte que la volonté d’exercer un contrôle sur des paramètres critiques du système ne détruise pas les capacités d’adaptation et d’innovation d’un système ?

De manière classique, le contrôle peut se faire sur/par les résultats et sur/par les moyens. Dans le premier cas, on privilégiera l’information sur l’effet des actions du mandataire, dans le second cas sur le processus d’exécution et ses comportements. Dans la littérature, le premier renvoie en particulier à une organisation de marché, le second à une organisation bureaucratique.

Eisenhardt (1985) et Ouchi (1980) font dépendre le choix du mode de contrôle des caractéristiques de l’activité. Une activité programmable appelle un contrôle sur les moyens alors qu’une activité non programmable appelle un contrôle sur les résultats. Dans ce dernier cas, si l’activité ne donne pas lieu à un résultat qui puisse être évalué, le contrôle peut se faire en amont, par la proximité des objectifs et des valeurs (Ouchi parle alors de contrôle clanique).

Girin (1995) creuse la problématique du contrôle en opposant l’exécution de la mission et sa formulation. Il fait ainsi écho à la dichotomie entre formulation et mise en œuvre stratégique. La forme de l’activité exécutée a une influence sur la forme de contrôle possible. Plus l’activité mobilise des connaissances nombreuses et tacites, c’est à dire plus elle est complexe, plus elle est difficile à décrire. Il est alors plus facile d’évaluer les résultats que l’effort d’exécution. L’archétype de ces activités sont les activités d’expertises.

A la nature de l’activité, Girin (1995) ajoute la formulation du mandant comme déterminant des modes de contrôle. Ainsi, la formulation du mandat peut être claire ou confuse, c’est à dire fixer une mission appelant un résultat observable ou au contraire

une mission n'appelant pas de résultat observable. " Réduisez les dépenses de 10% " est dans ce sens un mandat clair. " Limiter les augmentations des dépenses est un mandat confus ". Il est difficile de voir si le mandat a été accompli ou pas et surtout de savoir a posteriori si tous les moyens ont été pris pour tenter d'accomplir le mandat. Un mandat clair appelle un contrôle sur les résultats, un mandat confus sur les moyens mis en œuvre. Notons que dans les deux cas, l'activité prescrite est relativement simple. Les actions menées pour exécuter la mission peuvent être décrites avec précision. On peut illustrer de la même manière un mandat clair et un mandat confus appelant tous deux une action complexe. Ainsi " faites baisser la durée d'attente ", est un mandat clair et complexe, " répondez aux besoins de la population ", confus et complexe.

L'intérêt de cette approche nous semble-t-il est de replacer la formulation de la mission, ou la fixation du mandat comme un élément variable de la relation. En théorie économique, le mandat se confond avec l'objectif du mandant ; lui-même considéré comme une donnée exogène. Il est donc donné. Les variables d'action sont alors les dispositifs d'incitation, de sanction, de supervision. La formulation de la mission est ici considérée comme un acte de gestion. C'est une constatation certes triviale pour un gestionnaire. Le management stratégique, la gestion des ressources humaines, le contrôle de gestion, se posent de manière récurrente le problème de la définition des objectifs. Ce qui nous semble original, c'est de replacer le problème de la définition des objectifs (ou mandats) dans le cadre de la relation d'agence et de la lier au problème du pilotage. La manière de " dire " le mandat et les modalités de contrôle sont liées. La formulation du mandat doit être adaptée au dispositif de contrôle existant, et en particulier au système d'informations en place. Ou encore, les modalités de contrôle doivent être transformées pour les rendre cohérentes avec la manière donc sont formulées les missions données aux mandataires.

Il nous semble intéressant de poursuivre la piste ouverte par Girin sur la formulation du mandat pour creuser la question de la performance d'un dispositif de planification. La régulation des soins consiste en grande partie en recueil, transformation, circulation, analyse de l'information qui nous invite à être attentif au contenu de l'information échangée. Par ailleurs, la transformation latente du système vers une gestion par objectif, fait de la formulation stratégique, c'est à dire la formulation des mandats aussi bien des Agences que des établissements, un enjeu important.

L'émission d'un mandat performant

Nous faisons ici l'hypothèse que la formulation du mandat est un acte de planification. Discuter de la " performance d'un mandat ", c'est donc discuter de la performance du système de planification, sous un angle spécifique. De même, nous postulons que le planificateur n'est pas totalement hypocrite (Brunson, 1982) c'est à dire qu'il émet des mandats qu'il souhaite voir mis en œuvre.

Girin (1995), à la suite de Ouchi (1980) et Eisenhardt (1985) aborde la performance à travers le contrôle. Un mandat efficace est avant tout un mandat dont la formulation est adaptée au dispositif de contrôle. Toutefois, lorsque elle est possible,

l'émission d'un mandat clair est préférable à celle d'un mandat confus puisqu'elle appelle directement un contrôle sur les résultats, a priori plus facile à mettre en œuvre qu'un suivi de l'exécution. Le souci d'efficacité, se double ici d'un souci d'efficience. On rejoint alors la thèse de Riveline (1983), pour qui le gestionnaire privilégie toujours des paramètres de pilotage simples, si possibles numériques.

Une observation rapide des mandats implicites ou explicites passés dans le système de santé, laissent à penser que les régulateurs ne formulent pas systématiquement des mandats clairs au sens de Girin (1995). Il existe des obstacles à la formulation de mandats clairs qui rendent de fait, un peu plus complexe la question de la performance. Ces obstacles renvoient à d'autres exigences du régulateur, que le seul contrôle. Trois critères additionnels nous semblent devoir être définis pour décliner la question de la performance.

Le premier de ces critères est la pertinence. Le mandat émis doit être pertinent, c'est à dire compatible avec la capacité d'action " objective " du mandataire alors même que le mandant a une connaissance imparfaite des caractéristiques du mandataire. Sa capacité d'action dépend de ses compétences internes, des ressources disponibles, du degré d'effort "raisonnable" qui n'entraîne pas une remise en cause de ses compétences (qui ne soit pas déstructurant). Demander à un établissement un trop gros effort budgétaire peut ainsi engendrer des désorganisations de l'établissement, des baisses de compétence du personnel (absence, départ, difficulté d'embauche), du matériel (usure, non-renouvellement ...). La réduction de l'asymétrie d'information entre le régulateur et l'établissement peut passer par le développement de systèmes d'informations spécifiques (sur les coûts, accréditation, audit budgétaires, ratios de capacité ...). Il existe toutefois des limites à la génération d'informations, qui sont des limites de coûts, des limites organisationnelles, de traitement, de formalisation. Un régulateur peut alors préférer émettre un mandat moins "contrôlable " ou moins clair, mais générant moins de risque d'être non pertinent.

L'écriture des plans stratégiques (SROS) dans les différentes régions nous semble à cet égard significative. Ils peuvent être assimilés à des formulations de mandats puisqu'ils explicitent les attentes des tutelles en matière de réorganisation d'établissements et envoient des signaux sur les affectations de ressources qui devraient les accompagner. On peut noter des différences significatives selon les régions. Telle région a privilégié la formulation de mandats clairs comme l'hôpital " H " et la clinique " C " devront abandonner, l'une la chirurgie l'autre la médecine, et passer des accords de coopération. Une autre aura préféré la formulation plus confuse comme, "des efforts de complémentarité devront être recherchés en médecine et chirurgie dans telle ville ". Les différences de formulation peuvent être expliquées par les niveaux d'information mais aussi par un arbitrage différent fait par le régulateur régional entre pertinence et contrôle.

Un mandat doit aussi être acceptable. Le mandat doit avoir du sens pour le mandataire. Non seulement le mandat doit correspondre aux capacités "objectives " du mandataire (pertinence) mais il ne doit pas heurter les principes et valeurs qui fondent l'activité du mandataire.

On a ainsi pu voir au Québec, des hôpitaux répondre aux objectifs de rationnement des ressources en fusionnant, supprimant de nombreux postes administratifs, modifiant les modalités de prises en charge, c'est à dire en se transformant en profondeur et résister à la suppression de lits ou d'une salle d'opération sur laquelle était fondée leur identité.

La recherche d'acceptabilité peut, elle aussi, conduire à émettre des mandats plus confus donc moins contrôlable. L'écriture des plans régionaux peut à nouveau servir d'exemple. Il faut augmenter la sécurité de la prise en charge des grossesses dans tel secteur sanitaire est plus acceptable mais moins "contrôlable", car plus confus, que "il faut supprimer ce service de maternité". Ici aussi, la formulation du mandat va dépendre du niveau d'information disponible sur l'acceptable et de l'arbitrage fait à un moment donné, entre les exigences de contrôle et d'acceptabilité.

La pertinence et l'acceptabilité répondent au souci d'efficacité. Le mandat a d'autant plus de chance d'être rempli, qu'il est compatible avec la capacité d'action et les valeurs du mandataire.

En leur absence, les effets peuvent être un défaut d'engagement du mandataire, un refus d'action, mais aussi à moyen terme un affaiblissement du rôle du planificateur, qui n'est plus reconnu comme légitime, par ceux qu'il régule. On observe ainsi dans certaines régions du Québec, une progressive remise en cause de la compétence du Ministère et des Régies Régionales à réguler provoquée par la répétition de mandats de réduction des dépenses qui finissent par être jugés non pertinents, c'est-à-dire non compatibles avec les capacités de changement des établissements.

Nous avons souligné jusqu'à présent les tensions entre les critères de pertinence, d'acceptabilité et de contrôle. En suivant J. Girin (1995), les deux premiers plaident bien souvent pour un mandat confus, le troisième pour un mandat clair, à l'interprétation univoque. Tous trois sont générés par l'asymétrie d'informations et sont donc fortement dépendants du système d'information mis en place par le régulateur.

Le dernier critère est celui de la contribution. Le mandat doit être contributif, c'est à dire participer à l'atteinte des objectifs du régulateur alors même qu'il peut y avoir divergence d'objectifs. Les exigences de contribution peuvent, comme le contrôle, s'opposer à la pertinence et l'acceptabilité. En ce sens, les objectifs de réduction importante des dépenses de santé fixés par le gouvernement québécois sont fortement contributifs à l'objectif de réduction des dépenses publiques au risque de perdre de la pertinence et de l'acceptabilité pour les établissements de soins.

L'émission d'un mandat contributif, se heurte non seulement à la divergence d'objectifs entre les deux parties mais aussi rencontre un problème spécifique à la gestion publique, celui de l'incertitude entourant l'identification même des objectifs du régulateur. Le régulateur est garant de l'intérêt collectif. La contribution du mandat émis se juge à sa capacité de remplir les objectifs collectifs. Toutefois, dans un système démocratique, le régulateur est lui aussi en position de mandataire de la population. On peut considérer que les objectifs lui sont fixés par le programme sur lequel le gouvernement a été élu. Le régulateur dispose d'une capacité stratégique pour la mise en œuvre de ce programme. Il développe dès lors en fonction de ses arbitrages et de ses

systèmes de contraintes, des objectifs qui se révèlent dans la mise en œuvre, qui lui sont propres et peuvent se retrouver non alignés avec ceux de son mandant. Il peut aussi considérer que des mandats spécifiques doivent lui être donnés pour la mise en œuvre et mettre en place pour ce faire, procédures de participation qui vise à la formulation d'objectifs. Notons, que dans ce contexte, le régulateur s'adresse à son mandant.

Ces quatre critères, contrôle, pertinence, acceptabilité, contribution entrent en tension et ne plaident pas pour la même formulation du mandat. Ces tensions sont particulièrement exacerbées en période de changement et de contrainte sur les ressources. Le changement crée de l'incertitude en modifiant les compétences des établissements, les valeurs, les objectifs du régulateur. Les contraintes sur les ressources renforcent les exigences de contrôle et de contribution du régulateur.

On peut faire l'hypothèse que ces tensions ne s'expriment pas de la même manière selon la structure du dispositif de régulation. En particulier, la création des Agences en modifiant le degré de centralisation/décentralisation, et de fragmentation/intégration complique ou au contraire facilite la satisfaction de ces critères.

III - La création des Agences et le déplacement des enjeux

Les effets de la structure sur la formulation des missions

La centralisation/décentralisation et la fragmentation/intégration de l'organisation du système de régulation agissent sur la nature des informations (connaissances), sur le système de relations et sur le nombre de relations d'agence.

Le degré de centralisation/décentralisation fait varier la distance entre le régulateur et le régulé et la nature des informations disponibles. Plus le régulateur est loin, plus il doit utiliser des informations formalisées pour émettre des mandats et prendre des décisions. Il n'a donc pas accès aux informations non formalisables et les coûts de mise en forme des informations potentiellement formalisables peuvent être importants. Ces informations sont utiles pour émettre des mandats pertinents et acceptables mais aussi pour contrôler la bonne exécution du mandat. Plus le régulateur est proche, plus les relations et interactions, productrices d'informations non "formalisables" sont denses (voir entre autres Powell, 1991 sur les rapports entre actions réciproques et "richesse" de l'information).

Les plans régionaux nous montrent que l'objectif "réponse aux besoins de la population" a été traduit dans une région avant tout en terme de sécurité, dans une autre en terme d'accessibilité. Notre hypothèse est que cette traduction correspond à une recherche de cohérence avec les problèmes des établissements de la région et les "valeurs" de certains interlocuteurs clés. Cette cohérence est rendue possible par une

connaissance plus approfondie de “l'échelon régional ” que ne l'aurait le ministère des problèmes, de l'offre locale de soins et par une interaction plus dense avec les acteurs locaux.

On peut ainsi faire l'hypothèse que plus le système est décentralisé, plus le risque d'émettre des mandats non pertinents, non acceptables, non contrôlables est faible, ou dit autrement, plus l'émission de mandats pertinents, acceptables et contrôlable est moins coûteuse.

Toutefois, décentraliser, c'est créer une nouvelle relation d'agence entre le régulateur central et le régulateur régional, qui s'ajoute à celle existant entre le régulateur régional et l'établissement. En augmentant verticalement le nombre de relations d'agence, la décentralisation risque de faire perdre en cohérence et en contribution aux objectifs collectifs. Plus système est décentralisé, plus le risque que le mandat émis auprès des établissements soit peu contributif à l'objectif collectif est grand.

L'intégration/fragmentation détermine quant à elle l'étendue du champ de régulation et donc la spécificité ou au contraire la diversité des informations et connaissances disponibles. Plus le champ d'intervention est étendu, plus l'information est hétérogène, plus les connaissances à acquérir sont larges. Les systèmes d'information, la nature des relations, la compréhension du fonctionnement du régulé, les systèmes de contrôle sont plus complexes. Les compétences requises du régulateur sont donc plus vastes. L'hypothèse que nous faisons donc ici est que plus un système est fragmenté ou spécialisé, plus le champ d'intervention est étroit donc plus il est facile d'émettre des mandats pertinents, acceptables, contrôlables.

En revanche, la fragmentation multiplie de manière horizontale les relations d'agences et accroît donc le nombre de mandats émis. La multiplication des mandats, qui cherchent chacun à répondre à leurs propres exigences de pertinence, d'acceptabilité, de contrôle augmente les risques de non-cohérence globale et sont donc potentiellement moins contributifs à l'objectif général (Offe, 1996).

Le profil du dispositif de régulation avant la création des agences peut alors être présenté comme suit :

	Pertinence	Acceptable	Contrôlable	Contributif
Centralisé	-	-	-	+
Fragmenté	+	+	+	-

La contribution aux objectifs collectifs est recherchée/obtenue par une centralisation des décisions. La recherche de pertinence, d'acceptabilité et de contrôle se fait par une spécialisation des tutelles. Il s'agit ici d'une représentation statique des dimensions entrant dans la performance d'un mandat. Elle ne tient pas compte de l'interdépendance probable entre ces différentes dimensions. Ainsi, le mandat peut paraître contributif au sens où il s'insère dans une politique sanitaire nationale. Par contre, la concrétisation de ce mandat contributif fait tout vraisemblablement problème dans un système centralisé. Le mandat a de fortes chances d'être réalisé à minima, c'est-

à-dire être mis en œuvre pour répondre à une contrainte bureaucratique sans souci d'adaptation et de dynamisation du système. Une forme poussée de régulation centralisée s'apparenterait donc à une dynamique bureaucratique qui se manifeste clairement dans l'analyse que nous faisons de la performance du mandat dans une telle situation (Crozier, 1963).

L'incapacité croissante du système centralisé à compenser les déficits de contribution d'un système fragmenté, conduit à modifier les structures dans le sens, nous l'avons dit au départ, d'une intégration. Elle s'accompagne par ailleurs d'une décentralisation. On peut noter qu'au Québec, le mouvement de décentralisation a été guidé par la mise en exergue de la faiblesse d'une organisation centralisée à identifier les compétences et les valeurs et donc à émettre des mandats pertinents et contributifs.

Le profil du dispositif de régulation après la création des agences se décline alors ainsi :

	Pertinence	Acceptable	Contrôlable	Contributif
Décentralisé	+	+	+	-
Concentré	-	-	-	+

Il peut potentiellement résoudre de manière différente les exigences de performances. Dans le même temps, il crée de nouvelles tensions. L'Agence internalise une partie des problèmes qui caractérisent le niveau central dans la formulation des mandats. Cette nouvelle instance est plus près de l'action et pourra donc s'harmoniser plus facilement avec les spécificités locales. Par contre, elle devra contraindre les logiques de régulation publique et privée à développer un mandat compatible. La décentralisation modifie et déplace les tensions inhérentes au système de régulation.

Les enjeux soulevés par la nouvelle structure

Le premier problème posé est celui de concilier pertinence/acceptabilité/contrôle et contribution dans une organisation décentralisée

La décentralisation rend plus facile l'émission de mandats pertinents, acceptables, contrôlable. Les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les établissements, les plans régionaux sont des supports d'explicitations des mandats. Les critères d'allocation budgétaire, d'attribution d'autorisations, de postes sont porteurs de mandats implicites. On s'attend à ce que les Agences puissent mettre en place des processus de formulation de mandat faisant une plus grande place à l'interaction avec les établissements génératrice d'informations. Ces interactions peuvent prendre des formes variées, relation directe directeur/établissements, groupes de travail autour des établissements, procédures de consultations. Cette procédure, dans son principe, se différencie de celle qui consiste à susciter la participation pour générer des objectifs de régulation. Le régulateur s'adresse ici au mandataire. L'objectif est de faciliter l'exécution du mandat, non sa conception.

Par ailleurs, l'information "formelle" est moins coûteuse à recueillir. L'émission de mandats clairs est alors plus facile, le contrôle de ce qui est fait et non

fait est renforcé et peut être plus étroitement connecté au système de rétribution/sanction. Les pratiques de “benchmarking” des régies régionales de santé au Québec sont à cet égard exemplaires. L’analyse fine des efforts de réduction des dépenses des établissements, leur permet de se faire un jugement de l’effort “réalisable” sur différents postes budgétaires (administration, logistique, restauration ...) et de transformer le résultat d’un hôpital “performant” en objectif pour l’hôpital voisin. L’observation des efforts d’un établissement permet donc de formuler des mandats a priori à la fois plus pertinents et plus contrôlables.

L’enjeu est toutefois de concilier ces exigences avec celui de la contribution. Deux situations extrêmes peuvent se produire.

La première est la capture du régulateur intermédiaire par le régulé, c’est-à-dire du mandant par son mandataire. Cette situation a été étudiée par les économistes (Barrow, 1996). Le risque est que la prise en compte des établissements dans l’émission du mandat ne permette pas au régulateur régional de répondre aux objectifs du ministère. Il peut être relayé par le ministère qui s’adapte, mais qui s’empêche alors de mener à bien sa politique. Il peut être aussi sanctionné pour non-exécution. Dans les situations intermédiaires, il doit sans cesse, négocier, justifier ses pratiques à l’égard des établissements et auprès du régulateur central. À plusieurs reprises, les instances régionales au Québec doivent penser leur projet de réorganisation avec les établissements et vérifier si elles reçoivent l’aval du gouvernement central. Elles sont perçues souvent comme autoritaires par les établissements. En pratique, elles sont aussi largement influencées par des établissements qui jouent un rôle pivot dans le système de soins et peuvent voir leur projet renversé par l’autorité centrale.

La seconde situation, occultée par les économistes, est celle de la capture du régulateur régional par le régulateur central, c’est à dire par son mandant. La forte contrainte exercée par le mandataire (une relation d’agence trop bien contrôlée) peut réduire toute latitude du régulateur intermédiaire. Soit il applique telle quelle la contrainte et son apport dans le système est alors nul. Il se comporte comme un échelon bureaucratique supplémentaire sans pouvoir faire bénéficier le système de ses informations et connaissances. L’évolution des déficits au Québec peut s’apparenter à une telle situation. Le mandat de réduction des dépenses émis par le central a été parfaitement relayé par le régulateur intermédiaire qui a lui-même émis des mandats aux établissements qui s’avèrent finalement difficiles à exécuter. Le déficit des établissements et l’endettement des régies pour faire face à ces déficits s’accroissent. Soit il se trouve dans l’incapacité de relayer le mandat au niveau local. Sa compétence de régulateur est remise en cause. Ceci peut conduire le régulateur régional à chercher à supprimer la relation d’agence avec les établissements, en intégrant ceux ci par exemple. Le cas du système de santé en Alberta est un exemple éloquent d’une telle stratégie. Les établissements des régions urbaines ont été intégrés sous une même gouverne régionale qui gère maintenant la production des soins.

Dans la situation intermédiaire, le régulateur intermédiaire se trouve pris entre des exigences contradictoires. Elles peuvent l’amener à formuler des mandats eux même contradictoires. On observe ceci en germe au sein de certaines régies régionales de santé. Les régies régionales ont mis en place des processus de concertations importants avec les établissements et les usagers pour définir les évolutions de l’organisation des soins. Ce sont des groupes producteurs d’informations et d’expertises nécessaires aux

décisions. Les contraintes fortes exercées sur les ressources les conduisent à émettre finalement des mandats dans un sens prédéterminé. Les consultations peuvent alors être perçues comme des moyens d'impliquer les parties très en amont des décisions pour faire taire les contestations. Le dispositif de participation, clé de voûte du dispositif local de régulation, se trouve fragilisé car détourné éventuellement de son but initial (Denis, Langley, Contandriopoulos, 1998).

Le régulateur peut aussi être conduit à multiplier les signes de conformation aux objectifs du régulateur central, indépendamment de leur mise en œuvre (plus difficile à contrôler). Ceci renvoie à l'idée d'hypocrisie organisationnelle (Brunsson, 1982). C'est ce qu'exprime un directeur d'établissement d'une région québécoise : "Il faut que la régie présente au ministère des preuves de restrictions budgétaires, des pistes d'amélioration. Alors ils font des plans et nous indiquent où il faut couper (mandat clair). Nous, on sait que ce n'est pas possible à réaliser. Les chiffres sur lesquels ils s'appuient sont faux". Sans prétendre que ces propos sont représentatifs des dynamiques rencontrées, ils témoignent pour le moins d'un jeu complexe où le central et les instances intermédiaires ont de la difficulté à identifier les leviers appropriés de changement et à connaître exactement ce qui se fait et les capacités de transformation des établissements.

Les problèmes soulevés ci-dessus vont à l'encontre d'un discours simplificateur de la décentralisation, que l'on retrouve dans certains ouvrages de gestion sur le design organisationnel, relayé par certains discours politiques selon lesquels, la décentralisation consiste à déléguer l'action tout en accroissant les moyens de contrôle.

Le second enjeu pour l'agence est d'être en mesure de bénéficier des apports supposés d'une organisation intégrée : intégration des secteurs publics et privés et rapprochement des activités de planification et d'allocation, afin d'émettre des mandats plus contributifs aux objectifs collectifs. On s'attend à ce que les mandats émis auprès des établissements du secteur privé soient compatibles et/ou complémentaires avec ceux émis auprès du secteur public. De même, les mandats implicites émis lors des exercices d'allocation (en particulier objectifs de dépenses, de lits, d'équipements, de personnel) doivent être cohérents avec les objectifs de réorganisation, de priorité de santé/soins

L'intégration nécessite des évolutions à la fois techniques et organisationnelles au sein même de l'Agence. Le rapprochement du secteur public et privé suppose une harmonisation des systèmes d'information entre les deux secteurs. De même, les systèmes d'informations utilisés pour l'allocation des moyens doivent être cohérents avec ceux de la planification. Elle suppose aussi que l'Agence puisse être considérée comme un "mandataire/mandant unique" (ce que des interlocuteurs expriment lorsqu'ils disent, il faut qu'on parle d'une seule voix aux établissements). L'organisation Agence doit venir corriger la juxtaposition des relations d'agence qui perdure entre les participants de l'Agence et les mandants "originels", Ministère, CNAM... Il doit exister des mécanismes de coordination, de partage des responsabilités, des représentations, des compétences, des attendus, à l'intérieur de la commission consultative mais aussi entre la commission consultative et la direction de l'agence. A l'heure actuelle, il semble perdurer une dissociation encore marquée entre le secteur privé (régulé essentiellement par la CRAM) et le secteur public (partagé entre

les composantes de l'agence). L'intégration de la planification et de l'allocation rencontre de même des difficultés.

Conclusion

Nous avons choisi de penser les transformations du management stratégique du système de santé par les relations d'agence. L'utilisation d'une telle approche se justifie par la tension existante entre la volonté de contrôle du régulateur et l'autonomie d'action de l'établissement. Au cœur de la relation d'agence se trouve le problème de la formulation du mandat. Dans un contexte de décentralisation, le processus de formulation des mandats se complexifie. La double relation d'agence qui s'instaure donne lieu à deux processus de production de mandat qui ne sont pas facilement conciliables et compatibles. On retrouve là une reformulation du problème classique de la décentralisation de la gestion publique (Agnew, 1990, Bennett, R. J., 1990, Ferlie, E. et allié, Hoggett, 1996) ou des relations entre centre et périphéries dans un exercice de planification stratégique d'entreprise (Thietard, 1991), soit celui de maintenir une cohérence d'ensemble tout en permettant des adaptations locales. Ces adaptations locales ne relèvent pas uniquement du souci de pertinence des objectifs formulés. Elles permettent aussi de rendre acceptable une partie des volontés du central et donc de maintenir une certaine légitimité aux pouvoirs régulateurs. Cette légitimité n'est pas à tout jamais acquise. Elle est continuellement remise en question. Dans ce travail, nous avons tenté de montrer que la formulation des mandats illustre bien cette tension fondamentale entre recherche de cohérence et de légitimité. L'analyse des quatre dimensions de la performance d'un mandat (pertinence, acceptabilité, contrôle et contribution) dans un contexte de décentralisation rend bien compte d'un tel dilemme. La décentralisation suggère de nouveaux accommodements entre cohérence et légitimité mais ne résout pas tout.

Bibliographie

- Agnew, J. A. (1990). Political decentralization and urban policy in Italy: From "state-centered" to "state-society" explanation. Policy Studies Journal, 18 (3): 768-784.
- Barrow, M. (1996). "Public Services and the theory of regulation", Policy and Politics 24(3): 263-276.
- Bennett, R. J. (1990). Decentralization, local government and markets: Is there a post-welfare Agenda in planned and market economies? Policy Studies Journal, 18 (3): 683-701.
- Bohman, J. Public Deliberation, Cambridge, MIT Press, 1996.
- Brunsson, N. "The irrationality of action and action rationality: Decisions, ideologies and organizational action", Journal of Management Studies, vol. 19, no.1, 1982: 29-44.
- Contandriopoulos, A.-P. Souteyrand, Y., Ed. (1996). L'hôpital stratège, Paris, John Libbey.
- Crozier, M. Le phénomène bureaucratique, Paris, Seuil, 1963.
- Davis, J. H., Schoorman, F. D., et al. (1997). "Toward a Stewardship Theory of Management." Academy of Management Review, 22 (1): 20-47.
- Denis, J.-L., Langley, A., Contandriopoulos, A.-P., "From Institutional Discourse to Organizational Action", Symposium on Discourse and Change in Organizations, Academy of Management Annual Meeting, San Diego, August, 1998.
- Engel F, Moisdon J.C., Tonneau D. (1990), "Contrainte affichée ou contrainte réelle ?, Analyse de la régulation du système hospitalier français," Sciences Sociales et Santé, Vol 27, pp 31-41.
- Eisenhardt, K. M. (1985), "Control : organizational and economic approaches.", Management Science 31 (2): 134-149.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., Pettigrew, A., The New Public Management in Action, Oxford, Oxford University Press, 1996.
- Girin, J. (1995), "Les agencements organisationnels", Les savoirs en action., F. Charue-Duboc. Paris, L'harmattan.
- Hasenfeld, Y., "The nature of human service organizations", Human Services as Complex Organizations, Y. Hasenfeld (ed.), Newbury Park, Sage, 1992: 3-23.

Hoggett, P., "A new management in the public sector", Policy and Politics, vol. 19, no. 4, 1991: 243-256.

Mintzberg, H., "Managing government, governing management", Harvard Business Review, May-June 1996:75-83.

Mitnick, B. M. (1993), "Strategic Behavior and the Creation of Agents", Corporate Political Agency. B. M. Mitnick. Newbury Park, Sage publications: 90-124.

Offe, C., Modernity and the State, Cambridge, MIT Press, 1996.

Ouchi, W. (1980), "Markets, Bureaucracies and Clans." Administrative Science Quarterly 25(Mars): 129-141.

Ponssard J.P. (1993), "Gérer la recherche et développement comme un défi : quel rôle pour la planification ?", Cahiers d'économie et de sociologie rurales, n° 28.

Powell, W.W., "Neither market nor hierarchy: network forms of organization", Markets, Hierarchies and Networks, G. Thompson, J. Frances, R. Levacic et J. Mitchell (eds.), Newbury Park, Sage, 1991: 265-276.

Riveline, C. (1983), "Nouvelles approches des processus de décision : les apports de la recherche en gestion." Futuribles, mars.

Thietart, R.A. (1991), "la stratégie d'entreprise", Mc Graw Hill, 246 p.

Touraine, A., Qu'est-ce que la démocratie, Paris, Fayard, 1994.