

Université Jean Moulin Lyon 3

École doctorale : Sciences économique et de Gestion

**Analyser la participation des
usagers à la gouvernance du
système de santé : une perspective
de la théorie des parties prenantes**

par Murielle-Natacha MBOUNA

thèse de doctorat en Sciences de gestion

sous la direction de Jean-Pierre CLAVERANNE

présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2010

Membres du jury :

Samuel MERCIER, Professeur, Université de Bourgogne

Jean-Michel PLANE, Professeur, Université Paul Valéry Montpellier 3

Jean-Pierre CLAVERANNE, Professeur, Université Jean Moulin Lyon 3

Christophe BARET, Professeur, Université Jean Moulin Lyon 3

[Avertissement]

*L'université Jean Moulin Lyon 3 n'entend accorder aucune
approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse :
ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur*

Remerciements

Tout au long du processus de réalisation de cette thèse de doctorat, de nombreux guides et soutiens ont porté mon projet. Je tiens ici à les remercier,

Jean-Pierre Claveranne, mon directeur de thèse, qui a pris à cœur de m'accompagner dans cette recherche riche d'enseignements. Au-delà du compagnonnage, sa sagesse m'honore.

Didier Vinot, qui m'a aidé à comprendre les enjeux du système de santé à travers nos rencontres de tutorat et de nombreuses collaborations au sein du Graphos.

Christophe Baret, qui a éclairé de sa lanterne académique et scientifique le chemin déjà annoncé dont l'aboutissement lui doit une fière chandelle.

Je remercie très honorablement, les membres du Jury qui ont accepté de contribuer par leur science et leur analyse critique à affermir la mienne, particulièrement :

Les professeurs Jean-Michel Plane, Samuel Mercier et M. Patrick Broudic.

Je remercie affectueusement,

Mes amis et mes proches qui ont traduit dans leur discours des encouragements précieux, au premier rang desquels mes parents, Sidoine Mbouna et Florence Mpiga.

Parce que la beauté d'une famille africaine c'est son cadre élargi, je n'oublie pas vous tous qui êtes dans mon cœur, mes frères et sœurs, mes amis. Merci à Manuella, Blanche, Jean-François et les autres. Par ailleurs, j'ai une pensée pour vous qui m'avez quittée, en particulier ma grand-mère.

Enfin, je remercie très sincèrement,

Les membres de l'Ifross, enseignants chercheurs et équipe administrative. Les doctorants, Lucile, Sébastien et Patricia. Samira Mohamed, une documentaliste de qualité et une

découverte amicale. Marie-Paule, Jean-Baptiste et Nicolas pour leur aide. Les étudiants et les professionnels du réseau Ifross-Graphos, avec lesquels j'ai pu échanger sur ce projet particulièrement MM. Bremond, Mazoyer et Bury.

Des rencontres capitales notamment Anne-Laure Wattelet, Medhi Philippe Dargaud, Thierry Stevenon, Sylver Minko, Astha Abang. Tels des étoiles dans la nuit, éclairant le passage, je vous dois d'arriver à ce port.

Mes relecteurs de l'Ifross et d'ailleurs : Magali Robelet, Alice Teil, Guillaume Jaubert, Guillaume Rousset, Marion Girer, Didier Vinot, Christophe Baret, Catherine Deleusse, Vanessa Durieux, Mireille Lapoire, Elisabeth et Vincent.

Introduction générale

*Quand tu partiras pour Ithaque,
souhaite que le chemin soit long, riche en péripéties et en expériences.
Ne crains ni les Lestrygons, ni les Cyclopes, ni la colère de Neptune.
Tu ne verras rien de pareil sur ta route si tes pensées restent hautes,
si ton corps et ton âme ne se laissent effleurer que par des émotions sans bassesse.
Tu ne rencontreras ni les Lestrygons, ni les Cyclopes, ni le farouche Neptune,
si tu ne les portes pas en toi-même, si ton cœur ne les dresse pas devant toi.
Souhaite que le chemin soit long, que nombreux soient les matins d'été,
où (avec quels délices !) tu pénétreras dans des ports vus pour la première fois.
Fais escale à des comptoirs phéniciens, et acquiers de belles marchandises : nacre et corail, ambre et
ébène, et mille sortes d'entêtants parfums.
Acquiers le plus possible de ces entêtants parfums. Visite de nombreuses cités égyptiennes, et
instruis-toi avidement auprès de leurs sages.
Garde sans cesse Ithaque présente à ton esprit. Ton but final est d'y parvenir,
mais n'écourte pas ton voyage : mieux vaut qu'il dure de longues années, et que tu abordes enfin
dans ton île aux jours de ta vieillesse, riche de tout ce que tu as gagné en chemin, sans attendre
qu'Ithaque t'enrichisse.
Ithaque t'a donné le beau voyage : sans elle, tu ne te serais pas mis en route.
Elle n'a plus rien d'autre à te donner.
Même si tu la trouves pauvre, Ithaque ne t'a pas trompé.
Sage comme tu l'es devenu à la suite de tant d'expériences,
tu as enfin compris ce que signifient les Ithagues.*

ITACA de Constantin KAVAFY, 1911
(Traduction de Marguerite YOURCENAR)

Les crises successives que traverse le système de santé, depuis une trentaine d'années, se sont, entre autres, traduites par une prise de conscience des malades. Les scandales sanitaires « du sang contaminé », « de la vache folle » ainsi que l'apparition de cas d'infections nosocomiales, preuves de la faiblesse étatique, ont donné une impulsion à la reconnaissance de l'utilisateur responsable (citoyen) entamée dans le cadre de la modernisation du service public. En tant que catégorie particulière d'utilisateurs du service public, les usagers du système de santé

ont vu évoluer leur conception d'objet de soins (patient, malade) à acteur de la santé (usager, citoyen, consommateur de soins).

Sociologiquement, la mutation du patient-acteur présente donc quatre figures : le malade, le citoyen, le consommateur ou l'utilisateur. En tant que maillon essentiel du système de santé français, l'hôpital est le laboratoire idéal comme lieu de manifestation de cette mutation où s'entrechoquent naturellement les enjeux déjà problématiques du management de l'institution et l'émergence du patient-acteur. De ce fait, les grandes réformes hospitalières ont, dans une certaine mesure, accompagné les mutations du patient. Ainsi, la réforme de 1991 portant loi hospitalière a reconnu la notion d'utilisateur du système de santé par la consécration de la notion d'établissement public de santé. La réforme de 1996 a quant à elle reconnu la notion de citoyen par l'admission des usagers aux Conseils d'administration des hôpitaux. Enfin, la réforme de la nouvelle gouvernance déclinée dans les ordonnances de 2005 et celle de 2009 sous-tend la notion de consommateur de soins ou de partie prenante, parce qu'elle encourage à repenser la gestion hospitalière sous l'angle de la « *corporate governance* » (Mordelet, 2006). Cependant, c'est à travers la loi du 04 mars 2002 que les usagers sont consacrés comme parties prenantes à travers la représentation et la participation au système de santé.

Inscrite dans le respect de la loi du 04 mars 2002 et la participation des usagers, la nouvelle gouvernance hospitalière bouleverse le leadership traditionnel hospitalier et modifie les relations entre les principaux acteurs (Esper, 2004). A travers la notion d'utilisateur-acteur (citoyen) est introduite la démocratie sanitaire qui devient un élément d'appréciation du fonctionnement de l'institution. De la notion d'utilisateur partie prenante, qui aspire à apporter son investissement au fonctionnement hospitalier (participation aux décisions) et à garantir son intérêt (satisfaction par la qualité), se fondent des inquiétudes autour d'un consumérisme médical émergent.

Cette volonté (ou nécessité) participative des malades n'est, en soi, pas problématique car elle traduit une évolution sociale qui a touché les consommateurs (notamment les consommateurs de soins) à travers le mouvement consumériste dès 1970 et les usagers (y compris les usagers du service public de santé) à travers la modernisation du service public mise en place dans les années 1990. Pourtant, les particularités et le fonctionnement de l'institution hospitalière et du système de santé dans son ensemble questionnent cette évolution.

En effet, les crises du système de santé se résument aujourd'hui à une croissance irréversible des dépenses et par ailleurs une prise en charge, de plus en plus encadrée, par les principes de précaution, de sécurité et de qualité. L'hôpital, en tant que premier poste des dépenses de

santé avec plus de 46% de la dépense courante totale en 2006, cristallise la nécessité d'articuler management efficient et respect des droits des usagers.

De par sa place centrale dans le système de santé français, l'hôpital est un acteur essentiel des réformes. Cependant, cette organisation familière où décèdent deux tiers des français (Kervasdoué, 2004)¹ souffre de spécificités naturelles aux organisations publiques mettant à l'épreuve toute idée de réforme notamment du fait de trois singularités.

La première singularité s'explique par la complexité de l'hôpital. Celle-ci vient de la diversité institutionnelle qui se cache derrière ce terme en ce qu'il désigne la référence à l'établissement de santé. En effet, le système de santé français propose une diversité d'établissements de santé dont les plus importants sont l'hôpital public, les PSPH (établissements de santé participant au service public de santé) et l'hôpital privé (clinique), comme l'indique le tableau suivant.

Tableau n° 1 : Diversité des établissements de santé

Partage du champ selon :	Établissements de santé					
La catégorie d'établissement	Établissements publics de santé				Établissements de santé privés	
					Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés financés à l'acte
	Centre hospitaliers régionaux	Centre hospitaliers	Centre hospitaliers spécialisés en psychiatrie	Hôpitaux locaux	Établissements de soins de courte durée	
					Établissements de soins de suite et de réadaptation	
					Établissements de soins de longue durée	
					Établissements de lutte contre les maladies mentales, les toxicomanies et l'alcoolisme	
Établissements de traitements et de soins à domicile et de dialyse ambulatoire						
Le statut juridique	Secteur public				Secteur privé	
					Secteur non lucratif	Secteur lucratif
Le mode de fixation des ressources	T2A (100% en 2008) + MIGAC				T2A à 100% (1/03/2005)	

Source : J.-B. Capbras (2008), N. Mbouna (2009), *Cours sur le Paysage sanitaire, Ifross*.

Gérard Vincent (2005)² rappelle que réformer c'est changer profondément une institution afin d'y apporter des améliorations. La deuxième singularité est que réformer l'hôpital doit, au-delà de la compréhension de la diversité institutionnelle, intégrer les défis économiques

¹ Kervasdoué J. (2004), *L'hôpital*, Que-sais-je ?, PUF, 127p.

² Vincent G. (2005), « les réformes hospitalières », *Revue d'administration publique* n°113, pp. 49-64.

(premier employeur et premier poste de dépense), scientifique (meilleure valorisation de l'innovation médicale), technique, philosophique (faire le deuil de l'hôpital charité pour affirmer l'hôpital organisation) et éthique (lever le tabou de la performance financière). Ces défis sont d'autant plus problématiques que « *son fonctionnement, les règles qui la gouvernent, demeurent assez mal connus* »³.

La troisième singularité est clairement identifiée comme une complexité en matière d'organisation interne centrée sur la question de la gouvernabilité. En effet, la gouvernance hospitalière doit faire face à une gestion particulière où la tutelle qui finance ne gère pas, où la direction qui gère n'est pas responsable d'un management qui lui échappe du fait de la liberté de prescription et où les médecins sont les producteurs. Caryn Mathy (2000) résume la question de la gouvernance hospitalière avec l'idée que « *le décideur est un amalgame de médecins, d'administrateurs et d'actionnaires* »⁴. Elle impute ainsi les difficultés de fonctionnement de l'hôpital à une « *double altération des droits de propriété* »⁵. Or, la distinction des droits de propriété est au fondement de la gouvernance des organisations.

Malgré ces difficultés à le comprendre, à le saisir globalement et à le gérer, l'hôpital public reste un « *véritable laboratoire de la réforme du secteur public* »⁶ dans des domaines aussi variés que le financement (Tarification à l'activité, 2003), l'organisation interne (Hôpital, patients, santé et territoires, 2009), les relations de l'hôpital avec ses usagers (Droits des malades, 2002), etc. En réalité, cette institution historique a une mission d'accompagnement des mutations sociales de plus en plus contradictoires parmi lesquelles les **avancées de la médecine** et des **exigences de qualité** et de sécurité des patients, l'**accroissement des spécialités** et des corps de métiers qui conduisent à l'**augmentation des dépenses** mais aussi de la mainmise de la tutelle pour une meilleure **maîtrise des dépenses**. En effet, l'hôpital « *porte la marque de notre époque, de ses exigences, de la science médicale, mais aussi de l'histoire* »⁷.

La nécessité de passer de l'administration à la gouvernance hospitalière à travers différentes réformes, dont nous retraçons l'évolution, est symptomatique de la volonté étatique de concilier les enjeux sociétaux et les singularités de l'hôpital.

³ Kervasdoué J. (2004), Op.cit., p.3.

⁴ Mathy C. (2000), *La régulation hospitalière*, Editions Médica, p.83.

⁵ Mathy C. (2000), Op.cit., p.83.

⁶ Vincent G. (2005), Op.cit., p.49.

⁷ Kervasdoué J. (2004), Op.cit., p.3.

1. Réformes du système de santé et gouvernance hospitalière

Jusqu'en 2004, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 constituait la dernière grande réforme de l'organisation interne des hôpitaux publics en France. En effet, comme le soulignait Claudine Esper⁸, les réformes amorcées après 1991 se préoccupaient davantage de l'environnement de l'hôpital et de ses rapports avec la tutelle, oubliant, presque volontairement, les problèmes d'organisation interne des établissements de santé et leur impact sur le système de soins. On peut imaginer dans la lignée de Martin Mckee et Judith Healy⁹ que la réforme de l'hôpital, tant elle est problématique, demande un courage que ni les professionnels du secteur ni les politiques n'étaient prêts à assumer.

La canicule de 2003 marque une étape dans la volonté politique en provoquant une prise de conscience. Les différents événements et manifestations de mécontentement qui l'ont précédée en 2002¹⁰ ont par ailleurs alerté les autorités de la nécessité de redynamiser tous les secteurs socio-économiques pour apaiser les craintes des citoyens. En ce sens, et plus particulièrement pour le secteur hospitalier, le « plan Hôpital 2007 » a été introduit comme une réponse à un mal qui gangrène depuis des décennies l'institution. Il a été depuis suivi du « plan hôpital 2012 ». En outre, les acteurs publics ont longtemps considéré que l'organisation interne de l'hôpital n'avait pas beaucoup d'incidences sur le système de santé et de soins. Ainsi, les différentes réformes qui ont jalonné l'histoire des réformes hospitalières ont peu pris en compte cette dimension.

- La gouvernance du système de santé : anciens problèmes

L'ordonnance du 05 mai 2005 remet en scène les questions sur l'organisation interne de l'hôpital en organisant la nouvelle gouvernance. Anne-Marie Fray (2009) qualifie la nouvelle gouvernance hospitalière comme une « *rupture subie* »¹¹ qui appelle une mutation de son environnement et une nouvelle architecture décisionnelle. En effet, la nouvelle gouvernance organise l'hôpital en pôles décisionnels afin de limiter les dysfonctionnements et de

⁸ Esper C., (2004), « La nouvelle gouvernance des hôpitaux publics : un texte entre continuité et modernité, encadrement et liberté », in *Gestions hospitalières* n°439, oct-nov, pp. 603-606.

⁹ Healy J., Mckee M., (2000), « Le rôle de l'hôpital dans un environnement en mutation », *Bulletin de l'OMS*, recueil n°3, pp.176-183.

¹⁰ Augmentation du taux de chômage, crise sociale...

¹¹ Fray A-M. (2009), « Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur le secteur », *Revue management et avenir*, n° 28, août, p.142.

décloisonner l'institution comme réponse au rapport Couanau de 2003 sur l'organisation interne de l'hôpital¹².

D'autres textes, comme le rapport Larcher (2007), ont depuis confirmé l'intérêt de réfléchir à la manière de pallier les dysfonctionnements du système de santé. Commandé le 16 octobre 2007, par le président de la République, ce rapport est axé sur les missions de l'hôpital - le curatif et le palliatif - avec pour enjeux de « *réfléchir aux changements nécessaires pour que notre système de santé réponde avec qualité et égalité aux besoins de nos concitoyens* »¹³. La réforme des Agences Régionales de Santé (ARS) et la loi Hôpital, patients, santé et territoires (loi HPST) de 2009 en sont les plus récents aboutissements.

L'historique des réformes du système de santé montre que la réflexion menée est passée d'une vision segmentée sur l'hôpital et son fonctionnement à une vision globale sur l'ensemble du système de santé et son pilotage. En effet, la nouvelle gouvernance hospitalière propose de « *substituer à des pilotages séparés d'établissements de santé* »¹⁴ des apprentissages collectifs, transversaux et globaux. Cette réflexion a conduit en 2008 à la présentation de deux rapports complémentaires sur la régionalisation du système de santé comme mode de pilotage pertinent.

Le rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS) de janvier 2008 (rapport Ritter) et le rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la création des Agences Régionales de Santé de février 2008 (rapport Bur) proposent un pilotage régional du système de santé comme élément de réponse aux difficultés de fonctionnement qui le caractérisent. Les deux rapports font le bilan du manque d'efficacité du système de santé et de la nécessité de le réformer pour offrir « *la meilleure prise en charge et des soins au meilleur coût* »¹⁵. En effet, si le système de santé français est reconnu comme l'un des meilleurs au monde, il se caractérise par une croissance irréversible des dépenses de santé.

Les deux rapports aboutissent au même diagnostic, celui du cloisonnement du système de santé français comme frein à l'efficacité des réformes. Ce cloisonnement est multiple : cloisonnement des acteurs qui ne parviennent pas à créer un réseau cohérent ; cloisonnement

¹² Commission des affaires culturelles, familiales et sociales (2003), Rapport d'information n°714 sur l'organisation interne de l'hôpital (rapport Couanau), Assemblée nationale, mars.

¹³ Commission de concertation sur les missions de l'hôpital (2007), Rapport sur les missions de l'hôpital (rapport Larcher), Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, p.2.

¹⁴ Fray A-M. (2009), Op.cit., p.143.

¹⁵ Commission des affaires culturelles, familiales et sociales (2008), Rapport d'information n°697 en conclusion des travaux de la mission sur la création des agences régionales de santé (rapport Bur), Assemblée nationale, février, p.9.

des moyens qui n'arrivent pas à modeler des priorités de santé cohérentes ; et cloisonnement des politiques locales qui ne construisent pas une politique de santé cohérente.

La réforme portant création des Agences Régionales de Santé (ARS) a ainsi pour objectif de décroisonner le système de santé et les secteurs qui le composent : prévention, hôpital, ville et médico-social. Pour le rapport Ritter, le pilotage unifié permettra de renforcer le caractère préventif des politiques de santé, de mieux organiser la permanence des soins et la gradation des soins, d'améliorer la fluidité des parcours des patients et de renforcer la territorialisation des politiques de santé. Elle aboutit donc naturellement à une réforme globale, intégrant la prise en compte et la mise en lien des aspects hôpital et patients dans un système territorialisé avec la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 dite de « pilotage unifié ».

Malgré une considération sporadique du fonctionnement comme préoccupation des réformes du système de santé jusqu'en 2004, il a suscité de nombreuses réflexions. Au rang de ces réflexions, l'intégration des usagers dans le système de santé, en tant qu'acteurs et parties prenantes, a également été nourrie de réflexions juridiques, sociologiques ou gestionnaires.

A l'heure où la démocratie sanitaire se pose comme mode émergent de gestion des politiques sanitaires, la place et la prise en compte des usagers du système de santé dans la gouvernance du système de santé sont de ces enjeux.

- La participation des usagers à la gouvernance : nouveau défi

La participation des usagers au système de santé français découle de l'évolution socio-juridique de la relation médecin-patient d'un côté et de la modernisation des rapports entre l'administration publique et ses administrés de l'autre côté. A travers ces évolutions, les usagers ont pu obtenir des droits, notamment celui d'intégrer le conseil d'administration des hôpitaux.

« Cette irruption du patient (...) bouleverse l'organisation traditionnelle de l'hôpital fondée sur une structuration par métiers et par spécialités »¹⁶. En termes de management stratégique, par exemple, la place des usagers et l'intérêt de leur participation sont devenus des enjeux dans la mesure où ils questionnent l'évidence selon laquelle « la santé est une affaire de professionnels »¹⁷.

¹⁶ Claveranne J.-P., Pascal C. (2004), *Repenser les processus à l'hôpital*, Editions Médica, p.27.

¹⁷ Claveranne et Pascal, Op.cit, p.26.

Les saynètes suivantes¹⁸ évoquent le changement de paradigme dans la relation dominant-dominé encadrant le colloque singulier entre le médecin et son patient.

Un grand patron de médecine aux HCL aimait à raconter l'histoire suivante. Au lendemain de la guerre, un patient souffrant d'une pathologie hépatique d'origine alcoolique éthylique, venant d'être opéré, était mis dans un ascenseur par un brancardier afin de le ramener dans sa chambre. Par un des mystères dont la mécanique a le secret, l'ascenseur à peine mis en mouvement s'écrase au fond de sa cale et voilà notre patient éthylique mort. A la veuve qui venait demander ce qui s'était passé, on dit que le chirurgien aurait eu cette parole « voilà, madame, où conduit l'alcoolisme ! ».

En 2002, dans une clinique de Lyon, un chirurgien incise par erreur le poignet d'un jeune garçon. Il se rend compte de sa méprise, fait deux points de suture pour réparer l'erreur, prévient les parents qui lui demandent 1 500 euros.

En 1954, dans un village du Pays Basque, une vieille dame sans beaucoup de ressources, souffrait d'une occlusion intestinale. Le médecin du village dépêche auprès d'elle un chirurgien réputé de Bayonne qui décide de l'opérer. La vieille dame, qui avait toute sa conscience, lui demande le coût de cette opération et devant ce qui lui paraissait une somme astronomique, elle lui dit : « Mais docteur, je n'ai pas d'argent », et le chirurgien de répondre : « Eh bien, donnez-moi une vache ! » et la vieille dame de dire : « non, docteur, j'ai l'âge de mourir. »

Enfin, voici le résumé d'un article du New York Times le lendemain de la défaite de la Gauche lors des élections législatives françaises de 1993 : « Quel est le pays où personne ne vous demande rien pour vous opérer à l'hôpital et où le gouvernement perd les élections ? ». L'histoire était contée par un médecin américain en voyage en Bourgogne, opéré d'urgence dans un hôpital sans que personne ne s'inquiète de savoir si ses ressources étaient suffisantes pour pouvoir honorer la facture liée à son hospitalisation.

Si la dernière saynète rappelle avec force les avantages du système français de protection sociale où l'accès au soin est garanti pour tous, dans l'ensemble ces saynètes illustrent l'évolution de la relation médecin-patient dans laquelle les avancées de la médecine, la révolution technologique et les scandales sanitaires ont conduit à la désacralisation de la figure du médecin et à la reconnaissance de divers droits, droit d'accès aux soins, droit à des soins de qualité, droit au consentement.... De même, « l'attention aux erreurs, aux

¹⁸ Ces saynètes sont empruntées à Claveranne J-P., Vinot D. (2004), « L'émergence des droits des patients dans les systèmes de santé occidentaux : anciens problèmes et nouveaux défis », *Revue générale de droit médical* n°13, p.17-25, spécialement la page 18.

dysfonctionnements, à la sécurité des patients » ont conduit, depuis le mouvement des associations de lutte contre le Sida à la reconnaissance d'un droit des malades comme signe inquiétant d'un consumérisme médical ou positif de la promotion des usagers.

La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades consacre la dite promotion des droits des usagers en instaurant pour le malade des droits individuels et des droits collectifs de représentation et de participation à la gouvernance du système de santé. Dans ce contexte, la gouvernance des institutions sanitaires, notamment hospitalières, a appris à intégrer cet acteur émergent non sans soulever la question de sa place et de son rôle. Dans un sens, l'intégration des usagers dans la gouvernance du système de santé a révélé la question du management de ses parties prenantes, qui devient pour la communauté scientifique un enjeu de recherche fondé sur un enjeu social.

2. Problématisation et cadre de la recherche

- La participation des usagers à la gouvernance : enjeu de recherche inédit

De la relation dominant-dominé logique au lendemain de la seconde guerre mondiale, on est passé à une « relation modernisée »¹⁹ dans laquelle sont instituées la représentation et la participation à la gouvernance du système de santé.

Si cette relation bouleverse tant le système, c'est parce que les usagers sont des administrés. Etymologiquement, le mot « administration » vient du latin « *ad* » qui signifie « pour, à » et « *ministratio* » qui signifie « service ». L'étymologie latine, « *administratio* », nous apprend donc que l'administration est un service pour les bénéficiaires. L'administration française est alors au service de ses administrés, d'où la notion de service public.

La conception de l'utilisateur du service public notamment sanitaire, juridiquement encadrée par un statut légal et réglementaire où la voie traditionnelle d'expression est la démocratie représentative (par les élus), a cependant évolué au titre de la modernisation du service public. Dans ce cadre, les usagers entrent progressivement dans une ère d'expression par la démocratie participative que nous pouvons observer dans des domaines variés du management public : l'urbanisme avec les dispositifs de concertation dans l'élaboration des

¹⁹ Nous insistons sur le cadre de la modernisation des services publics comme facteur d'institutionnalisation du nouveau rapport, à travers les droits des usagers des services publics dont l'hôpital est un élément.

plans de déplacement urbain (PDU), l'environnement avec la contribution des associations de défense de l'environnement à l'élaboration du Grenelle de l'environnement (cas de Greenpeace) ou encore la participation des citoyens à l'élaboration d'un programme de campagne électorale (élection présidentielle 2007, programme de Ségolène Royal), etc.

En matière de santé, la démocratie sanitaire laisse alors entrevoir la possibilité d'une participation effective à la gouvernance du système de santé. Participation effective, disons-nous? Dans un système de santé en perpétuelle réforme, dans une organisation hospitalière aux singularités multiples, l'affirmation de la participation des usagers au système de santé s'est finalement posée comme question de management. En effet, depuis l'entrée des usagers aux Conseils d'administration des hôpitaux en 1996, en passant par les Etats généraux de la santé en 1998 et la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades, le débat reste le même pour les professionnels de santé, les juristes, les sociologues, les gestionnaires, les économistes de la santé, la société civile et les usagers eux-mêmes :

Les usagers du système de santé sont-ils passés d'objets de soins à alibis démocratiques ?

Manifestée comme une révolution, la participation des usagers semble bien prendre la voie de cette citation d'Alexis de Tocqueville (1986 : 86) :

« Une grande révolution démocratique s'opère parmi nous; tous la voient, mais tous ne la jugent point de la même manière. Les uns la voient comme une chose nouvelle, et, la prenant pour un accident, ils espèrent encore pouvoir l'arrêter; tandis que d'autres la jugent irrésistible, parce qu'elle semble le fait le plus continu, le plus ancien et le plus permanent que l'on connaisse dans l'histoire »²⁰.

Concrètement la participation des usagers à l'orientation et à la définition des politiques de santé pose le problème du rôle et de la place des usagers en tant qu'acteurs de la décision sanitaire et hospitalière. En tant que gestionnaire, elle suscite pour nous un enjeu du management stratégique à travers le positionnement stratégique des usagers et/ou la valeur managériale de cette participation :

Quelle est l'effectivité de la participation des usagers aux décisions? Quel est leur pouvoir à décider? Ont-ils un réel rôle dans la décision hospitalière? Sont-ils des acteurs légitimes?

Plusieurs questions peuvent ainsi être mises à jour. Cependant, aucune d'entre elles ne peut être appréhendée sans tenir compte des particularités du système pour comprendre la relation service public-usagers, et sans expliquer l'évolution du concept d'usagers, pour analyser le changement introduit dans le management public par la démocratie sanitaire et participative. En tant que structure essentielle du système de santé, l'hôpital est le "laboratoire" de notre

²⁰ Tocqueville A. (1986), *De la démocratie en Amérique*, Tome I, Gallimard, p.86.

analyse. La présentation du contexte de l'analyse au **chapitre 1** est l'occasion de poser les spécificités du management hospitalier et les conditions de la transformation des usagers objets en usagers acteurs.

Le changement opéré par le nouveau management public qui a fait basculer sémantiquement le mode de gestion de l'administration à la gouvernance crée un changement paradigmatique car du latin « *gubernare* », la gouvernance implique un mode de gestion des affaires publiques sous le regard des gouvernés. L'idée de transparence qui se distingue clairement est à l'origine de la nécessité d'intégrer les usagers aux décisions. Cependant, elle soulève d'autres enjeux spécifiques au système de santé où le « *faire ensemble* » entre les professions n'est pas résolu et où le « *faire avec* » les usagers, contraints par les spécificités des savoirs (savoir médical, savoir technique, savoir paramédical, etc.) devient un enjeu.

Etymologiquement, gouverner avec les usagers est une évidence. Théoriquement, le principe est admis notamment à travers la théorie des parties prenantes comme nous le présenterons dans les **chapitres 2 et 3**. Pratiquement, et en termes de management, la question mérite qu'on la pose notamment dans le sens de l'apport managérial.

Inscrite dans une démarche de management stratégique, nous pourrions décrypter la participation des usagers du système de santé dans la gouvernance à travers l'analyse de la stratégie des acteurs, du système d'action, de la question des zones d'incertitude ou l'analyse du pouvoir (Plane, 2007²¹). Le recours à la théorie des parties prenantes en tant qu'outil d'analyse des intérêts des partenaires dans le but de définir l'influence des usagers oriente, comme nous le décrivons dans le **chapitre 4**, la recherche autour du pouvoir comme concept clé de l'analyse stratégique.

Dans ce cadre, les terrains de la thèse seront exposés (**chapitres 5 et 6**) puis analysés à travers la typologie de Mitchell et alii (1997²²) comme grille de lecture pertinente en ce qu'elle définit trois critères de l'*empowerment*, au sens de capacité à acquérir du pouvoir (**chapitre 7**). Pour ces auteurs, le positionnement stratégique, en tant que capacité à compter dans le jeu de la gouvernance, dépend du nombre d'attributs détenus par une partie prenante entre la légitimité, l'urgence et le pouvoir.

Auparavant, notre démarche de terrain, comme base de la recherche en sciences de gestion, est décrite comme une recherche exploratoire nécessaire pour d'abord comprendre les

²¹ Plane J.-M., (2007), *Théorie des organisations*, Dunod, coll. « les topos », 2^e édition, Paris, p.84.

²² Mitchell R.K., Agle B.R., Wood D.J., (1997), « Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts », *Academic Management Review*, vol. 22, n° 4, p. 853-886.

concepts : usagers acteurs, usagers parties prenantes, dans un domaine spécifique, celui de la santé où les usagers restent soumis à l'ordonnance médicale²³. La typologie de Mitchell et alii. (1997) servira donc de cadre pour caractériser, définir, appréhender les contours de l'utilisateur au cœur du système de gouvernance. Si la mesure de la participation est une attente du management hospitalier, notre démarche est intéressante à différents niveaux : le caractère récent de la conception des usagers en tant parties prenantes (nécessité de les définir) ; le recours inédit à la théorie des parties prenantes pour définir ce nouvel acteur de l'organisation sanitaire ; et la contribution à la caractérisation d'une partie prenante au sein des organisations publiques. Cette recherche exploratoire nécessaire, pionnière et utile pour les sciences de gestion empruntera les voies de la réutilisation des données qualitatives.

- Méthodologie de la recherche

La difficulté d'une recherche en sciences de gestion tient à la fois de la richesse et de la faiblesse de la nature même de cette discipline²⁴. En effet, en tant que science molle, l'objectivité relative des sciences de gestion ne peut se construire qu'à travers la rencontre des subjectivités qui composent la recherche, subjectivité du chercheur, subjectivité de la réalité qui est fortement empreinte de la « *prophétie auto réalisatrice* »²⁵, lien entre les sciences sociales et la morale du seul fait que cette dernière implique la notion de jugement de valeurs, etc.

C'est donc par la rencontre des subjectivités, que les sciences de gestion acquièrent leur objectivité. La rencontre des subjectivités a pour objectif de produire une meilleure objectivité, car elle offre un cadre de discussion des lois et théories. Les épistémologues parlent ainsi de construire l'objectivité dans l'intersubjectivité.

Pour construire l'objectivité dans l'intersubjectivité, les scientifiques doivent poser les bases d'un meilleur cadre de discussion. Ce cadre, c'est celui de la transparence méthodologique, c'est-à-dire l'explicitation des méthodes qui ont permis d'aboutir aux résultats à débattre à travers la présentation d'un cadre méthodologique ancré en général dans un paradigme épistémologique précis.

²³ L'ordonnance est une prescription qui fait « force de loi ». Les usagers acteurs demeurent soumis à cette ordonnance tant que l'utilisateur sera patient et que le professionnel sera prescripteur. Néanmoins, il s'agit de la relation dans le colloque singulier qui si elle influe la relation de partenaires ne peut s'appliquer comme postulat.

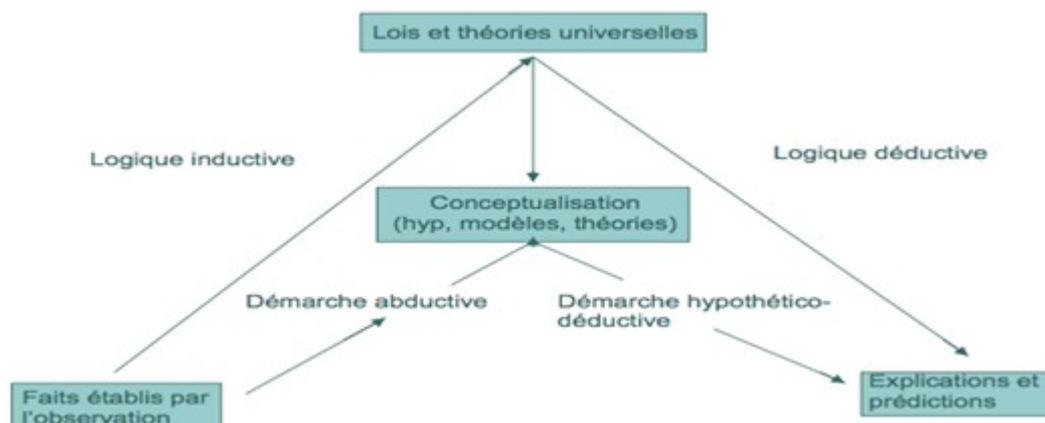
²⁴ Séminaire doctoral, « recherche en sciences de gestion », Graphos, 2007.

²⁵ En sciences sociales, le fait de dire une loi peut la provoquer ou l'empêcher par des contestations, c'est la « *prophétie auto régulatrice* ». Étudiée par Watzlawick en 1988, la « *prophétie autoréalisatrice* » est une prédiction qui se vérifie d'elle-même.

Si comme l'expliquent Gavard-Perret et alii. (2008)²⁶, le questionnement épistémologique est incontournable au départ de toute recherche, différents paradigmes de moins en moins uniformes (Coutelle, 2005)²⁷ permettent de poser le problème. En sciences sociales, trois paradigmes dominants permettent d'appréhender la connaissance comme réalité objective et « *acontextuelle* » (positivisme), comme réalité subjective et contextuelle (interprétativisme et constructivisme). Néanmoins, cette exigence tend à être relativisée car c'est en réalité le *design* de recherche (formulation de la recherche) qui détermine le paradigme, la méthode et la logique d'ensemble (Coutelle, 2005 : 3).

La formulation de la **question de recherche** dépend du caractère déductif, inductif ou abductif de la recherche envisagée, c'est-à-dire de la logique d'inférences²⁸ utilisée pour raisonner. La déduction permet de confronter des hypothèses à une théorie. L'induction permet de vérifier une régularité à partir de cas différents. L'abduction permet de tirer du terrain des conceptions, explications, conjectures qui n'ont pas valeur de loi. Le schéma suivant synthétise les différents *designs* ainsi que les liens théorie-empirie qu'ils traduisent.

Schéma n° 1 : *Design* de recherche en sciences de gestion



Source : Coutelle (2005), schéma adapté de Chalmers, in Thiétard, 2000, p.62.

Dans le cadre de notre travail de recherche, quatre terrains sont mobilisés au titre de la recherche secondaire par le biais de la méthodologie de la réutilisation des données

²⁶ Gavard-Perret M.-L., Gotteland D. et alii. (2008), *Méthodologie de la thèse, réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Edition Pearson Education, 383p.

²⁷ Coutelle P., (2005), « Introduction aux méthodes qualitatives en sciences de gestion », cours du CEFAG-séminaire d'étude qualitatives, 20p.

²⁸ Les inférences sont en sciences de gestion les modes de raisonnement qui permettent de développer la connaissance en reliant théorie et empirie.

qualitatives (désormais RDQ) décrite par Didier Chabaud et Olivier Germain (2006²⁹) comme la ré-exploitation des données d'une recherche primaire pour produire une recherche secondaire.

A partir des données des études, nous organiserons une réflexion de type exploratoire dont le but est de comprendre la participation des usagers en recourant à la théorie des parties prenantes.

Entre démarche hypothético-déductive et *design* abductif, notre recherche exploite la théorie des parties prenantes comme grille de lecture de la participation des usagers dans la gouvernance du système de santé en suivant un cheminement éclectique qui nous a conduit de décembre 2004 à mars 2010 à nous essayer aux différents aspects de la recherche et de l'enseignement au sein du Groupe de recherche appliquée sur l'hôpital et les organisations sanitaires (Graphos) et de l'institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales (Ifross). Le chemin de la recherche est retracé en page 15.

- Les Résultats de la recherche

Les résultats de la recherche découlent de l'analyse des quatre terrains et s'articulent autour de deux propositions principales qui cherchent à analyser le pouvoir des usagers à travers le savoir et l'expertise comme figures du pouvoir (Dhal, 1957³⁰ ; Chaize, 1992³¹ ; Maati 1998³² ; Etzoni, 1999³³).

Les résultats révèlent finalement que les usagers sont des parties prenantes bien informées mais peu formées, ce qui relativise leur pouvoir dans les arènes de la décision notamment à l'hôpital. En outre, « *l'expertise profane* » comme élément de pouvoir des usagers demeure une expertise *intuitue personae* car elle distingue différents types d'usagers, ce qui nous permet de proposer une typologie des usagers, non pas en tant que partie prenante unique mais comme parties prenantes multiples et aux pouvoirs variés. Ces résultats sont déclinés dans le **chapitre 6** et analysés dans le **chapitre 7**.

Par ailleurs, la confrontation des résultats au cadre formulé par Mitchell et alii. (1997), est également combinée avec les différentes acceptions du pouvoir, notamment celles de Etzoni

²⁹ Chabaud D., Germain O., (2006), Germain O., (2006), « La réutilisation des données qualitatives en sciences de gestion : un second choix ? », *M@n@gement*, vol.9, n°3, pp191-213.

³⁰ Dhal R., (1957), « The concept of power », *Behavioral Science*, 2, pp.201-215.

³¹ Chaize J., (1992), *La porte du changement s'ouvre de l'intérieur, Les trois mutations de l'entreprise*, Edition Calmann-Levy, 258p.

³² Maati J., (1998), *Le gouvernement d'entreprise*, Editions De Boeck Université, Paris, 293p.

³³ Etzoni A., (1998), « A communication Note on Stakeholder Theory », *Business Ethics Quarterly*, vol.8, issue 4, p.679-691.

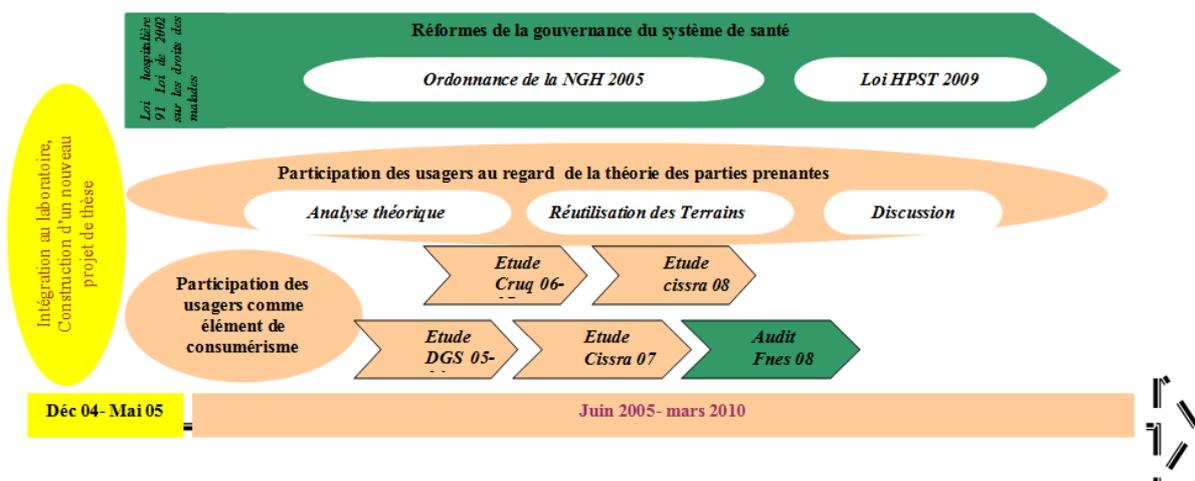
(1999) et de St. John et Harrison (1998³⁴) pour caractériser les types d'utilisateurs en fonction de leur pouvoir. Tout cela dans le but de comprendre leur participation en tant que parties prenantes utiles.

Le cheminement de la recherche au Graphos de décembre 2004 à Mars 2010

Trois périodes sont représentées dans ce schéma : l'insertion au laboratoire, la réalisation de la thèse, les évolutions du système de santé.

- Le jaune représente la période pré-thèse. Cela signifie que nous notre sujet actuel n'était pas encore fixé. Cette période a servi à s'intégrer dans l'environnement de la recherche et à s'imprégner des champs de la recherche en santé.
- Le vert représente les réformes en santé. Les réformes qui structurent notre démarche notamment celles qui ont remodelé le système de santé pendant la recherche. Ne sont reprises ici que les réformes de la gouvernance du système de santé.
- Le brun représente le travail de thèse. Les étapes, les terrains et la chronologie de la rédaction.

Schéma n° 2 : Cheminement de la thèse



- Le Plan de la thèse

Le plan de la recherche suit donc un cheminement progressif calqué sur un *design* où le cadre théorique fait place à un cadre empirique pour aboutir à une confrontation selon le *nouvel esprit scientifique* exprimé par Gaston Bachelard (1934).

³⁴ Harrison S.J, St John C.H, (1998), *Strategic Management of Organizations and Stakeholders, Concepts*, South Western College Publishing, 2nd edition.

Ce cheminement, qui répond au préalable à la démarche méthodologique de la réutilisation des données qualitatives (RDQ) est exposé ci-dessous.

PREMIERE PARTIE	
Gouverner avec les usagers du système de santé :	
Une mise en scène de la Théorie des Parties Prenantes	
Chapitre 1 (Contexte)	
Gouvernance hospitalière et évolution des usagers :	
Les spécificités d'un contexte bouleversé	
Chapitre 2 (Environnement théorique)	
La Gouvernance d'entreprise, fondements et approches	
Chapitre 3 (Théorie)	
La Théorie des Parties Prenantes ou l'influence de multiples acteurs	
Chapitre 4 (Problématique)	
Présentation de la problématique	
DEUXIEME PARTIE	
Gouverner avec les usagers du système de santé :	
Scènes et réalités d'un ordre bouleversé	
Chapitre 5 (Méthodes et données)	
La Réutilisation des Données Qualitatives : Pertinence et méthode	
Chapitre 6 (Résultats)	
Le pouvoir des usagers du système de santé au regard des résultats primaires	
Chapitre 7 (Discussion)	
Savoir et expertise : Pouvoir et <i>empowerment</i> des usagers du système de santé	

Partie 1. Gouverner avec les usagers du système de santé : Une mise en scène de la Théorie des Parties Prenantes

« C'est donc en regardant les choses évoluer depuis leur origine, qu'on peut ici comme ailleurs en avoir la vue la plus juste »

Aristote, La politique (4^{ème} s. av. JC, Belles lettres, 1960, vol. p.13)

Introduction de la première partie :

En 2002, Enron, grande société américaine cotée en bourse doit faire face à un scandale financier sans précédent. Frédéric Parrat (2003) décrit « l'affaire Enron » comme un « *exemple de gouvernance déplorable* »³⁵.

Si les dernières années ont vu s'effondrer des géants économiques et financiers américains tels que la Silverston Bank (2006), Lehman Brothers (2008) ou General Motors (2009), la faillite Enron reste comme un cas d'école pour ceux qui doivent analyser et défendre le système de gouvernance de leur entreprise. Si la question de la gouvernance a toujours été préoccupante dans le temps, elle ressurgit de manière prégnante au regard de la mondialisation, de la conjoncture économique actuelle et de l'accumulation des scandales financiers comme la très récente « affaire Madoff ». Notons que le mécanisme financier monté par Bernard Madoff est une vieille technique dite « chaîne pyramidale » qui avait déjà cours en 1920, notamment sous la houlette de Charles de Pouzi³⁶.

Les exemples ne manquent pas en France avec les scandales financiers qui ont touché de grands groupes tels que France Télécom, Vivendi Universal³⁷, ou aussi médiatisé, ceux du

³⁵ Parrat F. (2003), *Le gouvernement d'entreprise*, Dunod, coll. Les topos, Paris, p.7.

³⁶ Charles de Pouzi est connu comme l'initiateur dans les années 1920 du système pyramidal en finance, qui consiste à rétribuer les premiers investissements avec les suivants.

³⁷ Plainte déposée en octobre 2002 par l'Association des petits porteurs actifs, un groupe d'actionnaires du groupe Vivendi Universal aux motifs de « *publication de faux bilans* » pour les exercices comptables 2000 et

Crédit Lyonnais et d'Air France en 1990. L'année 2007 est une année difficile pour les grandes entreprises françaises et le système de gouvernance : soupçons de dissimulation d'informations pour les dirigeants d'EDF, délits d'initiés au sein d'EADS, falsification d'informations en hauts-lieux pour Clearstream, ou mauvaise gouvernance chez Airbus et EADS.

L'exemple de la société EADS³⁸ est intéressant à différents niveaux : c'est un scandale financier, auquel s'ajoutent des soupçons de mauvaise gouvernance, et des difficultés liées au système de double gouvernance du fait du partenariat entre états français et allemand à la tête du groupe. Dans ce scandale la partie immergée de l'iceberg, c'est dans un premier temps, des dirigeants soupçonnés d'avoir dissimulé l'information sur les résultats financiers du groupe. Dans un deuxième temps, d'autres difficultés ont été révélées par les retards de livraison des projets de l'A350 et de l'A380 de l'avionneur Airbus. Pour la partie émergée de l'iceberg, dans un troisième temps, ces difficultés sont aujourd'hui imputées à un système de gouvernance, dit « bicéphale » que nous résumons dans le point d'analyse suivant.

Point d'analyse n° : L'affaire EADS Airbus.

Les turbulences d'une gouvernance singulière

L'affaire EADS Airbus, c'est une crise sociale avec près de 10000 licenciements prévus, une crise industrielle avec les retards sur les délais de livraison de l'A380 et l'arrêt du projet trop coûteux de l'A350, une crise diplomatique entre la France et l'Allemagne et, selon certains, une crise financière. C'est en tout cas la partie immergée de l'iceberg des problèmes du groupe, ce qui est visible et compréhensible pour le profane.

Ce qui est invisible, mais l'est moins pour les spécialistes, et qui constitue le nœud du problème c'est la crise de la gouvernance au sein du groupe EADS. Dans une interview, le ministre des finances Thierry Breton abonde dans ce sens en mentionnant les résultats positifs du groupe au moment de la tourmente et du débat autour de l'entrée des régions françaises dans le capital. Cette crise de la gouvernance est imputée au « pacte de gouvernance » qui organise la gestion d'EADS et par conséquent d'Airbus.

Le pacte de gouvernance

Le groupe européen EADS (European Aeronautic Defense and Space), maison-mère d'Airbus, s'est institué autour d'un pacte de gouvernance, au contenu suivant :

2001 et de « diffusion d'informations fausses ou trompeuses sur les perspectives » du groupe en 2001 et 2002.

³⁸ EADS est appelé à fermer son site de Mérignac et à licencier son personnel. Les médias ont annoncé que les dirigeants étaient au courant des problèmes de l'entreprise et qu'ils ont procédé, pour la plupart, à des cessions de leurs titres sur l'entreprise après avoir eu connaissance de cette information. Ce qui constitue une faute en matière de gouvernance.

Le capital d'EADS est partagé entre actionnaires français et allemands (22,5% du capital chacun), privés et publics notamment l'Etat français (15%) et les länder allemands (2%) au sein d'un consortium. Mais en vertu du pacte d'actionnaires, signé lors de la création en 2000 du groupe, ce sont les actionnaires privés (Lagardère et DaimlerChrysler) qui ont le pouvoir de gestion. Alors que pour la part française, l'Etat français est impliqué dans la direction, la part allemande est entièrement d'ordre privé.

Un système de co-direction est imposé à la tête du groupe : la Co-présidence du Conseil d'administration d'EADS (Manfred Bischoff et Arnaud Lagardère) pour la part privée et la Co-présidence exécutive (Thomas Enders, Louis Gallois) pour la part publique. De ce fait, une originalité du groupe est que, sous le couvert de la « diplomatie » franco-allemande, on a droit à une double gouvernance ou co-direction à pouvoir égal entre Allemands et Français.

En somme, le pacte de gouvernance du groupe c'est une tradition de gouvernance bicéphale c'est-à-dire une co-direction à la tête de la structure avec en plus une gestion empreinte d'un partenariat institutionnel entre la France et l'Allemagne. C'est une situation entre logique d'entreprise et interventionnisme politique.

La crise de la gouvernance

La crise de la gouvernance a été révélée par une double crise industrielle et sociale :

Une crise industrielle : l'incapacité à tenir le programme d'industrialisation de l'A380, venant après l'abandon du programme inconsideré de l'A350.

Une crise sociale qui débouchera sur près de 10 000 licenciements touche actuellement l'avionneur européen Airbus. Pour les anciens présidents d'Airbus Jean Pierson ou Christian Streiff (démissionnaire 3 mois après sa nomination), la structure de gouvernance d'Airbus est le principal obstacle à la mise en œuvre de son plan de restructuration. « Ce n'est pas un problème d'hommes... mais de structures, de doublons, du fait de la position particulière des coprésidents d'EADS qui détiennent le pouvoir hiérarchique sur les filiales. Ce qui instaure de facto une double commande à la tête d'Airbus. ». (Interview de C. Streiff, boursier.com).

Une crise de la gouvernance : soupçons de malversations, délits d'initiés, affaire Clearstream, blocages institutionnels au moment de la décision. Pour exemple, le comportement de certains dirigeants ou actionnaires du groupe EADS, cédant leurs titres avant la déconfiture annoncée et le report du plan power 8 en mars au lieu du 20 février faute d'accord entre la France et l'Allemagne sur la répartition industrielle de la charge de travail du futur long-courrier A350.

Power 8 : quelles solutions ?

Power 8 c'est le programme de réduction des coûts et de réorganisation industrielle d'Airbus. Il comprend un plan d'économies de cinq milliards d'ici 2010, notamment à travers un plan social d'envergure, la suppression de près de 10 000 emplois dont 5000 en France et plusieurs ventes d'usines.

Power 8 a été bien accueilli par les actionnaires, et dénoncé par les salariés. En revanche, ce plan ne remet pas en cause le système de gouvernance du groupe EADS. S'il ne tire pas les leçons des affaires qui ont tourmenté le groupe, ce plan sera, à n'en point douter, limité.

Au sujet d'une réforme de la gouvernance d'EADS, l'ensemble des réflexions converge vers l'institution d'une gouvernance unique et alternée entre l'Allemagne et la France, pour un mandat de 5 ans, par un exécutif paritaire. N'est-ce pas une solution plus consensuelle que la double co-direction ?

Au cœur des différents scandales financiers mentionnés on trouve un concept encore peu connu au-delà du cercle des initiés, celui de gouvernance d'entreprise. Enron, EADS et d'autres entreprises, par leurs affaires, révèlent progressivement au public le concept de gouvernance d'entreprise et plus largement de gouvernance, de bonne ou de meilleure gouvernance.

De ce « concept-valise » ou « fourre-tout »³⁹, le profane ne sait rien sinon que son évocation manifeste des problèmes à venir, des problèmes de gestion des entreprises du CAC 40 et donc des problèmes économiques et monétaires. En effet, outre les scandales qui en ont fait une publicité négative dans le domaine de la firme, son évocation au domaine politique notamment la toute première par la Banque Mondiale en 1989⁴⁰ sur la nécessité d'endiguer la crise et soutenir le développement durable ramène continuellement ce concept à l'idée de problèmes.

De ses fondements et caractéristiques, les théoriciens continuent par leurs recherches à nourrir son développement dans le management des entreprises et son application aux organisations publiques. A cet effet, Olivier Paye (2005) rappelle la polysémie de la gouvernance en tant qu'« *art de gouverner* » mais aussi comme « *nouveau mode de gestion des affaires publiques fondé sur la participation de la société civile à tous les niveaux* »⁴¹ en notant cependant

³⁹ Paye O. (2005), « La gouvernance, d'une notion polysémique à un concept politologique », *Revue Etudes internationales*, volume XXXVI, n°1, mars, p13-40.

⁴⁰ The World Bank (1989), « The Sub-Saharan Africa, From Crisis to Sustainable Growth. A Long-term Perspective Study » in Paye O. (2005), *Op.cit.*

⁴¹ Paye O. (2005), *op.cit.*, p13.

qu'elle désigne en réalité « *tout et n'importe quoi* »⁴². Dans cette dernière considération, il rejoint John Crowley (2003) qui regrette que la banalisation de la gouvernance n'aide ni à sa compréhension ni à sa stabilisation scientifique notamment en science politique⁴³.

De sa compréhension dans le système de santé, nous souhaitons débattre. Au préalable, nous nous attacherons à présenter le contexte qui a guidé notre recherche, celui de l'avènement de la « *corporate governance* » à l'hôpital dans un théâtre d'évolution des droits des usagers. C'est le triple enjeu de cette première partie qui en appelle aux différentes conceptions théoriques de la notion de gouvernance.

PREMIERE PARTIE	
Gouverner avec les usagers du système de santé : Une mise en scène de la Théorie des Parties Prenantes	
Chapitre 1	Gouvernance et évolution des usagers : Les spécificités d'un contexte bouleversé
	1. Les spécificités de gouvernance hospitalière : Eléments de contexte
	2. L'évolution des usagers comme fondement d'un rapport nouveau
Chapitre 2	La Gouvernance d'entreprise, fondements et approches
	1. Gouvernance d'entreprise : Des fondements libéraux à une théorie renouvelée de la régulation
	2. Origines et approches de la gouvernance des entreprises
Chapitre 3	La Théorie des Parties Prenantes ou l'influence de multiples acteurs
	1. La Théorie des Parties Prenantes, enjeu de gouvernance publique
	2. La typologie de Mitchell, stratégie de gouvernance publique
Chapitre 4	Présentation de la problématique

⁴² Paye O. (2005), op.cit, p.17.

⁴³ Crowley J. (2003), « Usages de la gouvernance et de la gouvernabilité », *Critique internationale* n°21, octobre, pp.52-61.

Chapitre 1 Gouvernance hospitalière et évolution des usagers : Les spécificités d'un contexte bouleversé

Au commencement était le professionnel de santé, tout puissant, puis vint le déluge. Epidémie du Sida, limites de la science, crises sanitaires, impuissance des autorités... Soudain des voix s'élevèrent, qui associations de victimes, qui associations de malades ou de consommateurs. De là émergea une nouvelle ère, celle de la démocratie sanitaire porteuse d'une nouvelle race, « les RU », les représentants des usagers, envoyés par la multitude pour la représentation des usagers...

SECTION 1
Les spécificités de la gouvernance hospitalière : éléments de contexte
1. Les spécificités structurelles de la gouvernance à l'hôpital
1.1 La notion de service public comme spécificité du management public
1.2 Les implications managériales du service public sanitaire
1.3 L'enjeu du management hospitalier, entre administration et gestion
2. Les spécificités organisationnelles de la gouvernance à l'hôpital
2.1 L'hôpital : une organisation « composite »
2.2 L'hôpital : une institution « schizophrène »
3. Les spécificités pratiques de la gouvernance à l'hôpital
3.1 Les acteurs de la gouvernance à l'hôpital
3.2 La loi HPST et la nouvelle « nouvelle gouvernance hospitalière »
3.3 Les logiques de régulation dans la gouvernance hospitalière
SECTION 2
L'évolution des usagers comme fondement d'un rapport nouveau
1. Du droit à l'économie : l'entame d'un contexte en évolution
1.1 Les brèches juridiques de la désacralisation de la figure du médecin
1.2 Les balises d'un nouveau rapport à la santé
2. Les usagers dans la gouvernance du système de santé : trame d'un contexte bouleversé
2.1 La participation des usagers dans la gouvernance, « jeu trouble »
2.2 Les usagers parties prenantes, « trouble-fête » ?
3. Le nouveau management public comme grille de lecture
3.1 Des usagers dans le management public français
3.2 La configuration de Bartoli et l'influence des parties prenantes

Introduction du chapitre 1 :

La réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, née de l'ordonnance du 2 mai 2005, ainsi que les débats sur la « *gouvernabilité* » de l'hôpital tirent leurs origines de la grande crise que traverse l'hôpital depuis trente ans.

En mars 2003, le rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital⁴⁴ présenté en conclusion des réflexions menées sur les crises successives du système de santé et de l'hôpital

⁴⁴ Elaboré par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, le rapport Couanau a été présenté en mars 2003.

relance le débat sur la gouvernance du système de santé. En revanche, il ne permet pas d'éviter les conséquences sanitaires de la canicule d'août 2003 qui a coûté la vie à plus de 15 000 personnes notamment les personnes âgées.

Si la canicule de l'été 2003 n'est pas étrangère à la réflexion sur la crise de l'hôpital, elle n'en est pas à l'origine non plus⁴⁵. Cependant, elle marque une étape dans la volonté de réorganiser l'institution. En effet, les acteurs du système de santé s'accordent à admettre qu'il y a eu un avant et un après canicule. En d'autres termes, il y a eu la gouvernance du système de santé avant la canicule, mais celle-ci a révélé la nécessité d'une nouvelle gouvernance décrite par Anne-Marie Fray (2009) comme « *la grande transformation du modèle hospitalier* »⁴⁶.

Au-delà de balayer les raisons de la crise du système de santé, notamment ses maux organisationnels⁴⁷, le rapport Couanau s'inscrit dans la perspective d'une nouvelle gouvernance notamment hospitalière.

Selon ce rapport, la crise hospitalière est « liée au manque de moyens et aux défauts dans l'organisation interne de l'hôpital et du système hospitalier dans son ensemble ». Ce diagnostic, loin de remettre en cause le « meilleur système au monde »⁴⁸, analyse le « miracle hospitalier » français où « les compétences, les dévouements foisonnent, inventent et surmontent les obstacles et les difficultés ». Clairement, « l'hôpital est victime de son succès et de sa nécessité » et l'accroissement de la demande hospitalière est une des raisons de la crise.

Les maux organisationnels de l'hôpital reposent autant sur des maux structurels⁴⁹ (facteurs externes) et des maux fonctionnels (facteurs internes). Parmi les maux fonctionnels, le fonctionnement en « *îlots bureaucratiques* », les enjeux de pouvoir et l'absence d'autorité font de l'hôpital un navire « *gouverné à vue* », sans véritable gouvernail, sans véritable pratique de la gouvernance.

Au terme de son analyse, le rapport Couanau a élaboré quatre scénarii :

- 1 Le scénario du pire : celui de l'inaction qui conduirait à la dégradation du système de la prise en charge des patients ;

⁴⁵ Reprenant les propos du ministre de la santé, le Pr. Jean-François Mattei, l'article du Monde du 12 septembre 2003 précisait que la mauvaise gestion de la canicule, mettant en exergue la crise du système de santé, était d'abord la manifestation de défaillances constatées en amont à l'hôpital (Rapport d'étude, Inserm 2003) Cet avis était aussi confirmé par le rapport –Lalande- d'expertise et d'évaluation du système de santé dès septembre 2003.

⁴⁶ Fray A-M. (2009), Op.cit., p.143.

⁴⁷ Le rapport Couanau rapporte les maux organisationnels du système suivants : difficultés d'application des 35 heures, retard dans l'accueil des patients, manque d'effectifs, judiciarisation accrue, lourdeurs de gestion.

⁴⁸ Avis de l'Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde 2000.

⁴⁹ Une profusion de la législation qui entraîne lourdeur, malaise des personnels et perte de vision stratégique.

- 2 Le mauvais scénario : celui de la centralisation qui conduirait à l'accroissement du déficit de responsabilisation des acteurs du système ;
- 3 Le scénario de la tentation : l'évolution de l'hôpital vers un statut d'établissement à but non lucratif participant au service hospitalier qui conduirait à ralentir l'accessibilité au système de santé et serait nuisible à la formation des médecins ;
- 4 Le scénario de la volonté politique : la promotion des responsabilités et de l'autonomie des établissements.

La loi du 02 mai 2005 relative à la nouvelle gouvernance hospitalière et les textes qui l'ont suivi expriment la volonté des autorités de s'orienter vers le scénario de la volonté politique parce qu'elle organise un gouvernement de l'institution dans le but de « *rendre aux hôpitaux leur autonomie et leur responsabilité, et à l'administration centrale ses fonctions de pilotage du système* ». Tous les acteurs admettent que « *depuis les années 1970, le système de santé français évolue, lentement mais sûrement vers une faillite absolue* »⁵⁰. La nécessité d'une nouvelle réforme de la gouvernance du système de santé s'est ainsi imposée.

Avec la réforme de la nouvelle gouvernance, l'introduction continue des techniques managériales dans l'organisation sanitaire soulève chez les gestionnaires des questions sur les conséquences managériales de la volonté politique (Fray, 2009).

Plus que dans les autres organisations publiques, l'introduction à l'hôpital des techniques managériales a longtemps été problématique parce que les citoyens ne sont pas encore prêts à accepter l'idée d'une « *marchandisation* » du soin car comme le dit le principe populaire « *la santé n'a pas de prix* ». Cependant, cette pensée a connu une évolution en ces termes : « *la santé n'a certes pas de prix, mais elle a un coût* ». D'où la nécessité de la rendre performante (Mordelet, 2006).

La gouvernance de l'hôpital, pose autant de défis que d'enjeux en termes de management. En effet, nous aborderons dans nos sous-développements quelques spécificités qui font de l'hôpital cet établissement public administratif dont la pérennité tient, aujourd'hui, à l'introduction d'une gestion moins administrative et plus entrepreneuriale. Car, comme le dit François Steudler, « *toute approche de l'établissement de soins en termes managériaux doit tenir compte du fait qu'il n'est pas une organisation comme une autre et qu'il est marqué par une certaine spécificité* »⁵¹.

⁵⁰ Winckler M., « La canicule, révélateur d'une santé malade », in *Le Monde diplomatique*, 6p, <http://www.monde-diplomatique.fr/2003/09/WINCKLER/10432>

⁵¹ Steudler F. (2004), « Le management hospitalier de demain : approche sociologique », in Amourous C., *Que faire de l'hôpital ?*, L'Harmattan, pp.259-275.

Inscrite dans un cadre managérial et juridique renforcé par le nouveau management public, les objectifs de performance⁵² et de maîtrise des dépenses⁵³ ou encore les droits des patients, la nouvelle gouvernance hospitalière se heurte à des enjeux nouveaux tels que le concept de « *corporate governance* »⁵⁴ à l'hôpital et la participation des usagers dans la gouvernance du système de santé.

Depuis la loi du 04 mars 2002, les textes sur l'organisation du système de santé, prennent à cœur de garantir aux usagers une représentation et une participation aux instances de gouvernance. Ce n'est donc pas au niveau juridique que se pose le récurrent débat sur leur participation, mais bien au niveau du management. C'est l'enjeu de cette thèse qui se déclinera à travers chacune de ses parties.

Ce premier chapitre, quant à lui, répond au souci de clarifier :

- *De quoi on parle.* Il s'agira d'analyser l'idée de gouvernance à travers les spécificités de la gouvernance hospitalière.
- *De qui on parle.* Nous présenterons l'évolution des usagers et leur intégration dans la gouvernance du système de santé.

Section 1 Les spécificités de la gouvernance hospitalière : Éléments de contexte

Les vingt dernières années ont vu se développer la notion « *d'hôpital -entreprise* » qui s'est inscrite comme enjeu du nouveau management public et de la recherche de performance.

Dans ce contexte, les difficultés de gestion ont permis de légitimer « *l'importation des technologies managériales et industrielles de l'entreprise performante dans les hôpitaux* »⁵⁵. Cependant, l'intrusion du management d'entreprise dans un secteur administré tel que l'hôpital pose de nombreux débats en termes d'adéquation des outils managériaux quant aux spécificités de la structure. Introduire la question de la participation des usagers sous l'angle du management nécessite de relever les spécificités en jeu.

⁵² Norme ISO, accréditation, certification...

⁵³ Forfait journalier, ONDAM...

⁵⁴ Patrick Mordelet (2006), *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, éditions ENSP, Rennes, 368p.

⁵⁵ Pierru F., (1999), « L'hôpital-entreprise, une self-fulfilling prophecy avortée », in *Politix n° 46, Revue des Sciences Sociales du Politique, CURRAP*, Editions de l'Harmattan, p. 7.

Nombreuses sont ces spécificités à l'hôpital, juridiques et managériales, fonctionnelles et structurelles, statutaires et réglementaires... En d'autres aspects, contextuelles et structurelles comme nous tenterons de le résumer dans les développements suivants.

1. Les spécificités structurelles de la gouvernance à l'hôpital

L'hôpital est un « *établissement public, auquel s'applique le droit public, dont les membres sont des agents des fonctions publiques...* »⁵⁶ et, dont la particularité essentielle réside dans la fonction qui lui est assignée, soigner. Ainsi que le rappelle Jean de Kervasdoué (2004), « *Les hôpitaux existent donc pour permettre aux médecins et au personnel de soigner les patients qui s'y présentent ou qui leur sont adressés* »⁵⁷.

Par ces éléments de définition, Jean de Kervasdoué (2004) nous donne les clés du défi managérial à l'hôpital : en tant qu'organisation publique, il s'inscrit dans les règles plutôt administratives qu'économiques⁵⁸ ; en tant qu'entité productrice de soins, il doit articuler son évolution managériale en cohérence avec la particularité du bien produit.

L'hôpital remplit des missions de service public c'est-à-dire des activités « *d'intérêt général que l'administration entend assumer* »⁵⁹. Le statut d'établissement public administratif lui vaut ainsi d'être régi par « *un droit dérogatoire au droit commun* »⁶⁰. Une spécificité de régime juridique qui entraîne de fait une spécificité statutaire de ses agents.

Ainsi l'hôpital et ses agents sont soumis au principe de « service public » et sont également acteurs du management. Leur activité est encadrée par des contraintes légales et statutaires qui fondent un défi managérial particulier.

1.1. La notion de service public comme spécificité du management public

Ne pouvant faire l'économie de la compréhension de la notion de service public dans l'analyse du contexte spécifique du management hospitalier, nous ferons un bref descriptif de ce qu'est un service public et de ce qu'il implique en termes de management, en recourant notamment aux travaux de Rivéro et Waline (2002) et à la synthèse de Sylvie Jarnias (2006).

⁵⁶ Kervasdoué J., (2004), Op.cit., p.10. Notons qu'en France trois fonctions publiques coexistent, la fonction publique d'Etat, la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière.

⁵⁷ Kervasdoué J., (2004), Op.cit., p.44.

⁵⁸ par exemple, le principe de la libre concurrence et de la régulation par le marché

⁵⁹ Rivéro J., Waline J., (2002), *Droit administratif*, Dalloz 2002, p. 450.

⁶⁰ Rivéro J., Waline J., (2002), Op.cit., p.8.

Sylvie Jarnias (2006) réalise dans sa thèse de doctorat une synthèse intéressante sur la notion de service public et analyse ses conséquences économiques. Inspirée par « l'école de Bordeaux »⁶¹ et le nouveau management public, elle définit le service public comme un terme polysémique⁶² que Léon Duguit (1928) décrit comme toute activité dont l'accomplissement nécessite l'intervention de l'Etat en tant que garant, régulateur et tutelle⁶³.

Jean Rivéro et Jean Waline (2002) expliquent les éléments de détermination d'un service public à travers la comparaison des activités de se soigner et se nourrir. Rivéro et Waline (2002) se sont demandés pourquoi l'activité agricole, par exemple, n'était pas une mission de service public, comme l'activité hospitalière, puisqu'il s'agit de deux activités vitales. Leurs conclusions peuvent être résumées avec deux « *éléments communs* » comme déterminants de la notion de service public :

1. La satisfaction d'un intérêt général. « Se nourrir » comme « Se soigner » sont des activités pouvant relever de l'intérêt général, parce qu'elles sont vitales et que « *la Nation assure à l'individu et à sa famille les conditions nécessaires à leur développement* » (article 10 du Préambule de la constitution de 1946).
2. La prise en charge directement ou indirectement par une autorité publique : « le service public est une forme de l'action administrative dans laquelle une personne publique prend en charge ou délègue, sous son contrôle, la satisfaction d'un besoin vital »⁶⁴. La santé est gérée par l'Etat (les Etablissements Publics de Santé) ou par des établissements privés mais sous contrôle étatique quant au respect de leur mission de soin. Ce qui n'est pas le cas de l'agriculture.

A travers ces conditions cumulatives, Rivéro et Waline (2002) s'inscrivent dans la ligne édictée par « l'école de Bordeaux ». En effet, celle-ci retient trois caractéristiques du service public : l'élément organique du service public (gestion administrative), l'élément fonctionnel de l'intérêt général (substitution aux intérêts particuliers) et l'élément matériel du régime dérogatoire (régime exorbitant du droit commun⁶⁵).

1.2. Les implications managériales du service public sanitaire

⁶¹ Egalement « école du service public », dirigée entre 1859 et 1928 par le Doyen Léon Duguit.

⁶² Jarnias décrit trois catégories de service public : régaliens, économiques et sociaux culturels.

⁶³ Jarnias S., (2006), *Gestion des compétences et restructuration : une analyse contextualiste du redéploiement des chefs d'établissement à la Poste*, thèse de doctorat s/dir de Defélix, Ecole doctorale de sciences de gestion, Université de Grenoble I2, 433p.

⁶⁴ Rivéro J., Waline J., (2002), Op.cit., p. 452.

⁶⁵ C'est par l'arrêt Bianco du 8 février 1873 que le tribunal des conflits admet le régime juridique spécifique.

Frédéric Pierru (1999) nous rappelle que le monde économique est étranger à l'organisation hospitalière selon un consensus largement admis par les économistes du « bien-être » au rang desquels on peut citer John Arrow (1963) auteur du premier texte sur la spécificité économique du bien « santé »⁶⁶.

« *Le bien santé doit être mis sous tutelle publique à la fois pour des raisons qui tiennent aux défaillances de la régulation marchande dans ce secteur... mais aussi et surtout pour des impératifs d'équité* »⁶⁷. C'est donc l'intérêt général qui prévaut en matière de santé comme nous l'avons souligné avec Rivéro et Waline (2000). En ce sens, « *le service public peut être conçu comme une alternative, un substitut au marché* »⁶⁸. Dans le cadre de sa mission de service public et dans la mesure où il produit un bien non-marchand, l'hôpital est soumis à une gestion dite publique. L'enjeu est de garantir l'égalité dans la prise en charge des soins, l'accès à la prévention et pour les CHU⁶⁹ l'accès à l'enseignement et à la recherche. Ces impératifs ont donc toujours exclu l'idée de recourir à l'économie libérale comme grille de lecture des enjeux de la santé qu'ils soient financiers ou managériaux, etc.

Lorsque Frédéric Pierru (1999) évoque l'incompatibilité entre la théorie économique libérale, la libre concurrence et les lois du marché d'un côté, et ce qui relève de la gestion de l'acte de soin en tant que produit hospitalier de l'autre, il ne s'agit pas d'opposer public et privé ni de s'opposer à l'intrusion des outils de management d'entreprise. En outre, l'intrusion des outils du privé au public a progressivement été admise à travers le processus de modernisation des services publics comme une « *volonté de transférer des outils du secteur privé dans le secteur public* »⁷⁰. Ce que Pierre Louart (1997) qualifie de continuum public-privé⁷¹ entendu comme « *un certain rapprochement des méthodes de gestion du secteur public et du secteur public* »⁷². Le sens de l'intervention de Pierru est davantage d'expliquer la nécessité d'ajuster l'utilisation des outils de management aux spécificités du « bien santé » et de l'institution de soins. En effet, c'est dans ces spécificités statutaires et réglementaires que se joue l'enjeu managérial de l'hôpital de demain. L'hôpital est en mouvement et ce mouvement semble

⁶⁶ Publié dans *l'American Economic Association Review*, l'article de Kenneth Arrow publié en 1963 sous l'intitulé « Incertitudes et économie du bien-être » est considéré comme l'article fondateur de l'économie de la santé. Il y analyse les spécificités des soins médicaux, qui ne peuvent pas être expliqués par les outils classiques du marché, du fait notamment des incertitudes pesant sur l'incidence de la maladie et la qualité des traitements.

⁶⁷ Pierru F., (1999), Op.cit., p.9.

⁶⁸ Jarnias S. (2006), Op.cit, p.33.

⁶⁹ Centre Hospitalier Universitaire, pivot du système de soins du fait de la culture hospitalo-centrique.

⁷⁰ Jarnias S. (2006), Op.cit, p.10.

⁷¹ Louart P., (1997), « Structures organisationnelles : vers un continuum public-privé », *Revue Française de Gestion*, numéro spécial Public Privé, n°115, sept-oct, p.14-25.

⁷² Jarnias S. (2006), *ibidem*.

impliquer une « *dé-spécification* » de l'organisation et un ancrage dans le nouveau management public.

1.3. L'enjeu du management hospitalier, entre administration et gestion

L'hôpital est, nous venons de le voir, un établissement public administratif. Dans ce cadre, il est sous tutelle de l'Etat. Néanmoins, à partir de la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 qui reconnaissait aux hôpitaux une autonomie de gestion administrative et financière, l'institution tend à s'émanciper.

Cette autonomie de gestion souffre pourtant de quelques restrictions, comme garanties de la mainmise de la tutelle. Nombre des réformes de l'hôpital accompagnant l'autonomie des établissements de santé, ont souvent été assorties de dispositions restrictives.

La loi du 3 janvier 1984 relative à l'organisation du service public hospitalier permettait au préfet d'arrêter le budget et les comptes de l'établissement en cas de carences manifestes du conseil d'administration.

De même, l'ordonnance du 02 mai 2005 dite de la nouvelle gouvernance hospitalière donne compétence à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de mettre en demeure le conseil d'administration, au cours d'une procédure de redressement, en cas de défaillances.

La nouvelle loi HPST du 21 juillet 2009 réaffirme la volonté de la mainmise étatique car elle semble donner aux Agences Régionales de Santé (ARS) des pouvoirs élargis, notamment celui d'imposer un plan de redressement en cas de déséquilibre des comptes ou de dysfonctionnements constatés. En outre, ce pouvoir est assorti, pour le directeur de l'ARS, du pouvoir de désigner un administrateur provisoire de l'établissement.

Il s'agit donc, pour Jean-Marie Clément (2004), d'une autonomie très relative. En effet, il considère que « *diriger un hôpital consiste d'abord à tenter d'appliquer des textes. Il s'agit donc plus d'administration que de gestion* »⁷³. Quelles conséquences cette situation peut-elle soulever en termes de management ?

Le gestionnaire hospitalier tend progressivement à repousser les limites de la gestion administrative à travers l'appropriation des outils du management d'entreprise. En effet, l'hôpital est enclin à un fonctionnement défaillant depuis des années, un malaise interpersonnel, des difficultés à répondre aux besoins des usagers et à ses propres besoins en termes de financement et de fonctionnement.

⁷³ Kervasdoué J. (2004), Op.cit., p.63.

La réforme de la T2A, tarification à l'activité, est un exemple du défi managérial à relever entre mission de service public et survie, pour que les établissements de santé se libèrent de la spirale coût élevé/ budget serré/ impératif de service public. En outre, la notion de « profit »⁷⁴ n'est plus tabou même si elle s'envisage autrement.

Le profit de l'entreprise se mesure par la maximisation de son investissement, en termes marchands : l'augmentation de la valeur-ajoutée. Ce raisonnement n'est pas reproductible à l'hôpital dans la mesure où le « bien santé » n'a pas de valeur marchande et qu'il est politiquement incorrect d'en tirer une valeur ajoutée.

Afin de prendre en compte cette spécificité, les économistes ont admis une conception du profit à l'hôpital en ces termes : « la maximisation du profit soit par la minimisation des coûts de production, soit par la maximisation de la quantité des patients / qualité des installations et compétences »⁷⁵.

L'option de l'adaptation des principes économiques aux spécificités de la production en santé est également le choix gestionnaire dans l'ajustement des outils de management d'entreprise aux spécificités de l'hôpital, de sorte que les contraintes statutaires et réglementaires soient respectées.

La recherche de la gestion des forces externes, contexte légal, est mise à rude épreuve par la combinaison avec des forces internes spécifiques au fonctionnement de l'hôpital. C'est dans la jonction de ces différentes spécificités que le gestionnaire hospitalier éprouve son art.

2. Les spécificités organisationnelles de la gouvernance à l'hôpital

L'hôpital est « *une organisation composite* »⁷⁶ où coexistent plusieurs mondes.

Cette coexistence, entre les mondes de l'inspiration (l'innovation médicale), industriel (la recherche de la performance notamment scientifique), domestique (prise en charge des patients) et civique (garant de l'accès de tous aux bienfaits de la médecine), est à la fois un défi et une difficulté pour le management.

La gestion hospitalière constitue un *défi* par la complexité de l'organisation. Cette complexité tient à « *la multiplicité des rôles, des acteurs, des techniques et des attentes souvent contradictoires du public et des autorités de tutelle* »⁷⁷. Dans ce « *système multipolaire de*

⁷⁴ La performance implique l'optimisation des ressources, donc un profit. L'hôpital performant c'est donc une organisation qui doit faire des profits.

⁷⁵ Pierru F. (1999), Op.cit., p.15.

⁷⁶ Pierru F. (1999), Op.cit., p.8.

⁷⁷ Kervadoué J. (2004), Op.cit., p.4.

pouvoirs »⁷⁸, savoir qui décide à l'hôpital est devenu, ces dernières années, le « casse-tête » de la gouvernance.

La gestion hospitalière constitue une *difficulté*, pour le manager, par la complexité de l'institution. En effet, l'hôpital est à la fois une entreprise, une entreprise publique et un établissement public de santé. C'est ce que Jean de Kervadoué appelle « *l'emboîtement institutionnel de l'hôpital* ».

Cet enchevêtrement pose d'entrée de jeu des questions sur sa « *gouvernabilité* », dans la mesure où il se présente « *multi- organisationnel* » c'est-à-dire figuré de trois types d'organisations distinctes.

2.1. L'hôpital : une organisation complexe

La polyarchie propre à l'hôpital, découlant de la diversité des acteurs qui y exercent, constitue un défi du manager. En effet, il existe une multitude de pouvoirs à l'hôpital, et autant de pouvoirs de décision, faisant ainsi de l'hôpital une bureaucratie à part.

Jean de Kervadoué (2004), sur la base de la notion de bureaucratie professionnelle d'Henry Mintzberg (2000)⁷⁹, qualifie ainsi l'hôpital d'ensemble bureaucratique. Pour lui, l'hôpital n'est pas une bureaucratie mais l'ensemble de plusieurs « *îlots bureaucratiques* »⁸⁰. Parce que la bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1995)⁸¹ « *met l'accent sur le pouvoir de la compétence (qui est de nature professionnelle)* », l'existence de plusieurs compétences distinctes à l'hôpital crée des bureaucraties distinctes, dotées chacune du pouvoir de sa compétence particulière.

Deux de ces « *îlots bureaucratiques* » entretiennent depuis des relations conflictuelles (Clément, 1995). Clairement, l'existence de la bureaucratie médicale et la bureaucratie administrative explique la présence de deux pouvoirs distincts et totalement indépendants l'un de l'autre et, à bien des égards, source de conflits organisationnels.

L'hôpital se structure, donc traditionnellement, autour d'une double légitimité, médicale et gestionnaire, qui produit une double hiérarchie, la direction et la Commission médicale d'établissement. En effet, le directeur et le président de la Commission médicale d'établissement, occupant des fonctions administratives distinctes, ne sont pas liés

⁷⁸ Fray A.-M. (2009), Op. cit, p.143.

⁷⁹ Mintzberg H., (2000), *Le management, Voyage au centre des organisations*, Editions d'organisation, Paris, 570p, spécifiquement le chapitre 10.

⁸⁰ Kervadoué J. (2004), op.cit., p.53.

⁸¹ Mintzberg H. (1995), *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'organisation, Paris, 544p.

hiérarchiquement et produisent des logiques d'action et de régulation parfois contradictoires (Moquet-Anger, 1998 ; Contandriopoulos, 1999).

L'ensemble des établissements publics de santé possède le même schéma organisationnel. Le directeur et l'ensemble des organes de direction (Conseil d'administration, Conseil exécutif) détiennent le pouvoir d'organisation et le pouvoir financier (plus précisément l'usage des ressources financières). En parallèle, les médecins détiennent le pouvoir technique (pouvoir absolu) et la liberté de prescription.

La structuration en « îlots bureaucratiques » fait de ces deux détenteurs de pouvoir non pas des « homologues », mais les place sur des bureaucraties parallèles :

« Les relations des médecins et de l'Etat sont souvent des relations de face à face ce qui montre bien l'enjeu de pouvoir que représentent les hôpitaux »⁸².

Ces pouvoirs parallèles s'opposent et s'annulent en cas de conflit : le pouvoir d'organisation du directeur ne peut se manifester sans le pouvoir technique du médecin et inversement. De même, le pouvoir financier ne peut s'exercer sans prescription, et c'est le médecin qui détient cette liberté.

Le défi du management à l'hôpital est de tenter de (ré) concilier ces pouvoirs opposés et enfermés dans des bureaucraties parallèles. L'émergence d'un pouvoir des usagers du fait de leur participation à la gouvernance du système de santé a été un temps envisagée comme « pouvoir arbitre »⁸³. De notre avis, ce rôle est à la fois réducteur et significatif d'une incompréhension de la démocratie sanitaire envisagée. Mais, en considérant avec Moquet-Anger (1998) que la légitimité démocratique de l'Etat est une force de neutralisation du pouvoir corporatiste des médecins, nous acceptons que les usagers, comme but de la médecine et du système de santé, aient une légitimité supérieure. Ce qui accrédite la nécessité de les prendre en compte mais autrement.

Pour nous, la participation des usagers peut s'inscrire dans une gestion partenariale au-delà de la co-gestion envisagée comme réponse au déficit de la performance (Teil, 2002)⁸⁴. L'enjeu de cette gestion partenariale serait d'entraîner non pas une neutralisation des pouvoirs opposés mais une adhésion aux besoins clairement exprimés par les usagers eux-mêmes, à condition qu'ils trouvent leur place dans cette organisation multiple.

⁸² Moquet-Anger M.-L. (1998), *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, L'Harmattan, coll. Logiques juridiques, Paris, p. 55.

⁸³ Clément J.-M. (1995), *Les pouvoirs à l'hôpital*, Berger- Levrault, Paris, 191p.

⁸⁴ Teil A. (2002), *Défi de la performance et vision partagée des acteurs : application à la gestion hospitalière*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, s/dir Claveranne J.-P., Université Jean Moulin Lyon 3, 399p.

2.2. L'hôpital : une institution « schizophrène »

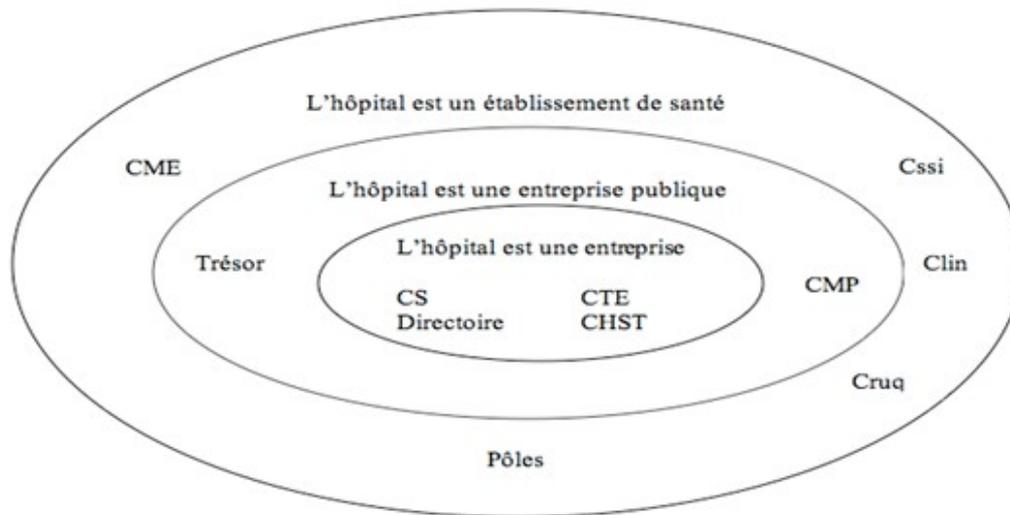
La spécificité de l'hôpital tient également à l'emboîtement institutionnel qui le caractérise : c'est une entreprise, une entreprise publique et un établissement public. Cette schizophrénie institutionnelle la soumet à différentes règles de fonctionnement, notamment publiques et parfois contradictoires.

L'hôpital-entreprise est soumis à des règles de gouvernance d'entreprise, notamment l'existence d'une ou plusieurs instances décisionnelles (le conseil d'administration et le directeur) et d'instances consultatives (le comité technique d'établissement, l'équivalent du comité d'entreprise). Ces instances fonctionnent selon des principes de gestion qui répondent au souci de transparence et de bonne gouvernance.

L'hôpital-entreprise publique est soumis à des règles statutaires et des missions de service public. L'intérêt général est le seul fondement de son fonctionnement. Ses agents et ses dirigeants sont subordonnés à la tutelle de l'Etat, seul habilité à garantir l'égal accès de tous les citoyens aux avancées médicales et biomédicales. Ses principes de gouvernance sont soumis à des contraintes de gestion publique, encadrés par un régime dérogatoire.

L'hôpital-établissement public de santé, offreur de soins, est soumis à une gestion parallèle du corps médical, réuni en commission médicale d'établissement, et de différentes instances décisionnaires (CA) et consultatives (Clin, Cruq..). Il s'y établit « une sorte de codirection » entre le directeur (bureaucratie administrative) et le président de la CME (bureaucratie médicale). C'est un système inhabituel qui se doit de répondre à des règles de gouvernance encore différentes.

Schéma n° 3 : L'emboîtement institutionnel de l'hôpital



Adapté de Kervasdoue, 2004

L'existence de ces différents types organisationnels combinés à trois versants institutionnels crée, *de facto*, trois figures du pouvoir de décision à l'hôpital :

1. Un pouvoir de décision partagé entre les dirigeants et leur tutelle car l'exécution des délibérations du Conseil d'administration est soumise à la tutelle ;
2. Un pouvoir de décision contesté par la multitude de commissions techniques propres à l'établissement public de santé du fait du service offert ;
3. Un pouvoir de décision contrôlé par la tutelle du fait du statut juridique d'établissement public.

Le défi de management consiste à proposer un ensemble de principes de gouvernance répondant aux exigences fondamentales de la structure en tant qu'organisation spécifique. Jean de Kervasdoué et René Pellet (2006) résumant ce défi en ces termes :

« Plusieurs mondes se côtoient à l'hôpital. Il est difficile, mais indispensable, de tenter de les rapprocher pour construire un système, un milieu adapté à la prise en charge de la personne malade »⁸⁵.

L'intérêt du management hospitalier est alors de trouver des leviers d'action pour construire la performance de l'hôpital à travers notamment une meilleure articulation des différentes logiques d'acteurs qui le composent.

A travers une description analytique des enjeux pratiques de la gouvernance à l'hôpital, nous essayerons d'en comprendre, dans nos prochains développements, les spécificités matérielles ainsi que les logiques d'acteurs qui y sont soulevés.

⁸⁵ Kervasdoué J., Pellet R. (2006), *Carnet de santé de la France 2006*, Dunod, Paris, p.244.

3. Les spécificités pratiques de la gouvernance à l'hôpital

Si la gouvernance est un « concept-valise », elle impose une organisation du système de management, des institutions du « siège » avec des instances spécifiques. Ces instances sont le conseil d'administration et différents comités du conseil. Ces dernières ont en effet le rôle de conseiller les administrateurs par leur action⁸⁶.

3.1. Les acteurs de la gouvernance à l'hôpital

L'organisation des instances de gouvernance à l'hôpital répond à une structuration similaire avec le conseil d'administration et divers comités spéciaux.

Avant la loi HPST de 2009, le Conseil d'administration est composé, selon les articles L 6143-5 NCSP⁸⁷ et suivants, de six (6) catégories de membres (acteurs) représentant les collectivités, les personnels hospitaliers⁸⁸, les personnalités qualifiées et les représentants des usagers. En outre, le directeur d'établissement et les organismes de tutelle peuvent être admis à titre consultatif.

Cependant des différences se manifestent à travers le fonctionnement de ses instances. De même, des logiques contradictoires doivent coexister. Hervé Lejeune et René Caillet (2009) considèrent que le défi hospitalier consiste à prendre en compte un certain nombre d'acteurs d'importance comparable⁸⁹. Ces différents acteurs sont repris dans le schéma suivant :

Schéma n° 4 : Les acteurs de la gouvernance hospitalière

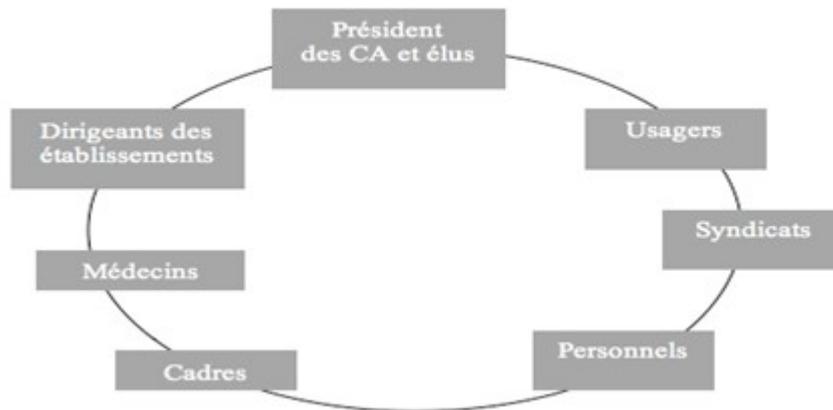
⁸⁶ En ce sens, le rapport Viénot II (1999) stipule que « *les administrateurs ont l'obligation de demander l'information utile dont ils estiment avoir besoin pour accomplir leur mission* » auprès des instances de conseil.

⁸⁷ Nouveau code de santé publique.

⁸⁸ Catégories 2°, 3° et 4°, respectivement le corps médical, le corps infirmier et les autres fonctionnaires.

⁸⁹ Lejeune H., Caillet R. (2009), « Les acteurs de la gouvernance hospitalière », *Regards sur l'actualité* n°352, La documentation française, juin-juillet, pp.6-8.

Le cercle des acteurs de la gouvernance hospitalière, d'après Lejeune et Caillet, 2009



La prise en compte de ces acteurs crée des problématiques de fonctionnement et de gouvernance spécifiques, différents du cadre de la gouvernance d'entreprise.

Le fonctionnement du Conseil d'administration

A l'hôpital, le Conseil d'administration n'a pas tout à fait les mêmes fonctions que celui d'une entreprise. Il est soumis aux prérogatives de puissance publique et soumet ses délibérations à la tutelle étatique. Cependant, dans les deux cas, cet organe est fondamental au système de gouvernance. Avec la loi HPST de 2009, il est désormais le conseil de surveillance.

Les administrateurs exécutifs et non exécutifs

L'exécution des délibérations du conseil d'administration à l'hôpital revient au directeur. Il exécute les délibérations sous contrôle de la tutelle sur ses actes et dans le respect du principe administratif de subordination à la hiérarchie de la tutelle. En effet, le directeur est d'abord l'exécutant de la politique étatique plus que de la stratégie du conseil d'administration.

C'est donc une spécificité par rapport à ce qui se passe dans le privé où les délibérations du conseil d'administration font « force de loi ».

Cependant, avec les différentes réformes, le continuum public -privé évoqué par Louart (1997) semble se matérialiser notamment à travers l'instauration d'un conseil exécutif en 2005 et la mise en place d'un directoire⁹⁰ par la loi HPST de 2009.

Le positionnement de la direction

La direction constitue un « îlot bureaucratique », au sein de l'hôpital, de même que la commission médicale d'établissement (CME). Il existe donc une indépendance des pouvoirs du directeur et du corps médical. La direction exécute les délibérations du conseil

⁹⁰ Notons que l'institution du directoire, organe collégial d'exécution, de l'avis des professionnels, semble avoir raffermi le pouvoir du directeur en tant que unique pilote de l'organisation (Pierre Coriat, *Regards sur l'actualité*, n°352, La documentation française, juin-juillet 2009).

d'administration et dirige l'hôpital dans une position délicate. De manière triviale, on peut considérer, avec Limpens (2003), que la direction agit entre le marteau (sa tutelle) et l'enclume (le pouvoir médical)⁹¹.

Les comités spéciaux

Ce sont les commissions présentes à l'hôpital. C'est notamment la commission médicale d'établissement devenue communauté médicale d'établissement (CME), la commission de soins infirmiers (Cssi), ou la commission de lutte contre les infections nosocomiales (Clin), la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (Cruqpec dite Cruq) pour les plus connues.

Ces commissions forment le pouvoir technique. Le pouvoir technique est qualifié de pouvoir absolu parce que ces acteurs, médecins, infirmiers, professionnels hospitaliers, sont l'activité de l'hôpital en tant que professions médicales et paramédicales. Le corps médical est le véritable détenteur de ce pouvoir technique manifesté par la puissance de la CME à l'hôpital.

Certains auteurs considèrent d'ailleurs les médecins comme les véritables ordonnateurs de la dépense hospitalière en lieu et place du directeur, du fait de leur liberté de prescription. Ainsi ils forment un « îlot bureaucratique » distinct.

3.2. La loi HPST 2009 et la nouvelle « nouvelle » gouvernance hospitalière

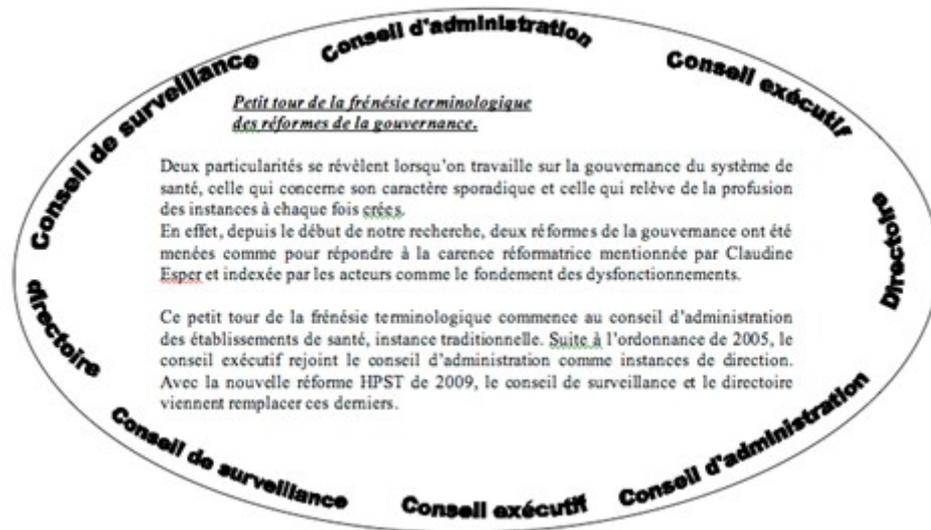
Au départ de notre recherche, le cadre législatif de la gouvernance hospitalière est celui de l'ordonnance du 2 mai 2000. Ce texte met en place le Conseil exécutif et les pôles d'activité comme nouvelles instances de gouvernances. Avec la loi HPST de septembre 2009, de nouvelles instances que sont le Conseil de surveillance et le directoire sont créées. De ce fait, notre travail ne peut faire l'impasse sur la description de cette dernière réforme de la gouvernance portant sur une redéfinition globale de la gouvernance des établissements de santé.

Le détour par cette nouvelle gouvernance, qui remplace la dite « nouvelle gouvernance hospitalière de 2005 », se justifie, au-delà du changement de paradigme manifesté par un ancrage plus managérial, par le changement de la terminologie de la gouvernance hospitalière.

⁹¹ BUDET J.-M. (2003), « Les clés de la gouvernance hospitalière », *Gestions hospitalières* n°430, novembre, cahier 181, pp.708-731.

En effet, si notre travail analyse la gouvernance hospitalière en se référant au fonctionnement du Conseil d'administration comme instance de direction dans laquelle les usagers sont parties prenantes⁹², nous souhaitons le remettre dans le contexte de la réforme actuelle.

Point d'analyse n° : La terminologie de la gouvernance hospitalière



En matière de gouvernance, la loi HPST de 2009, remplace le Conseil d'administration et le Conseil exécutif par le Conseil de surveillance et le directoire. Le texte organise une nouvelle architecture de la décision où le président du CME demeure une personnalité importante au titre de vice-président, à ce détail près que le directeur dispose d'un pouvoir de nomination sur les membres médicaux du directoire. La référence au Conseil d'administration dans notre texte peut donc être comprise comme une référence au Conseil de surveillance car de fait les usagers y sont admis. De même, il faudra comprendre que le directeur en tant qu'instance induit une référence au directoire. Mais, il faudra attendre la mise en place intégrale de la réforme dans le système de santé et l'installation des dites instances dans les établissements pour que ces références soit définitives. Cette dernière remarque est l'occasion de rappeler que la réforme de 2005 n'a pas eu le temps d'être intégralement mise en œuvre.

Effectivement, si Nicolas-Raphaël Fauque (2009)⁹³ inscrit la nouvelle réforme dans la « continuité du plan Mattei 2007 », il soulève le fait qu'elle intervienne quatre ans seulement après la réforme de 2005 alors que celle-ci n'avait pas encore été instituée intégralement. Cependant, l'auteur confirme un changement de paradigme avec des pouvoirs accrus pour les

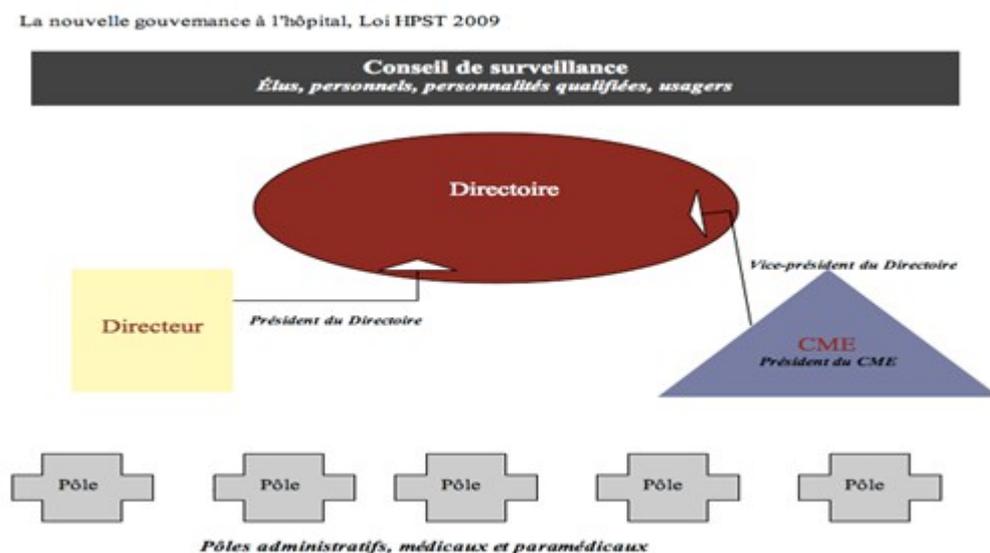
⁹² Bien qu'inscrit dans le cadre de l'ordonnance de 2005, nous avons exclu le conseil exécutif dans notre analyse car les usagers n'y sont pas admis.

⁹³ Fauque N-R., (2009), « La nouvelle gouvernance hospitalière », *Les cahiers hospitaliers* n°260, Berger-Levrault, octobre, p.11.

Agences Régionales de Santé (ARS)⁹⁴ et surtout le renforcement de l'exécutif sur les élus. En matière de participation des usagers, ce changement paradigmatique manifeste le renforcement de la démocratie participative sur la démocratie représentative.

La réforme clarifie également la « gouvernabilité » de l'hôpital. En effet, le texte installe le directeur à la tête de l'exécutif, en tant président du directoire. A cet effet, il « *répond de ses actes de gestion devant l'ARS* »⁹⁵ et bénéficie comme dans les entreprises du privé des différentes instances de conseil que sont le conseil de surveillance, la CME, les pôles et les autres instances consultatives. Le schéma ci-dessous décrit la nouvelle architecture de la gouvernance hospitalière.

Schéma n° 5 : Architecture de la gouvernance hospitalière



SSource : Institut Montaigne, 2009.

Les réformes qui se succèdent depuis la canicule de 2003 semblent avoir compris l'enjeu managérial du « *faire ensemble* ». Mais si ce concept cher à Jean-Pierre Claveranne et Christophe Pascal (2004) est plus facile à dire qu'à faire, c'est parce que comme l'explique André-Pierre Contandriopoulos (1999), des logiques contradictoires coexistent à l'hôpital.

3.3. Les logiques de régulation dans la gouvernance hospitalière

⁹⁴ C'est aussi l'avis de Jean-Jacques Cristofari (2010) pour qui « *le vrai pouvoir est dans les ARS* », malgré l'existence de nouvelles instances, http://www.pharmaceutiques.com/phq/mag/pdf/phq/166_28_dossier.pdf.

⁹⁵ Fauque N-R. (2009), Op.cit, p.13.

L'existence des différents « îlots bureaucratiques » crée, comme l'explique André-Pierre Contandriopoulos⁹⁶, la coexistence de quatre grandes logiques de régulation dont l'articulation est une clé de la performance hospitalière. Il souligne donc l'interaction, dans toutes les décisions prises dans le système de santé, notamment à l'hôpital, des différentes logiques aux mains de quatre groupes d'acteurs importants.

- La logique professionnelle } diffusée par les professionnels
- La logique technocratique } diffusée par les gestionnaires
- La logique économique } diffusée par le monde marchand
- La logique démocratique } diffusée par le monde politique.

L'enjeu de la gouvernance hospitalière est de déterminer autour de quelle logique elle s'organise. En effet, il y aura toujours une prééminence d'une logique sur les trois autres⁹⁷ et celle-là va déterminer la typologie de la gouvernance.

- La prééminence de la logique professionnelle va entraîner plus d'autonomie des médecins dans l'utilisation des ressources mises par la société à leur disposition pour soigner les malades. Ce type de gouvernance prend en compte la figure du patient, dont l'intérêt ne peut être garanti que par le médecin au nom de la relation de confiance qui encadre le colloque singulier entre le médecin et son patient.
- La prééminence de la logique technocratique va conduire à plus d'économie et moins de solidarité pour serrer les budgets. Ce type de gouvernance envisage l'utilisateur comme un administré géré par l'autorité publique, dont l'intérêt est garanti à travers l'intérêt général.
- La prééminence de la logique économique va favoriser la libre concurrence et soumettre le secteur sanitaire à la main invisible du marché. Ce type de gouvernance favorise la prise en compte du consommateur de soins, qui doit être responsabilisé notamment dans l'objectif de maîtrise des dépenses.
- La prééminence de la logique démocratique va se manifester par une gestion - administration, une centralisation et une mainmise de l'Etat. La modernisation du service public conduit ce type de gouvernance à prendre en compte le citoyen en tant

⁹⁶ Contandriopoulos A.-P., (1999), « La régulation d'un système de soins sans murs », in Claveranne J.-P., Lardy C., *La santé de demain : vers un système de soins sans murs*, in, ed. Economica, pp.87-102.

⁹⁷ Il développe ainsi la théorie de l'ascendance d'une logique sur les autres.

qu'acteur émergent dont la voix s'exprime notamment à partir des dispositifs de la démocratie sanitaire.

Contandriopoulos pose ainsi le premier élément problématique de l'intégration des usagers à la gouvernance du système de santé. En effet, les articulations traditionnelles de la gouvernance du système de santé annexent les usagers à un groupe particulier, détenteur d'une logique de régulation particulière. Ce qui change avec la loi de 2002, consacrant la participation des usagers, c'est que les usagers ont l'occasion d'introduire une nouvelle logique de régulation distincte des quatre logiques traditionnelles. La question alors est de savoir s'ils en ont la capacité.

Afin de mieux comprendre l'articulation des différentes logiques, nous présentons ici la traduction des mondes communs de Boltanski et Thévenot (1991)⁹⁸ dans la gouvernance hospitalière traditionnelle, en conséquence de la prééminence d'une logique sur les autres. En reprenant le tableau des mondes communs de Herreros et Livian publié chez Amblard, Bernoux, Herreros et Livian (1995: 89)⁹⁹ où ils définissent les ordres de grandeur, nous proposons l'interaction potentielle entre les traditionnelles logiques de régulation ainsi que leurs conséquences pour le système.

Tableau n° 2 : Exemple d'ascendance des mondes communs dans la gouvernance hospitalière

⁹⁸ Les auteurs développent, en 1991, la théorie des mondes communs dans l'ouvrage intitulé *De la justification, les économies de la grandeur*, publié chez Gallimard, Paris. Les 6 mondes qu'ils développent sont des idéaux-types et leur interaction conditionne les relations entre personnes. Ces 6 mondes sont le mode de l'inspiration, le mode domestique, le monde de l'opinion, le monde civique, le monde marchand et le monde économique.

⁹⁹ Tableau de Amblard, Bernoux, Herreros et Livian en annexe n°1.

Principes De régulation	Inspiration (Logique professionnelle)	Domestique (Logique technocratique)	Civique (Logique démocratique)	Marchand (Logique économique)
Inspiration (Logique professionnelle)	-	Remise en cause de la liberté de prescription	Corporatisme Syndicalisme	Profit
Domestique (Logique technocratique)	Autonomie des médecins Explosion des dépenses	-	Transparence Qualité et sécurité Attentes	Marchandisation de la santé
Civique (Logique démocratique)	Balkanisation Innovation Risque	Hierarchie Centralisation	-	Concurrence
Marchand (Logique économique)	Colloque singulier Remise en cause du service public Judiciarisation	Etatisme et interventionnisme	Consumérisme	-

Inspiré des mondes communs de Boltanski et Thévenot, 1991

L'analyse de ce tableau montre que si la prééminence de chaque logique de régulation porte des enjeux de développement du système (par exemple, le développement de l'innovation dans la prééminence de la logique professionnelle), elle porte également des conséquences pouvant être source de dysfonctionnement (par exemple, l'inégalité de la prise en charge à

travers la remise en cause du service public). Par ailleurs, la complexité du système notamment l'existence de plusieurs logiques complexifie le fonctionnement.

Dans le cas de l'hôpital, l'articulation de deux logiques très fortes crée non seulement des avantages mais aussi des conséquences multiples. En effet, la prééminence à la fois de la logique professionnelle et de la logique technocratique dans les CHU, par exemple, crée à la fois les conditions d'une pratique libre de la médecine et un interventionnisme tutélaire garant de l'intérêt général. Cependant, le tableau nous montre que derrière ces avantages, des conséquences telles que la balkanisation et l'explosion des dépenses peuvent apparaître. C'est donc aux réformes en tant que « *changement profond apporté dans la forme d'une institution afin de l'améliorer, d'en obtenir un de meilleurs résultats* »¹⁰⁰ de proposer des innovations, des outils, des dispositifs pour palier aux conséquences naissantes.

L'enjeu d'une meilleure gouvernance hospitalière articulant de manière optimale les différents « îlots bureaucratiques » traîne au fil des réformes cet idéal. Dans le même sens, Jean-Claude Moisdon (2008) s'appuie sur Mintzberg et Glouberman (2001)¹⁰¹ pour expliquer que la gouvernance hospitalière ne peut faire l'impasse sur l'articulation des quatre mondes qui le composent : le *cure*, monde des médecins, le *care*, monde des infirmiers, le *control*, monde des managers et le *community*, monde extérieur¹⁰².

Le fonctionnement de chaque établissement est fonction du fonctionnement du centre de décision. Ce dernier est dépendant de l'agencement des quatre logiques de régulation. La spécificité du système français est qu'il s'organise autour d'une double ascendance des logiques professionnelle et technocratique.

Jacques Chaize (1992)¹⁰³ a écrit que la clé du changement ce n'est pas de changer l'organisation ni les hommes, mais de changer les relations des hommes entre eux, c'est-à-dire leurs relations de pouvoir et naturellement l'agencement des logiques de régulation. C'est aussi l'objectif des mesures qui visent à réformer la gouvernance du système de santé.

Dans le même sens, Jean-Marie Clément (1995) décrit l'architecture décisionnelle hospitalière comme un casse-tête pour ceux qui y sont confrontés avec un pouvoir de décision divisé¹⁰⁴,

¹⁰⁰ Vincent G. (2005), « Les réformes hospitalières », *Revue d'administration publique* n°113, pp.49.

¹⁰¹ Glouberman S., Mintzberg H. (2001), « Managing the care of health and the cure of disease, part I: différenciation », *Health Care Manage Review*, pp.56-86, in Moisdon J.-C. (2008).

¹⁰² Moisdon J.-C. (2008), « Gouvernance clinique et organisation des processus de soins », *Pratiques et organisation des soins*, volume 39 numéro 3, juillet-septembre, p.175.

¹⁰³ Chaize J. (1992), *Op.Cit.*, p.177.

¹⁰⁴ « Schématiquement, on peut caractériser l'exercice du pouvoir à l'hôpital par les constatations suivantes : la sécurité sociale qui finance n'a aucun pouvoir de décision, les organes directionnels qui légalement décident ne disposent pas en pratique d'un réel pouvoir, l'Etat qui dispose d'un réel pouvoir, mais n'est pas légalement responsable. », Clément J.-M. (1995), *Op.cit.*, p.7.

contesté et contrôlé. La soumission tutélaire des actes du conseil d'administration et des décisions du directeur, l'entrave permanente organisée par les commissions techniques, et le contrôle de tutelle exigé par le statut d'établissement public, principales manifestations de ce casse-tête, sont des facteurs de disfonctionnement et d'inefficacité. Il résume, cependant, l'ascendance de la logique technocrate comme une source de mauvaise gouvernance en ces termes :

« Le pouvoir de décision obéit à une logique bureaucratique qui épuise ses détenteurs en des démarches aussi formelles qu'inefficaces »¹⁰⁵.

Des enjeux qui rendent difficile l'exercice de la gouvernance hospitalière, l'intégration des usagers porteurs d'une logique nouvelle constitue un défi inédit. En effet, comme nous tenterons de l'expliquer dans nos prochains développements, la participation des usagers au système de gouvernance des établissements s'inscrit comme modification de la tradition asymétrique de la relation soignant-soigné et du rapport au « bien santé ».

De ces évolutions juridiques et sociologiques, la participation des usagers grandit d'un activisme et d'une certaine logique consumériste, modifiant de fait les logiques de pouvoir à l'hôpital et la structure de la gouvernance.

Dans les développements suivants, nous essayerons d'expliquer l'émergence et la manifestation de ce nouvel acteur de la gouvernance.

Section 2 L'évolution des usagers comme fondement d'un rapport nouveau

Le contexte de notre recherche s'insère globalement dans la modification des rapports entre les usagers et le système de santé. Cette modification qui a conduit les usagers au conseil d'administration des hôpitaux en 1996 s'est amplifiée depuis la loi du 04 mars 2002. Nous expliquons dans les développements suivants la progression de ces rapports nouveaux.

Le préambule de la constitution française du 27 octobre 1946 énonce dans son article 11 le droit de la santé comme un principe fondamental en ces termes : la nation garantit la protection de la santé. En effet, comme le précise Marie-George Fayn (2005), dans la mesure où « *la maladie, l'accident imprévu ou la catastrophe représentent une menace pour chacun*

¹⁰⁵ Clément J.-M. (1995), Op.cit., p.22.

et pour la collectivité, les sociétés industrialisées ont choisi d'assumer ce risque au titre de la solidarité nationale »¹⁰⁶.

Il s'agit alors de garantir la protection face aux risques sociaux et professionnels. La santé est ainsi traitée comme une fonction régaliennne de l'Etat¹⁰⁷ parce qu'elle constitue un besoin vital. Il s'agit également de répondre à la fois à un souci politique face aux gouvernés et à un souci économique face aux travailleurs. Parce que, pour gouverner il faut des gouvernés, qui eux n'existent qu'en vie et que pour avoir une croissance forte il faut des travailleurs de préférence en bonne santé, la santé des populations est devenue un élément autant fondamental pour les gouvernants que vital pour les gouvernés.

De la constitution à la réglementation, des lois aux décisions de justice, c'est donc à travers le droit que s'ouvrent les brèches d'une renégociation du rapport à la santé, comme nous l'expliquons dans les paragraphes suivants.

1. Du droit à l'économie : l'entame d'un contexte en évolution

1.1. Les brèches juridiques de la désacralisation de la figure du médecin

Avec les progrès scientifiques, le droit de la responsabilité juridique du médecin s'est modifié passant de l'irresponsabilité consacrée en 1696 par la juridiction de droit commun de l'Ancien Régime à une responsabilité affirmée. En effet, les progrès scientifiques ont peu à peu transformé l'art médical en savoir médical entraînant ainsi la démystification de la médecine et du pouvoir du médecin.

Ces avancées se sont donc soldées par la reconnaissance d'abord de la responsabilité délictuelle du médecin (au sens civil et non au sens pénal) sur le fondement de l'article 1382 du code civil, ensuite de la responsabilité contractuelle par l'arrêt Mercier du 20 mai 1936¹⁰⁸.

La reconnaissance de la responsabilité contractuelle du médecin est fondamentale en ce sens que la relation médecin-**patient** est dorénavant régie par un contrat bilatéral, chacune des parties étant liée par des droits et des devoirs. Le médecin s'engage par un tel contrat à une

¹⁰⁶ Fayn M-G. (2005), *La société du soin, les nouvelles attentes du consommateur*, Editions Frison-Roche, Paris, p. 20

¹⁰⁷ Bien qu'elle n'en soit pas une : en principe, elle n'est pas financée par l'impôt mais par les cotisations au compte de la solidarité nationale selon le principe assurantiel de Bismarck. Notons cependant une évolution de la structure de financement de plus en plus mixte avec à la fois les cotisations et le financement public.

¹⁰⁸ Arrêt de la Cour de Cassation qui fonde les relations médecin-patient sur le contrat médical et l'obligation des moyens (repris à l'article 32 du code de déontologie médicale). Cf. Auby J.-M. (1976), « La responsabilité médicale en France (aspects de droit public) », *Revue internationale de droit comparé* n°3, vol.28, pp.511-529.

obligation de moyens à charge pour le patient de prouver le contraire en cas de conflit. En favorisant le plus souvent le patient par ce contrat, du fait d'une certaine insécurité juridique qui pèse sur lui, le droit opère un parallèle entre la position du patient et celle du consommateur et préfigure la logique consumériste.

Depuis le début des années 80, les « affaires » ou scandales sanitaires se multiplient et avec eux, la volonté des *usagers* du système de santé de se défendre. La médiatisation des maladies iatrogènes et des infections nosocomiales met l'hôpital sur la sellette : il doit désormais reconnaître sa responsabilité.

Pour Philippe Brachet et Alain Nicquet (2001), « l'affaire du sang contaminé » a accéléré les transformations du système de santé et permis la montée des exigences consuméristes des malades¹⁰⁹. L'élément à retenir dans ce scandale, c'est qu'il entache la confiance qui existe entre les patients et ceux qui les soignent. Or, cette confiance est la base même du contrat médical existant jusque-là et par lequel le malade s'abandonne à la science du professionnel dont les aléas relevaient jusque-là de la volonté de Dieu et non des compétences du praticien.

Le patient entre en mutation avec cette obligation de responsabilité des structures et des acteurs du système de santé. La reconnaissance de la responsabilité de la structure et donc de l'administration sanitaire, par un arrêt du 25 mars 1957 du tribunal des conflits¹¹⁰ qui reconnaît la compétence des juridictions administratives, permet aux patients usagers du service public de santé de réclamer un meilleur service.

Ainsi, il est clair que le droit de la responsabilité médicale et les « scandales sanitaires » ont contribué à une transformation de la figure du patient, de son rapport au médecin et à un rééquilibrage de leurs relations au sein du colloque singulier.

1.2. Les balises d'un nouveau rapport à la santé

Le droit entame l'évolution des rapports des patients usagers à la santé et se concrétise par une nouvelle conception économique de ces rapports. S'inspirant de l'évolution des rapports entre le consommateur et les pouvoirs économiques, le rapport à la santé s'inscrit dans l'idéologie consumériste qui proclame la défense des consommateurs et leur intégration dans le cercle des acteurs économiques.

¹⁰⁹ Brachet P., Nicquet A. (2001), « Santé publique, service public : le rôle du malade- usager -citoyen », <http://www.globenet.org/aitec/chantiers/sp/resumsp/sante.htm>, janvier.

¹¹⁰ Par cette décision, le tribunal des conflits fixe la compétence des juridictions administratives pour les dommages survenus aux usagers de l'hôpital public. Cf. Auby (1976), Op.cit.

Au-delà de la sphère économique, l'idéologie consumériste se matérialise en « *lobby anti-lobby* » pour faire entendre des revendications au niveau institutionnel et dans la sphère politique. Autrefois pris à témoin contre la loi du marché et les abus des producteurs et distributeurs de biens, l'Etat est désormais pris à partie.

De nombreux exemples illustrent la prise à partie de l'Etat dans des situations de misère sociale. L'événement créé par l'association « Les Enfants de Don Quichotte », fin 2006, en est un exemple. Interpellée par la situation des mal-logés, cette association a pris à témoin l'opinion publique¹¹¹ puis à partie le gouvernement français de Dominique de Villepin, afin qu'il y réponde par des mesures concrètes. La pression sociale suscitée a notamment conduit à l'instauration du droit opposable au logement.

En matière de santé, le coût de plus en plus élevé des soins et l'appel à une plus grande implication financière des usagers ont amorcé l'évolution du rapport à la santé au travers d'une contrepartie juridique entre droits et obligations.

Ainsi, le recours à la contribution et à la responsabilisation des usagers pour répondre à l'objectif de maîtrise des dépenses de santé a entraîné comme contrepartie l'institution des principes de « *l'accountability* ». Par ces principes, les usagers ont pu obtenir des droits pour s'assurer de la bonne utilisation de leur contribution notamment à travers l'évaluation, une pratique encore peu appréciée dans l'ensemble des services publics.

Décrétée en 1996, avec la création de l'ANAES, Agence Nationale d'Evaluation en Santé¹¹², l'évaluation des pratiques professionnelles n'est pas la seule concession en faveur des usagers et en contrepartie de leur implication financière. La mise en œuvre de pratiques managériales et d'outils de performance en sont d'autres illustrations. De même, l'introduction des usagers au sein du conseil d'administration des hôpitaux est une révolution de la pratique du secret ancrée dans la culture des professionnels de santé et consolidée par le secret médical.

Au-delà donc du processus sociologique de démythification du statut médical grâce aux progrès scientifiques, les évolutions juridiques et économiques ne cessent de manifester le parti pris en faveur du rééquilibrage des rapports entre le système de santé et les patients, entre l'administration sanitaire et ses usagers.

¹¹¹ Par l'installation de tentes sur les bords de la Seine à Paris ou sur la Place Bellecour à Lyon

¹¹² L'ANAES est devenue depuis l'HAS, la Haute Autorité de la Santé

2. Les usagers dans la gouvernance du système de santé : la trame d'un contexte bouleversé

La loi de 2002 sur les droits des malades est la suite logique d'une lignée de production normative ayant pour objectif la meilleure prise en compte des exigences des usagers du service public : les lois de 1978, 1979, la loi de modernisation des services publics de 1989 ou loi Rocard, la réforme Juppé de 1995, etc.

La réforme hospitalière de 1991 et les ordonnances de 1996 ont pour finalité une meilleure satisfaction des usagers du système de santé. Mais la loi de 2002 est spécifique en ce sens qu'elle vise particulièrement une catégorie des usagers. Cette catégorie, naturellement, en position de faiblesse du fait de la maladie, se voit octroyer le droit de revendiquer des soins de meilleure qualité et un système efficace et performant. C'est une révolution dans la relation soignant-soigné ; c'est certainement une évolution vers un consumérisme médical.

Saisies de cette nouvelle réglementation, les associations de malades et d'usagers de la santé, déjà admis au conseil d'administration des hôpitaux depuis 1996, en ont compris les enjeux. Il n'est donc pas surprenant, aujourd'hui, d'entendre ci et là les craintes d'une montée du consumérisme au sein de nos hôpitaux. Parce que l'hôpital est devenu, pour des *citoyens* de plus en plus exigeants, un service public comme tous les autres et du fait de la reconnaissance des droits, les usagers citoyens ont une place nouvelle dans cette institution, affirmée par la démocratie sanitaire.

Luc Audouin et Martine Orlewski (2000), praticiens, décrivent leur expérience de l'évolution de la relation entre patients et médecins en reconnaissant que « *la relation entre le docteur et son patient a toujours été marquée, il est vrai, du sceau du pouvoir* »¹¹³. Pour ces auteurs, la consultation se présente souvent sous la forme d'une sujétion pour le malade parce qu'elle confronte, dans ce microcosme qu'est le cabinet médical, la population des « *gens debout* » ou « *bien-portants* », représentée par le médecin, et celle des « *gens couchés* » ou « *souffrants* », représenté par le malade.

Le patient, *souffrant*, est par cette nature même, et par l'acte médical, *l'objet* de la médecine et du médecin qui le consulte. Le passage du statut d'objet à celui de sujet n'est, par conséquent, pas évident. En tant qu'acteurs du système de santé, les usagers ont à relever le défi d'un positionnement à égalité avec les autres acteurs, non pas « couchés » comme les patients, mais « debout » en tant que parties prenantes.

¹¹³ Audouin L., Orlewski M. (2000), *Du patient au client, l'art de fidéliser la clientèle médicale*, MMI Editions, p.7.

Le secteur économique a montré que ce défi, peu évident, n'est en rien utopique. En effet, le **consommateur**, longtemps exclu des parties prenantes économiques, a réussi son intégration dans le cercle des acteurs de la vie économique. En mettant en avant l'importance de la consommation dans le système économique¹¹⁴, il a su imposer sa légitimité légale et pratique dans les instances de gouvernance économique.

Si le patient a été reconnu en tant que « *consommateur* », notamment en Droit Communautaire Européen¹¹⁵, c'est à travers la notion d'usagers que lui est offert le pouvoir de s'imposer comme partie prenante dans la gouvernance du système de santé en France notamment avec l'institution de la démocratie sanitaire. En effet, comme le précise Alain Letourmy, « *la reconnaissance officielle de la démocratie sanitaire comme principe de fonctionnement du système de santé date de la loi du 4 mars 2002* »¹¹⁶. La démocratie sanitaire en tant qu'aspect de la démocratie participative a conduit à la création des représentants des usagers comme acteurs de la gouvernance du système de santé. Véronique Ghadi (2009 : 18) illustre bien nos propos en précisant qu'en France, « *le système de représentation est structuré autour de la mobilisation des associations d'usagers* » contrairement à ce qui se passe dans les pays qui nous ont précédés sur la voie de la participation des usagers¹¹⁷.

Historiquement, la participation des usagers émerge dans le secteur médico-social français avec le décret n° 91-1415 du 31 décembre 1991 qui instaure les conseils d'établissement et prévoit la représentation des usagers de l'établissement et des familles. Les ordonnances Juppé de 1996 et la loi du 04 mars 2002 vont ensuite poser le cadre d'une participation des usagers du secteur sanitaire avec l'octroi des droits collectifs.

Ce tableau propose un récapitulatif des droits collectifs des usagers du système de santé, représentants, patients, proches, bénévoles...

Tableau n° 3 : Les droits collectifs dans la loi du 04 mars 2002

Droits	Destinataire proclamé
---------------	------------------------------

¹¹⁴ Adam Smith, père fondateur de l'économie libérale, écrit lui-même que la consommation est la seule finalité de la production. C'est une reconnaissance de la place des consommateurs dans le système économique.

¹¹⁵ Titre XI du Traité CE : l'article 153 dispose que pour « *promouvoir l'intérêt des consommateurs et assurer leur protection, la communauté contribue à la protection de la santé* », in Cultru C. (2004), « Patient ou consommateur », *Droit, déontologie et soin*, n°1, vol. 4, mars, p. 36.

¹¹⁶ Letourmy A. (2009), "La participation des usagers, ou la démocratie sanitaire en marche", *Actualité et dossier en santé publique* n°68, septembre, p.2.

¹¹⁷ Au Canada, dit-elle, c'est la mobilisation du citoyen qui est admise. A noter que c'est un rapport du Haut Comité de la Santé Publique inspirée des l'expérience canadienne qui décrit, en 1994, la « *la nécessité d'une plus grande participation ou mobilisation collective des usagers* » du système français (Albertini, 2009), in Caniard E., Ghadi V. (2009), « Associations et représentation des usagers », *Actualité et dossier en santé publique* n° 68, septembre 2009.

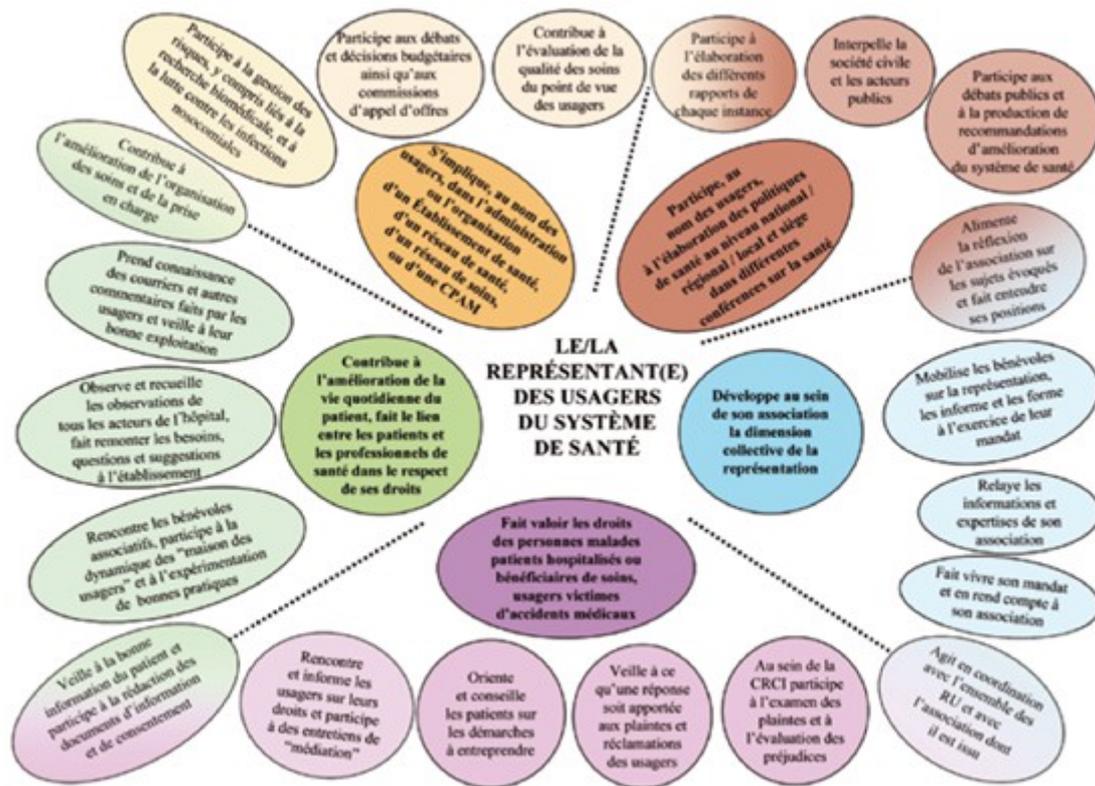
1. Droit de bénéficier d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.	« Usagers », « personnes malades et <u>leurs proches</u> »
2. Droit de participation au fonctionnement du système de santé	« Les usagers »
3. Droit d'être représenté par les associations agréées	« Les usagers du système de santé »
4. Droit à une formation facilitant l'exercice du mandat de représentant des usagers.	« <u>Les représentants des usagers</u> »
5. Droit de bénéficier du congé de représentation	« <u>Les salariés, membres d'une association agréée</u> »
6. Droit de soutenir toutes personnes accueillies dans l'établissement (en tant qu'« acteur collectif des soins »)	<u>Bénévole des associations agréées</u>

Source : Claveranne J.-P., Vinot D., Rousset G., Mbouna N. et alii. (2006)

En pratique, la démocratie sanitaire implique la participation des usagers aux instances décisionnelles et consultatives dédiées à l'orientation et à la définition des politiques de santé.

La figure suivante nous donne l'ampleur du travail des représentants des usagers, estimés à 16 000, dans le système de santé français.

Schéma n° 6 : L'action des représentants des usagers dans le système de santé



Source : Guide Ciss, 2008, p.23.

D'après ce schéma, la représentation des usagers s'organise dans cinq champs définis par la participation à la gouvernance du système de santé à travers l'implication dans les CA (brun) et dans les conférences de santé (marron), le soutien aux usagers (vert), la défense des droits (parme) et la promotion des droits (bleu).

En ce qui concerne la participation à la gouvernance hospitalière, la loi de 2002 se donne pour objectif d'accroître la représentation des usagers en mettant en place une meilleure implication de ces derniers notamment à l'hôpital. En effet, ce texte étend l'implication dans la gouvernance initiée en 1996 par la participation au conseil d'administration en créant la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge dont le but est de placer les usagers « au cœur du processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge à l'hôpital »¹¹⁸. Dans cette même logique, le texte renforce le nombre de représentants dans la gouvernance hospitalière. Ce nombre passe de 2 à 4 titulaires dont 2 au CA¹¹⁹ et 2 en Cruq sachant qu'il est susceptible d'atteindre 6 (en y intégrant les 2 représentants suppléants en Cruq).

¹¹⁸ Albertini L., (2009), « Association et participation des usagers », *Actualité et dossier en santé publique* n° 68, septembre, p.15.

¹¹⁹ La réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière de 2005 (NGH) a fait passer ce chiffre de 2 à 3.

On voit au fil des réformes, une volonté d'accroître l'implication des usagers en tant qu'acteurs du système. Si cet activisme est dans ses origines de nature « revendicateur », on peut affirmer avec les usagers aujourd'hui qu'il s'agit de rechercher les moyens d'une collaboration réussie.

D'un activisme contestataire, qui a permis l'émergence du phénomène, ils aspirent à un activisme participatif qui permette la collaboration. Cet extrait du guide Ciss 2008 nous rappelle les enjeux de la relation existante ou à tisser entre les usagers et le système de santé :

Encart n° 1 : Extrait du rapport d'activité du Cissra 2008

Point de vue des RU sur leurs mandats et relations avec les élus, tutelles sanitaires et professionnels de santé

- Un RU formé devient un partenaire
- Un RU est un garde fou : il réinstalle le dialogue autour de sujets moins abordés car plus conflictuels (exemple de la coopération entre le public et le privé)
- Le RU est force de proposition, acteur et accompagnateur du changement même si certains se complaisent encore dans un discours de RU potiche, alibi ou caution
- Être RU est une tâche difficile et chronophage mais variée et passionnante

Source : *Rapport d'activité Cissra, 2008*

Le problème est que cette participation, bien que consacrée par le droit et progressivement instituée, continue de susciter des débats quant à la place ou à l'effectivité de leur participation. En effet, les spécificités du système de santé, du « bien santé », des compétences requises pour statuer sur le système sont autant de points de doute concernant la capacité des usagers à tenir ce rôle.

Continuellement baladés entre « *alibi* » et « *faire-valoir* », les usagers du système de santé bouleversent incontestablement le système de gouvernance.

2.1. La participation des usagers dans la gouvernance, « jeu trouble »

L'intégration des usagers à la gouvernance du système de santé interfère à la fois sur le fonctionnement des acteurs et sur la coexistence des logiques de régulation, notamment dans le cadre de la définition des politiques de santé et les organes consultatifs dans le cadre de l'orientation des politiques de santé.

La participation des usagers aux décisions du système de santé modifie la composition des « îlots bureaucratiques » en introduisant également une logique de régulation jusque-là inexistante dans le fonctionnement du gouvernement.

La nouvelle logique de régulation qui s'ajoute aux quatre logiques traditionnelles peut être envisagée comme une logique d'usage que certains qualifient de consumériste.

Ces bouleversements posent comme problème, la question de la place des usagers au sein des instances traditionnelles et davantage celle de leur influence à travers la question de l'ascendance de la logique consumériste sur les quatre logiques traditionnelles.

Nous venons de le voir, l'entrée des usagers dans la gouvernance du système de santé entraîne, dans ce contexte déjà mouvementé, une modification des instances traditionnelles et suppose une modification dans l'articulation des logiques de régulation. Par ailleurs, les réformes successives tentent de répondre à la clarification de la gouvernance hospitalière. Ces bouleversements et ces réformes rejoignent ainsi la position de Jean-Marie Clément (1995) qui met la question de la gouvernance au centre des réformes :

« n'est-ce pas autour de qui fait quoi c'est-à-dire de la notion de pouvoir que la nécessaire réforme de l'hôpital doit s'articuler ? ».

L'analyse de l'hôpital sous l'angle de la « *corporate governance* »¹²⁰ nous semble inévitable à ce stade de la réflexion. Par ailleurs, elle nécessite de comprendre les acteurs, leur rôle et les enjeux sous-tendus. Dans ce cadre, l'apport de Jean-Marie Limpens (2003) nous a permis d'en retenir les éléments essentiels :

Les *shareholders* à l'hôpital

Le terme de *shareholders* désigne les actionnaires. Cependant, pour Limpens, le cadre de l'hôpital impose de parler plutôt de propriétaires. Là encore, il faut, selon nous, apporter une nuance. Si dans le langage commun, les propriétaires de l'hôpital sont publics et divers, l'Etat, le département ou la commune, il s'agit plutôt de responsabilité que de propriété. En effet, l'hôpital est de la responsabilité d'une collectivité publique ou locale en tant que représentant du citoyen.

La notion d'actionnaires est exclue car il n'y a pas de porteurs de parts rémunérées par les dividendes (logique financière). Cependant, il existe bien une logique d'action qui met en scène un agent et un principal. Nous retrouvons donc le schéma d'analyse « principal /

¹²⁰ Limpens J.-M. (2003), "La gestion d'un hôpital sous l'angle de la *corporate governance*", in BUDET J.-M., Op.cit.

agent », fondamental aux questions de gouvernance. Ce schéma n'est pas hasardeux dans la logique publique car il constitue une relation des plus fréquentes des démocraties participatives¹²¹.

La particularité du public dans la question des *shareholders* ne s'arrête pas à la désignation des collectivités publiques comme acteurs. D'autres éléments que nous développons ci-dessous sont à prendre en compte. Ces éléments relèvent de la conception pour laquelle l'analyste opte, qu'elle soit sociologique, politique, gestionnaire, juridique, et certainement du concept politique de propriété dans laquelle il se situe.

Une conception de l'Etat mandataire peut conduire à affirmer que le citoyen est le principal. En effet, par le principe de la démocratie représentative, il délègue à la collectivité l'autorité d'agir, en son nom en tant que propriétaire de l'établissement public. L'objectif est ici d'annuler les intérêts individuels et manifester l'intérêt général. Ce premier contrat, premier palier relationnel dans les activités de l'Etat, crée de fait une relation d'agence entre le citoyen, principal et l'Etat agent.

Dans la même logique, mais sur un palier inférieur, l'Etat en tant que tutelle et autorité de régulation des rapports sociaux est le principal, à l'hôpital, face au corps professionnel. Ces derniers sont donc des agents qui doivent agir au mieux de l'intérêt du principal, de l'intérêt général. La mise en place d'un système de gouvernance performant répond au souci de performer l'intérêt de son principal (premier palier) et de contrôler, au nom de la contribution citoyenne, l'action de l'agent (deuxième palier), le professionnel.

La détermination du principal et de l'agent comme acteurs de la gouvernance s'impose comme enjeu dans la propriété publique. En effet, là où les théories de l'agence se consacrent à la notion de « *nœud de contrat* » fait de relations d'agence de même palier, une notion supplémentaire survient, celle de « cascade de relations d'agence ». Cet élément apporte à la gouvernance hospitalière un caractère singulier.

Les *stakeholders* à l'hôpital

C'est l'ensemble des personnes qui affectent ou sont affectées par le fonctionnement de l'hôpital.

Traditionnellement, les personnes qui affectent le système sont principalement les professionnels et les autorités de la santé dont le rôle et la zone d'influence sont divers. L'organe directionnel fonde son influence sur un pouvoir légal de décision tandis que le corps médical se repose sur le pouvoir technique et absolu de prescription. Ces acteurs sont des

¹²¹ *Dictionnaire des politiques publiques*, les presses de Sciences-po, 2004.

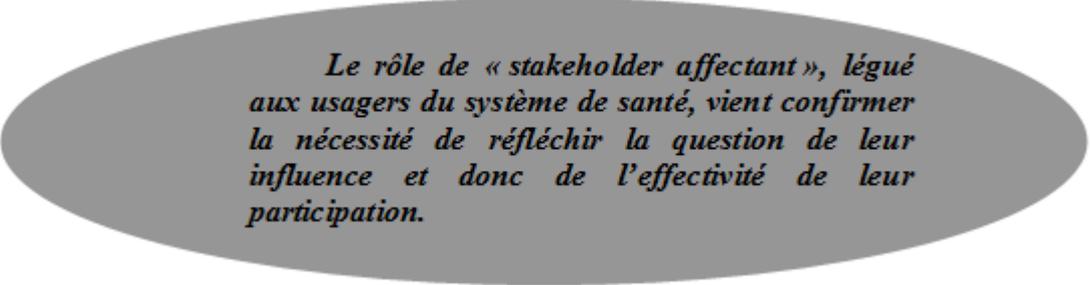
stakeholders affectants. Dans ce cadre, les personnes affectées sont les patients qui bénéficient du système pour améliorer leur état de santé. Ils sont donc les *stakeholders affectés*.

Avec le droit de participation, les patients sont devenus à la fois *acteurs affectés* (patients) et *acteurs affectant* (administrateur ou consultant). Ce double positionnement constitue un autre élément de contexte caractéristique d'une gouvernance singulière.

2.2. Les usagers comme stakeholders, « trouble-fête » ?

Depuis l'intégration des usagers au système de gouvernance du système santé, ils sont à la fois *stakeholders affectants* et *stakeholders affectés*.

L'ordonnance de 2005 confirme ce double positionnement. Cependant, notre recherche se limite à l'analyse du nouveau rôle d'*acteur affectant* en laissant en marge le rôle d'*acteur affecté*.



Le rôle de « stakeholder affectant », légué aux usagers du système de santé, vient confirmer la nécessité de réfléchir la question de leur influence et donc de l'effectivité de leur participation.

Notre recherche s'intéresse fondamentalement à l'analyse de la nature de partie prenante avec une approche critique sur l'effectivité de leur participation.

3. Le nouveau management public comme grille de lecture : un essai non confirmé

3.1. Des usagers dans le management public français

Notons avec Luc Audouin et Martine Orleswski¹²² qu'à l'origine, les mots « patient » et « client », très proches, définissaient à Rome un plébéien qui se mettait sous la dépendance

¹²² Audouin L., Orleswski M., (2000), Op.cit.

d'un praticien appelé « patron », où les prescriptions (de *Praescriptum*, ce qui est écrit et est prioritaire) et les ordonnances¹²³ faisaient force de loi.

Si l'autorité du médecin est toujours liée à cette capacité de prescrire une conduite thérapeutique au patient, le nouveau management public a conduit à la modification du rapport d'autorité. En effet, de nombreuses lois ont profité à l'émancipation des usagers y compris ceux du système de santé (les patients effectifs ou potentiels) en instaurant une participation plus active des usagers sous le « label » de la démocratie participative.

En matière d'urbanisme, par exemple, les usagers ont été appelés à se prononcer dans des débats de concertation, au sujet de grands projets d'urbanisme notamment dans les phases d'enquête publique des Plans de déplacement urbain (PDU) ou des Plans locaux d'urbanisme (PLU). C'est dans ce cadre que le projet « confluence » du Grand Lyon a mis en place une participation plus active des usagers avec les associations de riverains du quartier de la confluence dont le Musée des Confluences est une facette.

Cette participation active est également présente depuis longtemps dans le secteur de l'environnement, aboutissant de plus en plus sur des partenariats productifs entre les entreprises de ce secteur et les associations ou organismes de défense de l'environnement dans le cadre du partenariat sociétal¹²⁴. Au regard des enjeux de pouvoir en cause, ces rapports de partenariat sont parfois sereins et parfois conflictuels comme actuellement entre l'association Greenpeace et la société EDF en France¹²⁵.

De manière plus anecdotique, le monde politique a intégré cette conception démocratique lors des dernières élections présidentielles en France qui ont vulgarisé le concept de démocratie participative avec les débats citoyens instaurés par l'un des candidats au moment de l'élaboration du programme de campagne.

Dans le secteur sanitaire, l'évolution est toute récente et même naissante. Depuis la loi du 4 mars 2002, les usagers ont acquis des droits individuels et collectifs. L'essentiel des droits collectifs concerne la représentation et la participation aux politiques de santé. C'est ainsi que TERENCE JUAN fait le constat suivant dans sa thèse de doctorat (2003) : « *Le système sanitaire est entré dans une nouvelle ère, marqué par l'émergence d'un nouveau pouvoir, légitime : le*

¹²³ « Une ordonnance signifie la promulgation des décisions qui font force de loi », *idem*.

¹²⁴ De nombreux travaux étant disponibles dans la littérature, nous n'en ferons pas étalage. Mais quelques références sont citées note de bas de page au chapitre 4.

¹²⁵ En début d'année 2009, l'association Greenpeace a assigné EDF, la compagnie française d'électricité, en justice pour espionnage industriel en soutenant que la société d'électricité a espionné les ordinateurs de certains dirigeants de Greenpeace car l'association était sur le point de publier un rapport sur le nucléaire en France visant à mettre en exergue les enjeux et les dangers de ce mode de production de l'énergie.

pouvoir des usagers »¹²⁶. Ce pouvoir légitime en fait naturellement, dans le sens d'une évolution socio-juridique de la notion de patient, un acteur de sa santé, une partie prenante au système de santé en théorie.

Dans la pratique, les auteurs du management public ont admis l'existence d'une influence exercée par les usagers dans le système de gouvernance. Nous exposons ici le point de vue d'Annie Bartoli (2002), en ce qu'il propose une réponse à la question du rôle des usagers dans le nouveau management public.

3.2. La configuration de Bartoli et l'influence des parties prenantes

Les travaux d'Annie Bartoli sur le management des organisations publiques (2002) analysent les spécificités du management public. Elle y expose une représentation des acteurs clés du changement¹²⁷.

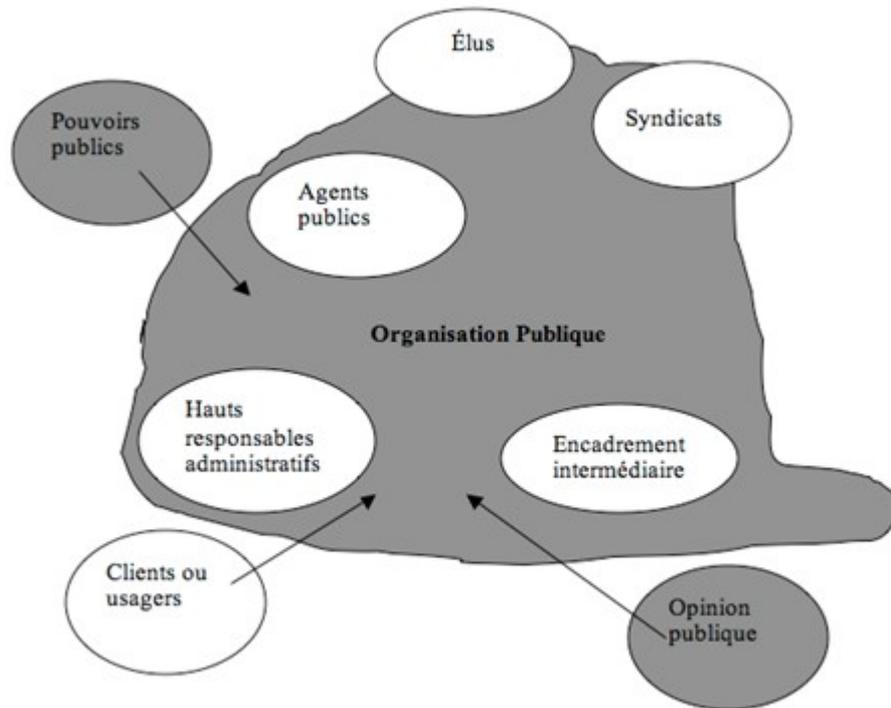
La configuration de Bartoli opère une distinction entre acteurs internes et acteurs externes. Elle décrit « *une configuration aux contours perméables* » dans laquelle les usagers sont, avec les pouvoirs publics et l'opinion publique, des acteurs externes.

L'ensemble de ces acteurs, internes et externes, constitue en théorie de la gouvernance, des parties prenantes car ils ont, chacun à leur niveau, un lien d'influence (ils influencent ou sont influencés) avec l'organisation publique.

Schéma n° 7 : Influence des parties prenantes dans le management public

¹²⁶ JUAN T. (2003), *Les associations d'usagers et le service public hospitalier*, Thèse de doctorat en droit, Université d'Aix-Marseille III, p.35.

¹²⁷ Bartoli A., (2002), *Le management des organisations publiques*, Puf, p.272.



Adapté de Bartoli, 2002

A partir de cette configuration où pivotent des acteurs aux dimensions et fonctions différentes, nous retenons que :

- La configuration de Bartoli distingue, dans ce moult d'acteurs partenaires, des **acteurs internes** (les agents publics, les hauts responsables administratifs ou les personnels d'encadrement) ayant une influence plus ou moins dominante et des **acteurs externes** (les usagers, l'opinion publique, les pouvoirs publics) avec une influence spécifique. Cependant, certains acteurs sont à mi-chemin entre le rôle d'acteur externe et interne, il s'agit des élus et des syndicats, ce qui conduit à rendre à la configuration des contours perméables.
- La configuration de Bartoli répartit le lien d'influence au sein de l'organisation publique de la manière suivante : les pouvoirs publics influent sur le système en impulsant en amont les politiques et en les validant en aval. L'opinion publique participe par une pression populaire dont l'enjeu est d'inciter ou de freiner les choix politiques. Les usagers, quant à eux, interviennent par leurs attentes sur l'orientation et le choix des politiques.
- Cependant, la configuration générale des acteurs clés du changement doit être déclinée au cas par cas pour chaque organisme public. En tant qu'organisme public, l'hôpital

est concerné par l'influence réelle ou potentielle de ses différentes parties prenantes internes mais aussi externes. Notons que l'évolution vers la prise en compte des parties prenantes, assez récente dans le management des organisations avec la responsabilité sociale des entreprises, est très récente pour les organisations publiques.

A travers l'analyse de Bartoli (2002), on peut noter que c'est par la définition de leurs attentes que la participation des usagers est prise en compte.

Pour nous, il s'agit d'une participation passive, par la reconnaissance de l'acteur affecté, dans la mesure où les attentes des usagers sont définies sans prise en compte de leur avis. Seul l'intérêt général décidé par les professionnels construit les priorités sanitaires.

L'analyse de la participation des usagers en tant qu'acteur « *affecté* » de la gouvernance publique s'inscrit dans la logique de Max Clarkson (1995). En effet, cet auteur décrit les usagers (client ou bénéficiaire du service public) comme des parties prenantes primaire ou volontaire « *pouvant disposer d'un droit issu de relations contractuelles* ». Dans le contexte de la mission de service public comme contrat établi entre l'Etat et l'établissement pour le bienfait des usagers, ces derniers sont des parties prenantes à pouvoir d'influence limité voire absent.

Bien qu'elle propose une évolution de la place des usagers dans le management public par le caractère perméable de la configuration, Bartoli (2002) s'inscrit dans un ordre qui est celui des usagers « *affectés* », ce qui ne répond pas à notre démarche d'envisager le rôle des usagers « *affectants* ». **Cependant, elle nous invite à recourir au concept de gouvernance pour nous inscrire dans un cadre d'analyse des parties prenantes.**

Conclusion du chapitre 1 :

L'introduction des outils de management dans le monde hospitalier, dans les années 90, a été ressentie comme une révolution. Certains spécialistes ont même craint la transformation des établissements de soins en de gigantesques S.A sans âmes, reniant ainsi leur fondamentale mission de prise en charge de la misère de l'homme.

Parce que « *la révolution n'est pas dans le progrès des outils, ...(mais) dans les organisations qui utilisent ces outils* »¹²⁸, nous pouvons dire que l'hôpital n'a eu que les changements qu'il attendait. Ainsi, il s'est accommodé des outils de gestion d'entreprise sans renier ses missions de service public, notamment le respect de son statut d'établissement

¹²⁸ Chaize J. (1992), Op. cit., p.19.

public à but non commercial. Les notions de compétitivité, d'attractivité et autres figures du libéralisme économique n'ont pas, par leur entrée dans la sphère hospitalière, transformé ce garant du service public en entreprise privée. En caricaturant un peu la théorie économique et notamment l'économie de la santé, nous pouvons dire que « *admettre que la santé a un coût ne signifie pas qu'on lui affecte un prix* » !

Parce que « *les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple* », nous devons reconnaître que « *l'animal politique* » tend à prendre le dessus sur l'homme social et que le pouvoir est devenu le pivot du fonctionnement de nos organisations et ce, même dans nos hôpitaux. C'est par l'organisation des rapports entre les hommes que chaque organisation devient ou pas performante. Autrefois périphérique au centre de production, le centre de décision est devenu « le centre » de l'organisation, notamment avec l'aide du développement de l'outil informatique. En effet, le pouvoir est désormais aux mains de celui qui a le savoir et l'information.

L'application des principes de gouvernance à l'hôpital semble n'être que la suite logique de cette histoire croisée entre l'entreprise et l'hôpital. La « *corporatisation* » de l'hôpital, décrite comme l'application des principes de gouvernance à l'hôpital, nous amène donc à nous pencher sur ces principes, leur fondement, leurs caractéristiques et les enjeux qu'ils induisent.

Nous verrons, successivement, le concept de gouvernance d'entreprise dans ses fondements et ses différentes approches, puis nous situerons notre recherche dans le cadre d'une conception qui réponde à la spécificité de l'objet de gouvernance étudié.

Chapitre 2 La gouvernance d'entreprise, fondements et approches

« On ne peut pas inventer les idées. Il faut les chercher où elles sont, chez Platon, Aristote, Descartes ou gens comme cela ».

Alain, *Propos sur les pouvoirs*, 1985.

SECTION 1

La Gouvernance d'entreprise : Des fondements libéraux à une théorie renouvelée de la régulation

1. Gouvernance et Gouvernement d'entreprise : essai de distinction
 - 1.1 Confusion de la théorie ou des pratiques ?
 - 1.2 Un essai de distinction, par Roland Pérez
2. Gouvernance d'entreprise : « *unitas multiplex* »
 - 2.1 Des définitions multiples
 - 2.2 Une préoccupation unique : la régulation des conflits d'intérêts
 - 2.3 Du système de gouvernance

SECTION 2

Des origines et des approches de la gouvernance des entreprises

1. Les fondements de la gouvernance, pratiques et théories
 - 1.1 Une pratique ancienne mais une théorie récente
 - 1.2 Les théories fondatrices
2. Les supports théoriques de la gouvernance d'entreprise
 - 2.1 Les théories du modèle *Shareholder*
 - 2.2 Les théories du modèle *Stakeholder*
3. Les approches de la gouvernance d'entreprise
 - 3.1 L'approche actionariale ou l'entreprise comme « *nœud de contrats* »
 - 3.2 L'approche partenariale ou l'entreprise comme « *nœud d'investissements* »
 - 3.3 L'approche cognitive ou l'entreprise comme « *nœud de processus décisionnels* »

Introduction du chapitre 2 :

Traduit de l'anglais, la « *corporate governance* » définit, aujourd'hui, à la fois la gouvernance des entreprises mais aussi leur gouvernement. En effet, comme nous tenterons de le souligner dans notre première section (**Gouvernance et Gouvernement d'entreprise**), le concept d'origine a connu au fil des interprétations une évolution voire une certaine confusion entre les notions de gouvernement d'entreprise et de gouvernance d'entreprise.

D'abord exclusif au monde des entreprises cotées en bourse, la gouvernance s'étend désormais au secteur non lucratif tels que le « non-profit sector » américain, la solidarité

mondiale avec les recommandations de la Banque Mondiale, le secteur de l'environnement ou le secteur public français (gouvernance publique) comme le secteur sanitaire.

Bien loin des enjeux qui l'ont fondée et des auteurs qui l'ont défendue comme instrument de régulation et garant de l'intérêt des propriétaires de la firme, la gouvernance d'entreprise doit répondre aujourd'hui à de nouveaux défis spécifiques à la notion d'entreprise socialement responsable, dans le secteur privé, et au management des organisations publiques, dans le secteur public.

A l'instar des nombreux concepts et modèles de l'entreprise qui se sont immiscés dans le fonctionnement des structures publiques¹²⁹, la gouvernance est une préoccupation ancrée dans les champs du sanitaire et du social. En effet, les réformes successives qui ont porté la régulation sanitaire, depuis la loi de 1970 portant planification sanitaire jusqu'à la loi HPST 2009, réitèrent l'importance de ce concept de gouvernance dans le management des structures sanitaires et sociales.

La réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière, lancée en 2005, pour répondre à une crise stigmatisée par la canicule de 2003, démontre de la nécessité de composer avec ce concept pour réfléchir le monde sanitaire actuel.

La nouvelle gouvernance hospitalière implique une gouvernance nouvelle du système de santé et par conséquent une conception nouvelle des relations de pouvoir dans le système de santé. Intégrés par les ordonnances de 1996 dans l'arène du pouvoir à l'hôpital, les usagers du système de santé, par le biais de leurs représentants, ont depuis vu s'élargir leur champ de participation à la gouvernance du système de santé.

Plus récemment, la loi HPST 2009, son intitulé¹³⁰ et au-delà ses préoccupations, suggère à la prise en compte du patient une place aussi importante que la prise en compte des enjeux territoriaux dans la bonne marche du système de santé notamment à l'hôpital.

L'intégration des usagers du système de santé, comme parties prenantes, à la gouvernance d'abord hospitalière puis du système de santé tout entier, n'a pas manqué de soulever des questions quant à l'effectivité de cette participation.

Il n'est un colloque¹³¹, un séminaire, une journée d'étude ou autre publication sur les droits des usagers et la participation des usagers qui ne soulève la question de la gouvernance du

¹²⁹ Performance, contrôle de gestion, nouveau management public...

¹³⁰ La loi Hôpital, patients, santé, territoires est la première qui lie les patients à leurs structures dans son intitulé et qui accorde la même place, un des quatre volets, le deuxième, au patient.

¹³¹ Entretiens Jacques Cartier, décembre 2006 ; EHMA annual conference, juin 2007 ; Colloque SFSP, novembre 2007 ; Colloque Ciss, janvier 2009, Colloque SFSP, octobre 2009.

système de santé et la place des usagers dans cette gouvernance. Partant de ce constat, il nous est apparu nécessaire de revenir aux fondements du concept de gouvernance et à ses approches théoriques pour réfléchir un mode de gouvernance possible dans le système de santé.

Clairement, la prise en compte du pouvoir des usagers est devenu un enjeu de management du système de santé à la fois pour :

- Responsabiliser les usagers (motif de résorption du « trou de la sécu », *financier*),
- Déresponsabiliser les professionnels (motif de freinage de la « judiciarisation » de la relation médicale, *juridique*)
- Protéger les autorités (motif de la pénalisation par les urnes, *politique*).

Trois motifs financier, juridique et politique, et la messe est dite ! Désormais, les usagers ont droit à la parole et à la participation. ***Mais alors, comment se traduit cette participation, et qu'en faire lorsqu'on est un manager du sanitaire ?***

Ainsi est né le débat sur la place des usagers dans le système de santé, très clairement défendu par Etienne Caniard, Pierre Lascoumes, Claude Evin, ... des acteurs de renom de la réflexion sur le système de santé français. Ainsi se sont développés les débats sur les enjeux de la participation des usagers dans le management des structures sanitaires et sociales. Ainsi est apparue une question de recherche, celle de l'effectivité de la participation des usagers, notamment à la gouvernance du système de santé.

Gouvernance, mot unique aux compréhensions multiples ; gouvernance d'entreprise, concept ancien mais remis au goût du jour par la place importante de la finance et la globalisation des échanges, la conjoncture économique et certainement la convergence des pratiques de management du privé et du public. C'est ce que nous abordons dans ce chapitre 2 à travers une revue de littérature critique.

Nous traiterons ainsi dans la section 1 l'histoire et les fondements de la gouvernance d'entreprise, comme théorie de la régulation, avant de voir dans la section 2 les possibles compréhensions de son application, en tant que garant des intérêts actionnariaux ou partenariaux.

Section 1 La Gouvernance d'entreprise : Des fondements libéraux à une théorie renouvelée de la régulation

La forme actuelle de la gouvernance d'entreprise apparaît aux Etats-Unis puis se diffuse en Europe sous diverses formes. C'est ainsi que l'on retrouve différentes approches de la gouvernance dans l'économie mondiale. Ces différentes approches découlent d'une interprétation « culturalisée »¹³² de la pratique anglo-saxonne de la « *corporate governance* » : chaque pratique capitaliste ayant produit son propre modèle de gouvernance parmi lesquels les modèles anglo-saxon, rhénan, français, japonais ou méditerranéen.

Au niveau théorique, la notion de gouvernance d'entreprise intègre à la fois le concept de gouvernance d'entreprise et celui de gouvernement des entreprises, posant ainsi la question de leur relation.

Les concepts de gouvernance et de gouvernement d'entreprise sont étroitement liés dans leur compréhension ainsi que dans leur application. C'est certainement la raison pour laquelle la majorité des acceptions opère une confusion entre les deux notions. Si cette distinction ne constitue nullement un enjeu pour notre recherche, et au-delà même au sens de la pratique, elle est un élément de compréhension des concepts étudiés. C'est pourquoi nous souhaitons en faire un bref état ci-dessous.

Pour Roland Pérez (2003) et Michel Capron (Parrat, 2003) il existe une distinction. Roland Pérez (2003) considère que la gouvernance est le résultat de l'articulation entre le gouvernement (structures et procédures figées) et les comportements (imprévisibles). C'est ce qu'il appelle le paradigme SPC¹³³. Quant à Frédéric Parrat (2003), il définit le gouvernement comme l'ensemble des relations entre les acteurs gouverneurs (dirigeants) et les partenaires (actionnaires, fournisseurs, créanciers...). Le gouvernement d'entreprise serait donc l'ensemble des dispositions d'un système visant à « gouverner » une entreprise. Ce système étant, bien entendu, la gouvernance. En d'autres termes et en nous alignant sur Kimon Valaskakis¹³⁴, ***la gouvernance est l'art de gouverner***¹³⁵ ***et le gouvernement l'acte.***

¹³² Nous utilisons ce terme pour parler d'une interprétation du concept empreinte de la culture socio-économique de chaque pays. Nous rejoignons ainsi l'idée développée par Roland Pérez (2003), *La gouvernance d'entreprise*, éd. La découverte, coll. Repères, Paris, 124p.

¹³³ Le paradigme SPC : Structures, Procédures, Comportements. Pour Roland Pérez, le système de gouvernance est structuré autour de ces trois (3) composantes. Ce qui lui permet également de distinguer le gouvernement de la gouvernance.

¹³⁴ Valaskakis K. (1998), « Mondialisation et Gouvernance, le défi de la régulation publique planétaire », *Futuribles* n°230, avril, pp.5-28.

¹³⁵ Budet J-M. (2003), Op.cit.

Dans cette première analyse, nous essayerons de comprendre l'articulation des deux notions, sur une base théorique, non pas en supposant un enjeu pour la pratique de la gouvernance mais pour relever les particularités de celle-ci.

1. Gouvernance et Gouvernement d'entreprise : essai de distinction

La traduction française du terme « *corporate governance* » est problématique. En effet, même si nous admettons¹³⁶ que la traduction de « *corporate governance* » est « gouvernance d'entreprise » comme l'explique Roland Pérez¹³⁷, nous constatons une constante confusion avec le « gouvernement d'entreprise » pour la majorité des théoriciens de la gouvernance.

1.1. Confusion de la théorie, confusion des pratiques

La majorité des auteurs de la gouvernance s'attache à donner une définition non pas de la gouvernance, mais du gouvernement d'entreprise à l'instar d'Edgar Morin qui assimile le gouvernement des entreprises au « *management du management* »¹³⁸. Cette définition a d'ailleurs été reprise par Roland Pérez (2003) sous la formule de « *méta management* » lorsqu'il parle, cette fois, de la gouvernance d'entreprise.

Gérard Charreaux, quant à lui, introduit un de ses articles en ces termes : « *Le thème du "gouvernement" ou de la "gouvernance d'entreprise"...* »¹³⁹ comme pour relativiser le débat qui a parfois voulu faire de la distinction entre gouvernement et gouvernance une problématique fondamentale.

Même si certains auteurs s'attachent encore à séparer clairement les deux notions (Parrat, 2003), nous remarquons qu'il existe une confusion entre les notions de gouvernement et de gouvernance d'entreprise dans la pratique. Cette confusion est, semble-t-il, naturelle parce qu'elle ne semble engendrer aucun enjeu quant à la compréhension ni à la mise en pratique des systèmes de gouvernance.

Selon les auteurs, la définition donnée au gouvernement est par d'autres attribuée à la gouvernance. Pourtant, quelle que soit la définition retenue, on retrouve toujours les deux

¹³⁶ La traduction de Roland Pérez nous semble acceptable contrairement à celle du dictionnaire Le Robert Anglais/français qui traduit « *corporate governance* » par le gouvernement d'entreprise. La confusion est alors inévitable.

¹³⁷ Roland Pérez (2003), Op.cit., p.25.

¹³⁸ Parrat F. (2003), *Le gouvernement d'entreprise*, Dunod, coll. Les topos, Paris, p.11.

¹³⁹ Charreaux G. (2003), « Quelle théorie pour la gouvernance? De la gouvernance actionnariale à la gouvernance cognitive », *Cahier du FARGO*, février, p.1.

éléments clés de tout système de gouvernance qui sont également ses buts : diriger et contrôler. Diriger la firme et contrôler le dirigeant ! C'est le fondement des approches dominantes, actionnariale et partenariale centrées sur la discipline du dirigeant.

Cette constante confusion peut tenir du fait de la traduction et de l'importation du concept. En réalité, l'importation du concept de gouvernance et sa mise en œuvre ont créé un hiatus dans sa traduction théorique et une adaptation de la pratique.

Le premier fait de confusion est que la traduction de « *corporate governance* », mot anglais, est décliné en français sous deux versions, le gouvernement et la gouvernance.

Le deuxième fait de confusion découle de l'importation d'un concept étranger et de son application. Dans ce cadre, deux opérations peuvent être réalisées : la transposition, avec aménagement et l'applicabilité directe, sans aménagement.

La transposition est, en droit, le fait d'importer une norme, au regard de l'environnement normatif d'accueil. L'applicabilité directe consiste à importer une norme sans nulles considérations des particularités locales. Ainsi, la « *corporate governance* » a été transposée, car s'adaptant à l'environnement socio-économique, et interprétée selon les usages de chaque pays qui le recevait.

L'arrivée de la théorie de la gouvernance avec ses deux notions de gouvernement et de gouvernance a ainsi conduit à un nouveau système de gouvernance dans chaque pays basé sur son propre modèle.

Le modèle anglo-saxon d'origine, est parti des Etats-Unis vers la Grande-Bretagne et les pays scandinaves, mais a connu des mutations structurelles liées à une culture d'entreprise différente en arrivant en Europe de l'Ouest et dans les autres puissances du monde, Canada, Japon, etc.

1.2. Un essai de distinction, par Roland Pérez

Dans la littérature, il semble plus aisé de dire à quelles fins les mécanismes de gouvernance sont mis en place, ou quelles sont les composantes du gouvernement d'entreprise. En revanche, il est difficile de définir distinctement le gouvernement et la gouvernance.

Pour notre part, il semble également difficile de séparer les deux notions pour différentes raisons que nous allons expliquer :

- Les tentatives de distinction se sont souvent transformées en tentative de clarification. L'expérience de Roland Pérez, que nous expliquons ci-dessous est révélatrice de la difficulté à distinguer gouvernance et gouvernement d'entreprise.
- L'évolution parallèle et presque fusionnelle des deux concepts a, selon notre analyse, fini par avoir raison des tentations de les distinguer.

Cependant, il n'est pas inutile de rappeler l'essai de distinction réalisé par Roland Pérez (2003). En effet, il voit deux raisons de ne pas confondre la gouvernance et le gouvernement :

- Une **raison linguistique** : la gouvernance d'entreprise est la traduction de « *corporate governance* » tandis que le gouvernement d'entreprise est la traduction de « *corporate government* ».

Nous approuvons cette position, bien qu'elle ne suffise pas. En effet, la traduction du dictionnaire Le Robert¹⁴⁰ définit « *corporate governance* » par « *gouvernement d'entreprise* » nous incitant à instaurer le doute sur cette conviction « pérezienne ».

La deuxième raison, qui selon lui, permet de distinguer gouvernance et gouvernement d'entreprise relève plus du fond que de la forme.

- Une **raison fondamentale** qui fait que le gouvernement vise uniquement la structure alors que la gouvernance vise « *un dispositif impliquant à la fois des institutions, des relations, des règles et des comportements* ». C'est également l'avis de Pierre-Yves Gomez¹⁴¹, du moins sur le concept de gouvernement qu'il définit comme un ensemble cohérent des dispositifs et des pratiques institutionnels de l'entreprise permettant de légitimer les décisions.

Nous voyons donc, avec Roland Pérez (2003), qu'une distinction des deux concepts est possible qu'on se situe sur un ordre linguistique, différence de traduction, ou qu'on se situe sur un ordre interprétatif. Néanmoins, la position du Robert n'est peut-être pas étrangère à la confusion des deux notions.

Par ailleurs, force est de constater que la mise en œuvre de la gouvernance intéresse plus que la définition de ses contours. Ainsi, l'idéologie dominante n'est pas dans la distinction des deux concepts, mais plutôt dans la définition de la visée instrumentale du concept anglais (d'origine) de « *corporate governance* ».

¹⁴⁰ Le Robert & Collins Senior, dictionnaire français-anglais, anglais-français,

¹⁴¹ Gomez P-Y. (2001), *La république des actionnaires : le gouvernement des entreprises entre démocratie et démagogie*, Syros, Alternatives Economiques, Paris, p. 24.

A travers les différentes définitions proposées par la littérature, nous tenterons de proposer une conception de la gouvernance d'entreprise.

2. Gouvernance d'entreprise : « Unitas multiplex ».

« Unitas multiplex : l'unité de, dans la diversité »,
Edgar Morin, La méthode : Tome 1- La nature de la nature,
Seuil, p.145

En tant que « concept-valise », la gouvernance d'entreprise nous propose de multiples approches de sa définition, en ce sens elle est un concept « *multiplex* » tout en gardant le même objectif, réguler les rapports dans le management, en ce sens elle est un concept « *unitas* » en rappel à la formule d'Edgar Morin. Nos prochains développements abordent ces aspects du concept de gouvernance d'entreprise.

2.1. Des définitions multiples

Le rapport Cadbury (1992) en Angleterre, repris en France par le rapport Viénot II (1999)¹⁴², pose les bases d'une gouvernance d'entreprise et définit la « *corporate governance* » comme « *le système par lequel les sociétés sont dirigées et contrôlées* ».

La direction et le contrôle sont également au cœur de la gouvernance d'entreprise pour Hyafil¹⁴³ qui écrit que « *le gouvernement d'entreprise recouvre l'ensemble des dispositions qui permettent de s'assurer que les objectifs poursuivis par les dirigeants sont légitimes et que les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs sont adaptés* ».

Ces approches de la gouvernance marquent sa conception originale axée sur la discipline des acteurs. Allant au-delà de l'enjeu disciplinaire, la définition de Hatchuel (2001)¹⁴⁴ place le souci de régulation au cœur de la gouvernance en la définissant comme un ensemble de « *processus et instruments qui permettent de mettre en société, de produire de la convergence parmi des acteurs dispersés et aux intérêts potentiellement divergents dans le but d'atteindre des objectifs collectifs* ».

A partir de cette définition nous pouvons dire que la gouvernance ne se contente pas de diriger et de contrôler. Elle doit, également, faire converger les intérêts des actionnaires et des managers, du moins rétablir l'équilibre du contrat passé entre l'actionnaire (propriétaire du

¹⁴² Rapport Viénot II (1999), le premier est publié en 1995.

¹⁴³ Hyafil A. (1997), « Corporate governance : une synthèse de la littérature », *Cahier de recherche HEC* in Parrat F. (2003), *Le gouvernement d'entreprise*, Dunod, Paris, p. 11.

¹⁴⁴ Cité par Didier Vinot, *Entretiens Jacques Cartier 2005* « Gouvernance des réseaux de santé », Université Jean Moulin Lyon 3, Lyon, 05 décembre 2005.

capital financier) et les managers (capital humain). La gouvernance est alors un instrument d'équilibre des rapports entre les acteurs.

Ce souci d'équilibre fait écho à un des enjeux du management hospitalier et de l'évolution du système de santé : la recherche d'un meilleur équilibre dans la relation entre le médecin et son patient, entre le système et les usagers du système de santé. En ce sens, l'analyse de la gouvernance d'entreprise peut fournir des éléments de réflexion sur les enjeux de pouvoir à l'hôpital (Mordelet, 2006) ou dans notre cas sur les liens entre la « *corporate governance* » et la participation des usagers au système de santé.

Pour les théories de la gouvernance, il existe une asymétrie dans le contrat passé entre l'actionnaire et le manager. Ce contrat peut déboucher sur un détournement du pouvoir du manager à des fins autres que celles de l'entreprise.

Les mécanismes de gouvernance sont là pour rétablir l'équilibre des rapports. Ce déséquilibre, s'il persiste, peut entraîner des conflits. Ces conflits opposent, dans le système *Shareholder*, les actionnaires aux managers et dans le système *stakeholder* les partenaires influents aux « actionnaires »¹⁴⁵ faibles. La gouvernance doit « *faire coïncider les intérêts des managers avec ceux des actionnaires* »¹⁴⁶ par l'incitation et le contrôle. C'est donc un élément important du management.

L'instrument de régulation est également reconnu par Gérard Charreaux (1997) lorsqu'il définit le gouvernement d'entreprise comme « *l'ensemble des mécanismes qui ont pour effet de délimiter les pouvoirs et influencer les décisions des dirigeants autrement dit, qui « gouvernent » leur conduite et délimitent leur espace discrétionnaire* »¹⁴⁷.

Rappelons que dans la définition de Hatchuel, il s'agit de réguler les rapports entre actionnaires et dirigeants et veiller à ce que les intérêts des uns ne bafouent pas les droits des autres. Celle de Charreaux (1997) permet non seulement de réguler les rapports mais aussi d'agir en influençant les comportements des dirigeants.

Pour Schleiffer et Vishny (1989)¹⁴⁸, la « *corporate governance* » doit, avant tout, servir les intérêts des actionnaires. Ils la définissent comme l'ensemble des « *moyens par lesquels les fournisseurs de capitaux de l'entreprise peuvent s'assurer de la rentabilité de leur*

¹⁴⁵ Les parties prenantes par leur capital, leur compétence ou leur utilité apportent un investissement ; d'où l'utilisation du mot actionnaire entre guillemets.

¹⁴⁶ Rubinstein M. (2002), « Aspects théorique et empirique de la gouvernance d'entreprise en France », *Problèmes économiques* n°2.784, 13 novembre ; Shleiffer & Vishny, 1997.

¹⁴⁷ Charreaux G. (2003), Op.cit., p.630.

¹⁴⁸ Schleiffer A., Vishny R.W. (1989), « Manager Entrenchment : The case of Manager Specific Investment », *Journal of Financial Economics*, vol.25, pp.33-49

investissement »¹⁴⁹. Selon cette approche, l'objet de la gouvernance d'entreprise est d'abord, et sans doute exclusivement, la maximisation de la richesse de l'actionnaire.

Nous retrouvons dans cette autre définition la thèse de Gérard Charreaux (1997), pour qui les acteurs visés sont expressément les dirigeants soupçonnés d'avoir trop de pouvoir : ils sont « *strong* » (en position de force) face à des actionnaires « *weak* » (en position de faiblesse) en référence à la publication de Mark Roe¹⁵⁰.

La gouvernance doit encadrer l'action des dirigeants et fournir aux actionnaires les outils pour « reprendre le contrôle » afin de rétablir l'équilibre des forces. Cet équilibre n'est reconnu que lorsque les deux éléments essentiels de la gouvernance se retrouvent dans chacun des acteurs : diriger l'entreprise (rôle des managers) et contrôler les dirigeants (rôle des actionnaires).

Comme Frédéric Parrat (2003) qui considère que la définition de Gérard Charreaux est assez large pour s'appliquer à l'ensemble des organisations y compris les collectivités publiques et l'Etat, nous pensons qu'elle convient à l'objet de notre étude, l'hôpital, notamment dans ses aspects touchant à la régulation et à la délimitation de l'espace discrétionnaire.

En effet, en tant qu'établissement public, l'hôpital est régi par les règles de droit public qui lui confèrent un statut spécial d'établissement à caractère administratif et de service public. En ce sens, l'hôpital n'a de but ni commercial ni marchand. En tant qu'organisation publique, sa gouvernance peut être abordé selon l'approche « charreauxienne » : « *délimiter les pouvoirs et d'influencer les décisions des dirigeants* »¹⁵¹.

2.2. La régulation comme unique préoccupation

La régulation des affaires a toujours été pratiquée au moyen de règles communément admises par les commerçants de toutes époques. C'est ainsi que le droit caravanier, les droits ruraux et le droit commercial ont toujours pris en compte les problèmes pouvant découler de cette dissociation entre actionnaires et managers d'une entreprise par la mise en place d'un système de régulation (Perez, 2003).

Ce système de régulation régit, entre autres, le jeu des pouvoirs, au sein d'une entreprise, entre les actionnaires, détenteurs du pouvoir financier, et les managers qui détiennent le pouvoir opérationnel.

¹⁴⁹ Cauvin C., Le Joly K. (2003), « La gouvernance de l'entreprise à l'hôpital », in BUDET J.-M., Op.cit., pp.709-712.

¹⁵⁰ « *Strong managers, weak owners !!!* » (managers forts, actionnaires faibles). Nous empruntons cette formule à la publication de Mark Roe, (1994), *strong managers, weak owners : the political roots of american corporate finance*, Princeton University Press.

¹⁵¹ Gérard Charreaux in Parrat F., (2003), *idem*.

Le souci de régulation a, par ailleurs, conduit au développement de différents modèles de gouvernance, en fonction de l'acteur mis en avant, actionnaire ou manager. En effet, les théories de la gouvernance d'entreprise se basent soit sur le pouvoir actionnarial soit sur celui des autres acteurs de l'entreprise c'est-à-dire les parties prenantes à l'activité de l'entreprise (salariés, fournisseurs).

C'est ainsi que les modèles *shareholder* (pouvoir de l'actionnaire) et *stakeholder* (pouvoir des parties prenantes), que nous allons présenter par la suite, sont nés dans un système encore assez mal délimité.

Dans le cas du modèle *shareholder*, il s'agit de protéger l'intérêt de l'actionnaire (à cause du risque résiduel qu'il est le seul à prendre, selon l'approche actionnariale) par le contrôle du dirigeant.

Dans le cas du modèle *stakeholder*, l'ensemble des parties prenantes est engagé sur un même risque, certains par leur capital, d'autres par leur force « *spécifique* »¹⁵² et d'autres encore par l'intérêt que leur procure l'existence de la firme (client, par exemple) ; ainsi la gouvernance doit prendre en compte l'ensemble de ces intérêts notamment pour le partage de la valeur partenariale créée.

2.3. Du système de gouvernance

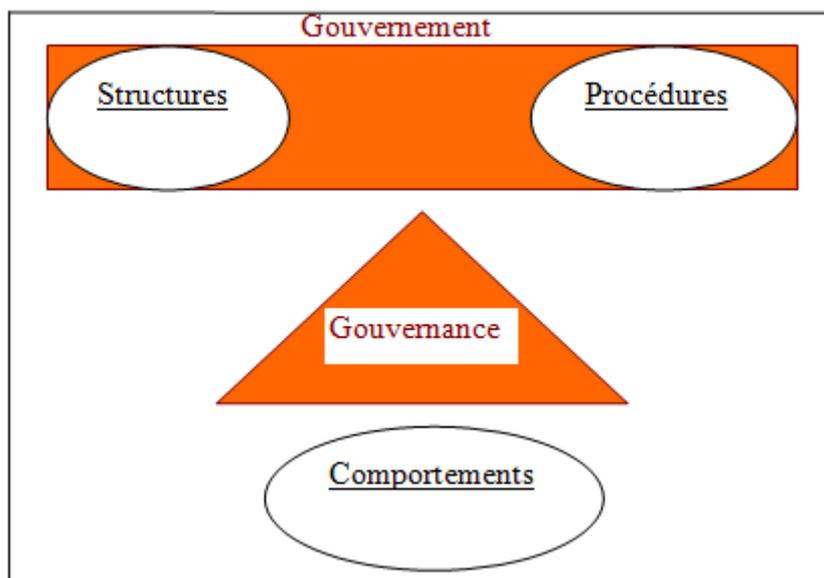
En nous basant sur les travaux de Roland Pérez (2003), nous notons que le système de gouvernance comprend la gouvernance et le gouvernement. Dans son analyse, l'auteur structure le système de gouvernance autour de trois séries de composantes ; c'est le paradigme SPC : les structures (S), les procédures (P) et les comportements (C). Les structures et les procédures forment le gouvernement d'entreprise. L'articulation des structures et des procédures avec les comportements abouti à la constitution d'une gouvernance.

La pratique de la gouvernance est donc le résultat de l'articulation (triangle orange) entre le gouvernement (rectangle orange composé des structures et des procédures) et les comportements, l'ensemble constituant le système de gouvernance.

Cette figure présente un système de gouvernance avec ses différentes composantes.

Schéma n° 8 : Le système de gouvernance d'entreprise

¹⁵² Rubinstein M. (2002), « Aspects théorique et empirique de la gouvernance d'entreprise en France », *Problèmes économiques* n°2.784, 13 novembre, p.5.



Les structures et les procédures constituent l'ensemble institutionnel du dispositif de gouvernance. Dans les structures, on retrouve des structures internes, l'assemblée générale, le conseil d'administration, ainsi que d'autres instances de décision, et des structures externes, auditeurs comptables, agence de notation ou autorités de régulation. Ces structures œuvrent en utilisant des procédures, c'est-à-dire des codes ou recueils établissant les modalités de fonctionnement des entreprises (codes juridiques, plan comptable, pratiques de bonne conduite).

C'est l'articulation de cet ensemble institutionnel avec les comportements des agents qui conduit à une gouvernance, qui selon les comportements peut être qualifiée de « bonne gouvernance » ou pas. Ainsi, il existe bien une distinction entre gouvernement et gouvernance car ils sont les éléments d'un même système, le système de gouvernance.

Dans le cadre du système de santé et spécifiquement à l'hôpital, la gouvernance est structurée de façon similaire avec toute fois quelques particularités.

Point d'analyse n° : La sémantique de la gouvernance d'entreprise

Gouvernement et gouvernance : Confusion sémantique ou fusion théorique ?

Les « mécanismes qui ont pour effet de délimiter les pouvoirs et d'influencer les décisions des dirigeants », de Gérard Charreaux, sont une autre traduction de l'ensemble institutionnel composé des structures et de procédures de Roland Pérez. Leur articulation avec les comportements permet aux entreprises de réaliser des objectifs préalablement définis.

Confondre gouvernement et gouvernance d'entreprise n'est pas un enjeu pour la théorie ; ce n'est pas non plus un enjeu pour la pratique. S'il existe un problème d'ordre sémantique, il

semble que l'enjeu des problématiques de gouvernance se soit détourné de l'idée de les distinguer.

L'enjeu se situe donc ailleurs, au niveau du système de gouvernance ; il ne s'agit pas de savoir si le gouvernement et la gouvernance expriment la même chose, mais de faire qu'ils aboutissent à la même finalité, à une meilleure gestion des entreprises.

L'enjeu managérial est celui de la bonne gouvernance, et cet enjeu va au-delà du fonctionnement de l'entreprise privée. Si l'organisation publique peut aujourd'hui prendre appui sur les avancées de la « corporate governance », c'est certainement parce que, comme l'ensemble de la réglementation, outil juridique, qui la caractérise, cet outil de gestion est à visée protectrice. En effet, la « corporate governance » est un instrument de discipline du supposé majoritaire (dominant, fort) pour la protection du supposé minoritaire (dominé, faible), comme la loi, principal instrument de régulation de l'action publique.

Section 2 Gouvernance d'entreprise : Origines et approches

Nous venons de le voir, la gouvernance d'entreprise est un concept multiple qui en réalité traduit une préoccupation principale unique, celle de réguler les relations entre parties prenantes. Cependant, cette régulation se met en place autour de la protection des intérêts financiers avant de s'étendre à l'ensemble des intérêts engagés.

En effet, dès son apparition synchronique des échanges commerciaux, où il s'agit de dissocier les différents intérêts en jeu du fait de l'importance des risques, la gouvernance porte déjà un objectif de protection des intérêts financiers des partenaires (Pérez, 2003¹⁵³) et s'inscrit en premier lieu dans la protection des intérêts des actionnaires (Smith, 1776¹⁵⁴ ; Berle et Means, 1932¹⁵⁵) comme intérêts primordiaux et séparés.

La séparation des intérêts va se traduire ensuite en 1972, avec Alchian et Demsetz¹⁵⁶, par l'application de la théorie des droits de propriété au management. En effet, cette théorie pose

¹⁵³ Pérez R. (2003), Op.cit.

¹⁵⁴ Smith A. (1776), *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, Glasgow in Albertini J.-M., Silem A. (2001), *Comprendre les théories économiques, Petit guide des grands courants*, 3e édition, Seuil, Paris.

¹⁵⁵ Berle A., Means G. (1932), *The modern corporation and private property*, New York, Macmillan, in Parrat F. (2003), Op.cit.

¹⁵⁶ Alchian A., Demsetz H. (1972), « Production, Information, Costs, and Economic Organization », *American Economic Review*, vol. 62-5, pp.777-795

les fondements de la gouvernance d'entreprise contemporaine sous les travaux de Jensen et Meckling (1976)¹⁵⁷.

Dans cette partie, nous verrons chronologiquement cette évolution de la théorie et de la pratique de la gouvernance d'entreprise, en oubliant pas l'objet de notre étude. En effet, nous serons amenée à traduire vers l'hôpital ou globalement le système de santé des éléments de compréhension du « *management du management* » (Perez, 2003).

La section 1 sera consacrée à l'évolution d'une gouvernance d'entreprise ancienne vers la gouvernance d'entreprise contemporaine, à travers la mobilisation des théories qui la fondent.

La section 2 proposera une analyse de la gouvernance d'entreprise contemporaine, à travers ces différentes approches et les concepts qui y sont annexés.

1. Les fondements de la gouvernance d'entreprise

1.1. La gouvernance d'entreprise, pratiques anciennes mais théories récentes.

De la gouvernance ancienne

La gouvernance d'entreprise est un phénomène ancien qui fait son apparition dans le secteur économique pour des raisons pratiques.

Gérard Charreaux et Peter Wirtz (2006) nous apprennent que « *le phénomène de la gouvernance des organisations et, plus spécifiquement des entreprises, a existé de tout temps, car il est consubstantiel à l'existence même des organisations* »¹⁵⁸. En effet, dans le commerce lointain, ainsi que l'explique Roland Pérez (2003), il est de coutume de dissocier les détenteurs de droits et les opérateurs en raison des sommes engagées et des risques encourus¹⁵⁹, c'est la première forme de gouvernance d'entreprise, la forme ancienne.

Il s'agit, lors des expéditions lourdes et périlleuses, de disperser les responsabilités : le responsable opérationnel de l'expédition était différent du propriétaire de la marchandise et du propriétaire du vecteur utilisé pour convoier la marchandise. Il est nécessaire de rappeler qu'à cette époque lointaine, mener une expédition est financièrement lourde, engageant une prise de risque importante, parce que les moyens de communication, entre autres, coûtent

¹⁵⁷ Jensen M., Meckling W. (1976), « Theory of The Firm : Managerial Behaviour, Agency Costs and Ownership Structure », *Journal of Financial Economics*, vol.3, pp.305-360.

¹⁵⁸ Charreaux G., Wirtz P. (2006), *Gouvernance des entreprises, Nouvelles perspectives*, Economica, p.7

¹⁵⁹ Pérez R. (2003), *idem*.

cher. C'est ainsi qu'il n'est ni recommandé ni possible financièrement pour une personne d'assumer une expédition. En s'associant, les personnes mutualisent les ressources nécessaires et péréquent le risque financier. Dès lors, l'expédition devient une entreprise multi partenariale dont la gestion, notamment la prise de décision, doit obéir à un système de gouvernance précis avec un ou plusieurs acteurs décisifs.

De la gouvernance contemporaine

La gouvernance contemporaine poursuit, à notre sens, les mêmes objectifs de prévoyance. Avec la grande différence que l'ennemi n'est plus la fatalité (on maîtrise mieux les moyens de communication et de transports) mais « *l'homo economicus* » rationnel, et « *maximisateur* » de son intérêt personnel au détriment souvent de l'intérêt d'autrui. Nous sommes en plein dans le modèle économique libéral¹⁶⁰, modèle dominant, notamment aux Etats-Unis où apparaissent les premières réflexions sur la gouvernance d'entreprise pour expliquer le Krach Boursier de 1929.

La pratique de la « *corporate governance* » permet alors de garantir la prise en compte des intérêts lésés des actionnaires. C'est la raison pour laquelle le premier courant, c'est-à-dire l'approche actionnariale, est voué à la maximisation du profit de l'actionnaire. La dissociation entre détenteurs de capitaux (droits patrimoniaux) et opérateurs (responsables managériaux) restera le principe fondamental de la gouvernance d'entreprise au fil des siècles et de l'évolution du concept.

Aujourd'hui cette distinction se traduit, au sein des grandes entreprises cotées, lieu de développement de la gouvernance d'entreprise, par des enjeux de pouvoir entre les actionnaires (propriétaires) et les managers (dirigeants).

Le « scandale Enron », qui a éclaté en 2001, est une des nombreuses illustrations de cette lutte d'influence entre ceux qui gèrent l'entreprise et ceux qui y ont placé leur investissement. L'affaire EADS dénonce également cet aspect, par les soupçons de délits d'initiés sur l'ex-président¹⁶¹. La dissimulation ou la manipulation d'information¹⁶², comme instrument de contrôle, n'est pas propre aux dirigeants d'entreprise ; en réalité, elle est pratiquée par tous ceux qui aspirent au pouvoir. Ainsi que l'écrit Jérôme Maati¹⁶³, l'apport des fonds (par les actionnaires) est certes une source de pouvoir, mais elle n'en est pas l'unique.

¹⁶⁰ Stéphane Trébuçq décrit l'existence d'un « *paradigme d'essence purement libérale* » dans le modèle théorique de l'agence, au fondement avec la théorie des droits de propriété de la gouvernance d'entreprise.

¹⁶¹ Site internet : <http://www.leblogfinance.com>

¹⁶² En faisant preuve d'imagination, peut-on envisager l'affaire politique Clearstream, manipulation d'informations, falsification de fichiers informatiques, comme élément de contrôle ou de pression ?

¹⁶³ Maati J. (1999), Op.cit.

L'état de dépendance des actionnaires vis-à-vis des dirigeants, à travers leur statut de gestionnaires et de détenteurs de l'information sur le fonctionnement de l'entreprise, procure à ces derniers un pouvoir aussi équivalent sinon plus important que celui qui est détenu par les actionnaires. En effet, et toujours selon Jérôme Maati, « *le groupe qui parvient à accaparer le pouvoir est celui envers lequel la société est la plus dépendante car il peut exercer une menace implicite ou explicite de cessation de l'approvisionnement* »¹⁶⁴.

1.2. Les Théories fondatrices_

Les travaux au cœur de l'émergence de la Gouvernance d'entreprise

Aux Etats-Unis, la notion de « corporate governance » apparaît avec les travaux d'Adolf Berle et de Gardiner Means en 1932¹⁶⁵. Ces deux auteurs « décrivent l'émergence d'une situation économique nouvelle où la propriété est dissociée du contrôle et où il importe de défendre les actionnaires »¹⁶⁶.

Berle et Means attirent l'attention sur la propriété du capital des firmes américaines et les enjeux liés au développement des firmes managériales. Selon eux, la propriété est détenue par les actionnaires, fournisseurs de capitaux, et le contrôle par les dirigeants, fournisseurs de leur force de travail. Ces derniers contrôlent l'entreprise parce qu'ils détiennent toutes les informations relatives à la gestion et au fonctionnement de l'entreprise¹⁶⁷. Ils peuvent, par conséquent notamment en tant qu'« *homo economicus* », tenter de gérer l'entreprise au profit de leurs intérêts personnels, sans tenir compte des intérêts des actionnaires.

En somme, les dirigeants détiennent le pouvoir alors que les actionnaires sont les propriétaires de la firme. Cette séparation du capital et du pouvoir a fait apparaître la firme comme un « *nœud de contrats* », dans lequel l'objet du contrat est de réguler et de répartir le pouvoir et la prise de décision.

L'apport d'Armen Alchian et Harold Demsetz¹⁶⁸ en 1972 contribue à comprendre les droits de propriétés et leurs enjeux en termes de management, en portant notamment l'attention sur les incertitudes et les coûts pour la firme. Pour ces auteurs, un cadre de répartition des droits de propriété est nécessaire pour organiser les échanges entre les individus et limiter les coûts d'organisation.

¹⁶⁴ Maati J. (1999), *idem.*, p.4

¹⁶⁵ Berle A., Means G. (1932), *Op.cit.*

¹⁶⁶ Cauvin C., Le Joly K., « La gouvernance de l'entreprise à l'hôpital », pp. 709-712, in *Gestions hospitalières* n° 430, nov 2003, p. 708-733.

¹⁶⁷ Le dirigeant possède le droit d'*usus* : il gère l'entreprise et en sa qualité de gestionnaire, dispose de toute l'information sur l'entreprise.

¹⁶⁸ Alchian A., Demsetz H. (1972), *Op.cit.*

Les travaux de Michael Jensen et William Meckling¹⁶⁹ en 1976 sur la théorie de l'agence et la relation d'agence s'inscrivent dans cette vision de l'entreprise comme « *nœud de contrats* » avec la nécessité de contrôler l'asymétrie d'informations en faveur des dirigeants en instituant des mécanismes de gouvernance basés sur le contrôle et la surveillance des coûts d'agence.

La théorie des droits de propriété au fondement de la gouvernance

La théorie des droits des propriétés a cela de fondamental qu'elle fonde les analyses sur la gouvernance d'entreprise. En effet, elle est la justification de telle ou telle autre approche de la gouvernance d'entreprise. Selon le type de firme, et selon que l'actionnaire soit ou ne soit pas seul détenteur du risque, les théoriciens nous proposent une approche différente de gouvernance.

« *Soulevée à la fin du XVIIIème siècle par Adam Smith à propos de la séparation entre la propriété des entreprises et leur gestion* »¹⁷⁰, reprise par Armen Alchian et Harold Demsetz puis par Eirik Furubotn et Steeve Pejovich¹⁷¹ en 1972, la théorie des droits de propriété légitime progressivement les préoccupations soulevées par Adolf Berne et Gardner Means en 1932 puis par Michael Jensen et William Meckling. Ces préoccupations s'exercent sur la nécessité de la mise en place de mécanismes de gouvernance pour gérer la firme managériale dans laquelle la relation d'agence se profile au profit de l'agent et au détriment de l'actionnaire, seul propriétaire de la firme et détenteur du risque résiduel.

La théorie des droits de propriété, théorie du droit des sociétés et des obligations, établit la séparation des droits de propriété en trois composantes : l'**usus** (droit d'utiliser un bien), le **fructus** (droit d'en percevoir les fruits), l'**abusus** (droit de vendre le bien ou de le détruire). Chaque composante procure, ainsi, au propriétaire un certain pouvoir.

Pour Frédéric Parrat, « *les théoriciens de la gouvernance ont cherché à comprendre le fonctionnement interne des organisations en s'appuyant sur le concept même de droit de propriété* »¹⁷². Au sein de la firme, les droits de propriété se manifestent ainsi par le pouvoir de gérer l'entreprise (usus), le droit de percevoir les dividendes (fructus) et le pouvoir de cession des titres (abusus).

L'analyse de Frédéric Parrat (2003) reproduit quatre types de propriétés des firmes, proposés par Furubotn et Pejovich (1972) :

¹⁶⁹ Jensen M., Meckling W. (1976), Op.cit.

¹⁷⁰ Poivesan D. (2003), Op.cit.

¹⁷¹ Furbotn E.G., S Pejovitch S., « Property rights and Economic Theory : a survey of recent litterature », *Journal of Economic Litterature*, vol. 1972, pp.1137-1162.

¹⁷² Parrat F. (2003), Op.cit., p.12.

- Une propriété indissociée et groupée des droits dans **l'entreprise capitaliste**, l'actionnaire détenant l'*usus*, le *fructus* et l'*abusus*.
- Une propriété dissociée dans **l'entreprise managériale**, où l'actionnaire détient le *fructus* (il perçoit les dividendes) et l'*abusus* (il a la possibilité de vendre ses titres) et délègue au dirigeant l'*usus* (gestion de l'entreprise).
- Une propriété dissociée et collective dans **l'entreprise publique** ; l'*usus* est détenu par l'ensemble des salariés alors que le *fructus* et l'*abusus* sont détenus par l'Etat.
- Une propriété collective et indissociée dans **l'entreprise collective** et mutualiste. Il n'y a pas de véritable propriétaire.

Dans cette conception, la notion de gouvernabilité est liée à celle de détention de la propriété. Plus une firme est entre les mains d'un acteur identifié, plus elle est gouvernable. C'est pourquoi l'approche actionnariale est le meilleur système de gouvernance. Pourtant toutes les entreprises et organisations, notamment l'hôpital, ne sont pas de type capitaliste, et il faut bien les gouverner....

La gouvernance d'entreprise naît donc de l'analyse des droits de propriété au sein de la firme, et implique que nous posons notre analyse sur cet aspect, notamment sur sa compréhension dans le cadre du système de santé (encadré, page suivante).

En s'inscrivant dans le cadre théorique de la gouvernance des organisations publiques, notre sujet demande une mise au point sur *la gouvernabilité*, en questionnant les droits de propriété de cette structure publique. L'encadré suivant évoque quelques pistes.

Point d'analyse n° : La propriété à l'hôpital

Quelle typologie des droits de propriété pour le système de santé ?

A partir de la classification de Furubotn et Pejovich (1972), rappelée par Frédéric Parrat (2003), nous pouvons essayer de clarifier la propriété du système de santé.

L'usus est entre les mains des professionnels de santé. Les médecins, les administrateurs, les infirmiers, les techniciens... Ces professionnels ont la charge de sa gestion au quotidien.

Par leur participation au conseil d'administration des hôpitaux (c'est effectif depuis les ordonnances de 1996) et une représentation reconnue au niveau institutionnel, les usagers font partie intégrante de cette catégorie bénéficiant de l'usus.

Le fructus est entre les mains des usagers : le système de santé remplit la mission de service public pour le soin des patients. Ils sont les bénéficiaires de l'activité hospitalière et médicale, et les destinataires des politiques de prévention. Ils sont, selon nous, les seuls

propriétaires du fructus comme l'actionnaire qui perçoit les dividendes au sein de la firme. Cependant, le fructus doit être garanti par l'Etat au nom des citoyens dans le cadre de la garantie de l'intérêt général. Principe démocratique.

L'abusus est entre les mains de l'Etat. Seul l'Etat en possède le droit suprême. Dans le cadre de la firme ou des établissements de santé publique, il s'agit du droit de cession. Pour l'ensemble du système de santé, on peut parler du droit à trancher. Cela rejoint, la notion de pouvoir résiduel, qui seule décide du modèle de gouvernance applicable.

En résumé, les travaux de Furubotn et Pejovich analysent l'influence des acteurs en se basant sur les droits de propriétés et expliquent que ceux qui détiennent des droits détiennent le pouvoir et que chaque droit procure un pouvoir particulier. Ainsi, dans le cas d'une propriété dissociée et collective, comme l'hôpital, l'usus est détenu par l'ensemble des professionnels de la santé, le fructus ainsi que l'abusus sont détenus par l'Etat. Simplement, L'Etat assure ses fonctions et agit au nom du peuple qui l'a élu, c'est le principe des républiques démocratiques. Les droits de fructus et d'abusus sont donc accordés, par les usagers-citoyens, à l'Etat. Cette typologie décrit donc la particularité du pouvoir à l'hôpital, décrit par Jean-Marie Clément (1995) comme partagé, divisé ce qui a pour conséquence d'être contesté.

Pour Jean-Xavier Trazzini (2003), la question de la typologie des droits de propriété ne se poserait pas dans la mesure où « il n'y a pas de propriétaires au sens patrimonial du terme ». Affirmant l'inexistence de propriétaires physiques à l'hôpital comme dans le cas du système de santé, l'auteur reconnaît à juste titre que l'hôpital est la propriété des citoyens (par généralisation).

2. Les supports théoriques de la gouvernance d'entreprise

La théorie des droits de propriété caractérise différents types de firme comme nous venons de le voir. Par conséquent, des conceptions différentes du management des entreprises sont admises. En matière de gouvernance, les deux modèles naissants que sont le modèle *Shareholder* tourné vers l'intérêt des actionnaires et le modèle *Stakeholder* prenant en compte l'ensemble des intérêts sont envisagés. Ces modèles construisent des approches spécifiques de la gouvernance que nous verrons dans nos prochains développements.

En attendant, nous verrons respectivement les théories qui appuient les modèles *Shareholder* et *Stakeholder*.

2.1. Les théories du modèle Shareholder

Deux théories, complémentaires, constituent le support théorique du modèle shareholder : la théorie de l'agence et la théorie des contrats incomplets.

La théorie de l'agence et la divergence des intérêts

La théorie de l'agence repose sur une **relation d'agence** instituée entre le propriétaire du bien et quelqu'un qu'il désigne comme gestionnaire de ce bien. Il y a relation d'agence lorsqu'une personne physique ou morale donne mandat à une autre pour exercer en son nom une tâche donnée. Cette relation d'agence supporte le caractère d'un *contrat*.

Selon la théorie de l'agence, l'actionnaire (le principal) engage le manager (l'agent) pour gérer la firme. Le contrat passé entre les deux acteurs institue entre eux une relation d'agence selon les termes suivants : « *le principal va confier l'usus de son droit de propriété à l'agent, à charge pour ce dernier de gérer conformément aux intérêts de son principal* »¹⁷³.

En 1976, Jensen et Meckling notent qu'il existe dans cette relation une divergence d'intérêt potentielle entre les managers et les actionnaires. Conformément à la théorie des contrats et, pour reprendre Martine Rubinstein¹⁷⁴, chaque partie a intérêt à l'échange puisque l'actionnaire (détenteur du capital financier) a besoin du capital humain incorporé dans le manager.

Mais leurs intérêts divergent et le contrat doit être libellé de telle sorte qu'il rende compatible l'intérêt du manager et celui de l'actionnaire. ***L'objet de la gouvernance est alors de permettre l'alignement des intérêts du manager sur ceux de l'actionnaire.***

On est bien là dans la logique de maximisation de la valeur actionnariale. Bien qu'elle focalise son analyse sur la relation actionnaire/dirigeant, la théorie de l'agence appréhende la firme comme un nœud de contrats « *au sein duquel s'établit l'ensemble des relations entre les différentes parties prenantes* »¹⁷⁵, en ce sens, la relation d'agence décrite entre l'actionnaire et le manager n'est pas exclusive. Il existe de multiples relations d'agence au sein de l'entreprise, entre managers et salariés, créateurs et managers comme le précise Marianne Rubinstein (2002).

La théorie des contrats incomplets et l'asymétrie d'information

Cette théorie légitime la recherche exclusive de la maximisation de la valeur actionnariale prônée par la théorie de l'agence. En effet, la théorie des contrats incomplets se base sur

¹⁷³ Parrat F. (2003), *idem*, p.12.

¹⁷⁴ Marianne Rubinstein (2002), « Aspects théorique et empirique de la gouvernance d'entreprise », *Problèmes économiques* n°2.784, 13 novembre, p.2.

¹⁷⁵ Parrat (2003), *idem*.

l'hypothèse selon laquelle les contrats entre l'actionnaire et le manager sont par nature incomplets. Il s'agit, principalement, d'une incomplétude d'informations essentielles à la prise de décisions.

Le dirigeant exercerait de la rétention ou de la dissimulation d'informations pour être certain d'obtenir l'aval de l'actionnaire pour les décisions dont il a été l'auteur. Nous sommes là au cœur de l'objet du « scandale Enron » selon l'analyse de Roland Pérez (2003) : résultats comptables erronés, dissimulation d'informations, manipulation des contrats, etc.

Dans la théorie de l'agence, le pouvoir managérial est toujours soupçonné d'exercer une rétention volontaire ou involontaire d'informations capitales, dans l'unique but de limiter l'exercice du contrôle par l'actionnaire. C'est aux mécanismes de gouvernance mis en place de déjouer ces intentions opportunistes.

Finalement, bien gouverner une entreprise c'est mettre en place des mécanismes garantissant le plein exercice du pouvoir managérial (diriger l'entreprise) et du pouvoir actionnarial (contrôler le bien fondé des décisions).

Parce que le contrat ne peut pas prévoir l'intégralité des situations engageant une prise de décision, il est incomplet. On évoque alors la notion d'incomplétude des contrats dans la relation d'agence entre l'actionnaire (faible car peu informé) et le dirigeant (fort car détenteur de l'information).

Pour pallier l'incomplétude des contrats, il faut des structures de gouvernance permettant de rééquilibrer les pouvoirs.

La gouvernance du système de santé et des établissements de santé a soulevé la question de l'asymétrie d'information dans la relation entre médecins et patients, entre usagers et managers du système de santé. L'encadré suivant aborde ces aspects à travers l'analyse d'Hervé Nabarette.

Encart n°2 : Questions d'asymétrie de l'information en santé

« L'asymétrie	d'information	en	santé
Le concept d'asymétrie d'information est applicable à toute relation de coopération entre agents. Les économistes parlent souvent de "relations d'agence" pour décrire les relations de coopération. Celles-ci sont marquées par des problèmes de sélection adverse ("quelles sont les caractéristiques de l'agent A, sa qualité ?" se demande B), et d'aléa moral (l'agent n'a pas une visibilité totale sur l'action d'un autre agent auprès duquel il projette d'acheter, ou a acheté, une prestation : "que fera, ou que fait réellement l'agent A ?" se demande B) qui sont en grande partie issus des asymétries d'information.			
Un grand nombre de relations d'agence ont été décrites en santé. Elles impliquent la tutelle, le ou les payeurs, les producteurs de soins, les patients. Selon la question que l'on se pose, on va envisager ce que A sait et que B ne sait pas, ou ce que A ne			

sait pas et que B sait. Dans cette optique, la caractéristique majeure du système de santé vient toutefois de l'asymétrie d'information dont bénéficient les producteurs de soins au détriment des patients, des payeurs et de la tutelle publique.

L'exemple de l'assurance

De façon logique, l'assurance santé a été étudiée du point de vue des asymétries d'information. L'assurance ne connaît pas le risque réel des assurés : elle a intérêt à essayer de mieux le connaître et à ajuster les primes en fonction (administration de questionnaires sur l'état de santé par exemple), ou à proposer des contrats différents qui classent les assurés (ils révèlent alors leur information).

En sens inverse, l'assuré peut ne pas avoir toute la visibilité souhaitable sur l'assurance. Les assurés patients attendent de l'assurance qu'elle mette en place à moindre coût des programmes de soins efficaces. Ils sont donc intéressés par des informations sur les caractéristiques et la qualité des assurances (par exemple, un assuré américain se demande si telle assurance a contracté avec tel spécialiste réputé qui prend en charge la maladie dont il est atteint), ainsi que sur l'action des assurances (il se demande si l'assurance lui laissera facilement consulter ce spécialiste).

La relation d'agence entre le patient et le médecin

Une autre relation d'agence importante en santé est celle qui confronte le patient et le médecin. Le patient peut cacher certaines choses au médecin : mauvaise observance du traitement, prise d'un autre médicament... En sens inverse, la relation entre le patient et le médecin met elle aussi en jeu la sélection adverse et le risque moral. Tout d'abord, le patient désire de l'information sur le producteur lui-même. Le diplôme de docteur en médecine implique une qualité minimum. Mais cet indicateur ne détaille pas des degrés de compétence, le patient ne sait pas a priori, par exemple, si tel médecin va le conseiller efficacement pour gérer sa maladie.

Le patient ne connaît pas toujours le tarif de consultation, et peut ne le découvrir qu'à l'issue de la rencontre avec le professionnel... Concernant le risque moral, il faut avoir à l'esprit tout ce qui est attendu du médecin par le patient : soins, conseil et information sur le système de santé, révélation de ses besoins... Or l'ignorance face au médecin dépasse celle du profane face à un expert producteur de services, car le patient juge difficilement le résultat ex post, et notamment le rôle joué par le médecin dans ce résultat. Le patient a du mal à contrôler et à évaluer l'action du professionnel de santé. Parfois, certains patients peuvent sortir du cabinet dentaire en se demandant "le dentiste devait-il dévitaliser la dent ? Ne pouvait-il pas faire un amalgame ?"... sans pouvoir répondre à la question. »

Source : Hervé NABARETTE, « Nobel d'économie et asymétries d'information en santé »,

Economie de la santé, <http://www.medcost>.

Critique de la *Shareholder Theory* ou le risque résiduel non actionnarial

L'inconvénient de cette approche s'il n'est multiple est tout au moins double : en effet, il réduit le système de gouvernance à la « *sécurisation de l'investissement financier* » et le « *nœud de contrats* », pourtant principe fondateur, à la relation entre l'actionnaire (*principal*) et le dirigeant (*agent*) et plus généralement entre la firme et ses créanciers.

Gérard Charreaux explique que la réduction de l'approche actionnariale à la recherche de la création de valeur financière est liée à l'objectif premier de ses pères fondateurs.

Tout en considérant la firme comme un « *nœud de contrats* », Jensen et Meckling ont cherché à expliquer la structure de financement de la firme. C'est cet objet limité qui les aurait « *conduit à ne retenir qu'un modèle simplifié réduit à deux relations d'agence, représentant le lien entre dirigeants et actionnaires et entre la firme (représenté par les dirigeants et les actionnaires) et ses créanciers financiers* »¹⁷⁶.

Margaret Blair (1995) intègre, quant à elle, les salariés dans les parties prenantes. Ils apportent leur savoir et leur savoir-faire au capital de l'entreprise, prônant ainsi l'existence d'un risque résiduel non actiannarial. Dans ce cadre, la recherche de la valeur actionnariale n'est plus légitime si elle ne les intègre pas. Pour Eric-Alain Zoukova (2006), comme pour Gérard Charreaux¹⁷⁷, il s'agit d'une approche qui n'est applicable qu'à la firme managériale anglo-saxonne.

Pour d'autres auteurs comme Thomas Donaldson (1990, 1995), la *théorie de l'intendance* permet de compléter ou du moins de modifier l'approche actionnariale en limitant le courant de suspicion entre le dirigeant et l'actionnaire.

La *théorie de l'intendance* pose comme fondement l'hypothèse comportementale selon laquelle le dirigeant a un intérêt supérieur à son intérêt personnel en ce qui concerne la survie de l'entreprise et la génération de richesse. Ainsi il n'est pas toujours utile de limiter la latitude discrétionnaire du dirigeant puisqu'il arrive qu'il privilégie l'intérêt général à son intérêt personnel.

Inspirée de l'étude des comportements organisationnels (*organizational behavior*), cette théorie prétend que le dirigeant peut être plus intéressé par la réussite de l'entreprise à travers laquelle il retire une satisfaction.

Ces critiques ont depuis permis de développer d'autres approches, notamment l'approche partenariale, posée comme alternative à la vision jugée réductrice de l'approche actionnariale.

2.2. Les théories du modèle Stakeholder

¹⁷⁶ Charreaux G. (2002), « Quelle théorie pour la gouvernance ? De la gouvernance actionnariale à la gouvernance cognitive », cahier du Fargo, février, p.3

¹⁷⁷ « *Le pouvoir explicatif limité du modèle actionnarial, notamment lorsqu'on cherche à comprendre la structure et le fonctionnement des systèmes non anglo-saxons et son peu de réalisme au vu du rôle minime joué par les actionnaires dans le financement des entreprises ou de la relation ambiguë liant les systèmes disciplinaires des dirigeants à la performance actionnariale ont conduit à explorer d'autres voies.* », in Charreaux G. (2002), Op.cit., p.5

Le *modèle Stakeholder* défend une vision de l'entreprise dans laquelle d'autres parties prenantes sont en droit de demander des comptes à l'entreprise. Ces autres parties prenantes sont, par exemple, les employés ou les sous-traitants. L'objectif de l'entreprise n'y est pas la maximisation de la valeur actionnariale mais la défense de l'ensemble des *stakeholders* et de leurs intérêts.

La prise en compte de tous les intérêts est pour la théorie des parties prenantes un élément de performance car « much the wealth-generating capacity of most modern firm is based on the skills and knowledge of the employees and ability of the organization as a whole to put those skills to work for customers and clients »¹⁷⁸.

Oliver Williamson (1975) explique, par là, que le talent et le savoir-faire (*Know-how*) des salariés crée une partie importante de la richesse de l'entreprise. Ils disposent donc de la capacité de contribuer ou de ruiner le développement de l'entreprise ainsi que les autres acteurs et doivent, par là, être pris en compte. De même, l'organisation doit être capable de transformer ces talents au profit des clients.

La Théorie de l'agence élargie

Longtemps cantonnée au rôle de théorie d'appui du modèle *Shareholder*, la théorie de l'agence a connu une évolution dans ses fondements. Certains théoriciens de la gouvernance, à l'instar de Roland Pérez (2003, p.36), lui reconnaissent, aujourd'hui, une application au modèle *Stakeholder*.

Introduite en gouvernance sur la base de la théorie des droits de propriété, notamment de la séparation entre les droits d'*usus*, de *fructus* et d'*abusus*¹⁷⁹, la théorie de l'agence se limitait à la relation entre l'actionnaire et le dirigeant.

D'un côté de la firme, nous avons l'actionnaire, propriétaire de la firme managériale¹⁸⁰ et détenteur du *fructus* et de l'*abusus*. L'actionnaire est, suivant la thèse de Berle et Means (1932), détenteur du capital mais dépourvu du pouvoir d'agir. De l'autre côté, nous avons le dirigeant, gestionnaire de la firme et détenteur de l'*usus*. Ce dernier détient le pouvoir au sein de la firme car il détient l'information. C'est notamment sur ce postulat qu'est fondée la

¹⁷⁸ « Une bonne partie de la capacité de la plupart des entreprises à créer de la richesse est basée sur les talents et le savoir-faire des salariés, ainsi que la faculté de l'organisation dans son ensemble à transformer ces talents au profit des clients », Williamson (1975) in Martine Rubinstein, op. cit.

¹⁷⁹ la théorie opère une séparation traditionnelle des droits de propriété en 3 catégories : l'*usus* qui correspond au droit d'utiliser un bien, le *fructus* ou le droit de percevoir les fruits de ce bien, et l'*abusus* qui est le droit de vendre ce bien.

¹⁸⁰ A partir de la séparation des droits de propriété, Furubotn et Pejovich ont proposé une typologie des grands types de propriété des firmes. Ainsi l'entreprise managériale est caractérisée par le démembrement de ses droits de propriété entre ses actionnaires et ses dirigeants.

théorie actionnariale de la gouvernance selon laquelle la relation d'agence fait du manager un mandant au service des intérêts de l'actionnaire.

Sur l'hypothèse d'un démembrement des droits de propriété détenus par l'actionnaire et le dirigeant, de l'émergence de rapports conflictuels entre eux et de la nécessité de rééquilibrer ces rapports et surtout de redonner du pouvoir à l'actionnaire (face à un manager « *strong* ») pour atteindre une meilleure performance, la théorie de l'agence s'est naturellement appliquée au modèle *Shareholder* de maximisation de la richesse de l'actionnaire. Ici, l'actionnaire est la victime du démembrement des droits de propriété car son investissement financier est constamment un investissement risqué¹⁸¹ ; il faut donc se concentrer sur la recherche de ses intérêts. Cette conception est appelée **conception moniste** de la gouvernance d'entreprise.

Pour Roland Pérez (2003), l'hypothèse de départ qui consiste à se focaliser sur le risque financier de l'actionnaire est réel mais il faut également retenir le risque encouru par les autres parties prenantes.

Le risque encouru, qualifié de « risque résiduel », c'est-à-dire le risque infinitésimal, peut être financier, mais pas uniquement. En cas de faillite de la firme, le salarié risque son emploi, le fournisseur risque de perdre un marché, le banquier prend des risques sur sa trésorerie, l'Etat se risque à une baisse d'activité dans ses bassins d'emploi et à une perte de revenus de la fiscalité locale, par exemple. Ainsi, la théorie de l'agence doit pouvoir s'appliquer à l'ensemble des différentes relations d'agence tissées au sein de la firme pour permettre de garantir la protection de tous les acteurs et plus uniquement de l'actionnaire.

L'élargissement de la théorie de l'agence à l'ensemble des parties prenantes a donné naissance à une **conception pluraliste** de la gouvernance d'entreprise, comme l'explique Roland Pérez (2003). Elle a également permis d'élargir les paramètres théoriques du modèle de l'agence.

La conception dualiste a permis de passer d'un **modèle simple** de mise en présence d'un principal unique (l'actionnaire) et d'un agent unique (le dirigeant) à un **modèle élargi** où plusieurs principaux (les parties prenantes) passent contrat avec un agent unique (le dirigeant), aboutissant à l'émergence d'une théorie basée sur la responsabilité sociale et l'éthique des entreprises : la Théorie des parties prenantes.

La Théorie des parties prenantes, comme modèle théorique dominant

¹⁸¹ Il est clair que ce raisonnement est tourné vers une approche exclusivement financière de la firme et qu'il s'adresse aux grandes entreprises cotées en bourse, pour lesquelles le risque financier est élevé.

Le concept de parties prenantes a d'abord été mobilisé en management stratégique (Mitroff 1983¹⁸²) avant de devenir incontournable dans les réflexions sur les systèmes de gouvernance. C'est Edward Robert Freeman (1984¹⁸³) qui consacre le modèle en imposant une vision de la stratégie d'entreprise tournée vers la prise en compte de l'ensemble des parties prenantes, au-delà de la prise en compte des intérêts des actionnaires (Jensen et Meckling, 1976).

Avec l'évolution de la société et le concept de responsabilisation sociale ou entrepreneuriale, de nouvelles théories ou visions sociales - *accountability*, commerce équitable, gestion durable, Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE), sont apparues. La vision « freemanienne » de protection des intérêts de l'ensemble des partenaires prend enracinement dans ces pratiques de gouvernance et tend à devenir une pratique dominante comme l'écrivent Marie Bonafous- Boucher et Yvon Pesqueux (2006)¹⁸⁴.

En réaction à la domination de la théorie de l'agence (depuis Jensen et Meckling 1976), qui érige la priorité des intérêts actionnaires, Freeman (1984) propose la *Stakeholders Theory* pour une prise en compte égale (à leur investissement) des intérêts de l'ensemble des parties prenantes. La théorie des parties prenantes découle donc d'une nouvelle idéologie où la responsabilité de l'entreprise vis-à-vis des parties qui la composent est inscrite comme élément de management, de stratégie ou de bonne gouvernance.

Pour Stéphane Trébucq (2005), les théories de l'agence et des parties prenantes se positionnent sur des clivages idéologiques et philosophiques divergents. La théorie de l'agence s'inscrit dans une tendance libérale et de maximisation de l'intérêt personnel, tandis que la théorie des parties prenantes, elle, s'inscrit dans l'idéologie marxiste et de préservation de l'intérêt général.

La *Stakeholder Theory*, en français, Théorie des parties prenantes « *tend aujourd'hui à s'imposer comme référence au travers du mimétisme des politiques de responsabilité sociale des entreprises au point de prendre les aspects d'un discours dominant* » (Bonafous-Boucher M., Pesqueux Y., 2006). C'est une théorie qui se place sur une perspective d'égalité morale des intérêts de l'ensemble des acteurs, au-delà des intérêts des actionnaires. Principalement orientée vers la prise en compte par les dirigeants de leurs obligations éthiques

¹⁸² Mitroff I., (1983), *Stakeholders of the Organizational Mind: Toward A New View of Policy Making*. Jossey-Bass, San Francisco, in Charreaux (2002), Op.cit.

¹⁸³ Freeman E.R., (1984), *Strategic Management : A stakeholder Approach*. Pitman, Boston

¹⁸⁴ Bonafous-Boucher M., Pesqueux Y. (2006), *Décider avec les parties prenantes*, Approche d'une nouvelle société civile, La découverte, paris, 268p.

envers les *Stakeholders*, la théorie des parties prenantes est à la fois managériale et éthique au sens de Jones et Wicks (1999)¹⁸⁵.

3. Les approches de la gouvernance d'entreprise

Les supports théoriques que nous venons de présenter comme grille d'analyse de la gouvernance d'entreprise permettent une triple approche de celle-ci : l'approche actionnariale, l'approche partenariale et l'approche cognitive.

Si Oliver Williamson¹⁸⁶ propose deux modèles dominants pour analyser la gouvernance aux niveaux institutionnel et organisationnel, Marianne Rubinstein (2002)¹⁸⁷ explique que ces modèles sont principalement associés aux approches disciplinaires. En effet, elle décrit qu'au niveau organisationnel on retrouve les modèles ***Shareholder*** (gouvernance actionnariale) et ***Stakeholder*** (gouvernance partenariale), auxquels sont associés deux systèmes qu'on retrouve au niveau institutionnel, les systèmes ***Outsider*** et ***Insider***.

C'est pourquoi notre analyse des approches de la gouvernance s'attachera à associer les approches actionnariale et partenariale aux différents niveaux d'analyse qui le composent.

Les deux modèles, ***Shareholder*** et ***Stakeholder***, expriment au niveau organisationnel une vision différente du centre de décision dans l'entreprise. Ils évoluent dans des cadres institutionnels différents et compatibles à chacun, le système ***outsider (market based)*** pour le modèle *shareholder* et le système ***insider (blockholder)*** pour le modèle *stakeholder*, formant ainsi deux ensembles complexes dominés par les deux modèles.

Nous verrons donc respectivement les approches actionnariale et partenariale de la gouvernance ainsi que les *complexe Shareholder-Outsider* et le *complexe Stakeholder-Insider* qui y sont annexés. Puis, nous verrons ***l'approche cognitive*** qui s'intéresse davantage aux sources de création de la valeur, ainsi que le défend Eric-Alain Zoukhoua (2006)¹⁸⁸.

Notre recherche propose dans les paragraphes suivants une analyse synthétique des différentes approches, pour en comprendre les enjeux. En effet, en matière de gouvernance pour reprendre Gérard Charreaux (1999)¹⁸⁹ et Stéphane Trébucq (2003)¹⁹⁰, différents paradigmes

¹⁸⁵ Jones T.M. , Wicks A.C. (1999), « Convergent Stakeholder Theory », *Academy of Management Review*, 24.

¹⁸⁶ Williamson O. (1975), *The economic institutions of capitalism*, édition Free press, in Rubinstein (2000), Op.cit.

¹⁸⁷ Rubinstein M. (2002), *idem*.

¹⁸⁸ Zoukhoua E-A. (2006), « Associations : un défi pour les théories de la gouvernance ? » in Journée de Recherche « *Quel management pour les associations ?* », IAE de Tours, 12 janvier, 32p.

¹⁸⁹ Charreaux G. (1999), « La théorie positive de l'agence : lectures et relectures », chapitre 2, in Koenig, *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise*, Economica, pp. 61-141

¹⁹⁰ Trébucq S. (2003), « La gouvernance d'entreprise contemporaine, héritière de conflits historiques, d'essence idéologique et philosophique », IXèmes Journées d'Histoire de la comptabilité et du management, 20 et 21 mars,

concurrents héritiers « *de conflits historiques, d'essence idéologique et philosophique* » souvent antagonistes coexistent.

3.1. L'émergence de la gouvernance d'entreprise : L'approche actionnariale ou l'entreprise comme « nœud de contrats ».

Nous rappelons ici que c'est avec l'article de Jensen et Meckling (1976) que se développe l'approche actionnariale de la gouvernance. Les auteurs reprennent l'idée développée par Berle et Means (1932) sur l'existence d'intérêts divergents dans toutes les firmes entre actionnaires et dirigeants.

Deux siècles après Adam Smith (1776) et quarante ans après Berle et Means (1932), ils s'interrogent alors sur le concept de « *conflit potentiel* »¹⁹¹ et ses effets sur la maximisation de la richesse.

D'influence libérale, comme l'explique Stéphane Trébucq¹⁹² et comme nous l'avons déjà expliqué, l'approche actionnariale intègre la théorie de l'agence, la théorie des droits de propriété et la théorie financière dans une visée financière qui est la maximisation de la valeur actionnariale.

L'ensemble théorique de l'agence et des droits de propriété abouti à poser l'entreprise comme « *nœud de contrats* » aux multiples relations d'agence. « *Il y a relation d'agence lorsqu'une personne a recours aux services d'une autre personne en vue d'accomplir en son nom une tâche quelconque* »¹⁹³.

Le modèle « *shareholder* » est donc celui de « l'actionnaire roi ». Propriétaire du capital financier, la firme n'est responsable que vis-à-vis de lui ; c'est ainsi qu'il privilégie la maximisation de la valeur actionnariale. Dans l'entreprise, l'actionnaire est en situation de contrat avec le dirigeant, qui apporte le capital humain et bénéficie du pouvoir de gestion.

21p.

¹⁹¹ « Comme l'affirment Crozier et Friedberg (1977), l'individu est conduit à développer des stratégies, soit dans une optique offensive, en saisissant des opportunités lui permettant d'améliorer sa situation, soit de façon défensive, en maintenant ou en élargissant sa marge de liberté, et par conséquent sa capacité à agir. Le salarié, par exemple désire améliorer son rapport rémunération-effort. Il est donc logique d'une part, qu'un jeu de revendications s'instaure vis-à-vis de celui qui décide des rémunérations, et d'autre part, que l'issue dépende du rapport de force et des évaluations des acteurs-joueurs ». in, Chatelin C., Trébucq S. (2003), « Stabilité et Evolution du cadre conceptuel de la gouvernance d'entreprise : Un essai de synthèse », Communications pour les IXèmes Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management. Février, p. 5.

¹⁹² « la théorie de l'agence puise sa logique dans les idées des courants libéraux américains... », Trébucq S., Op.cit., p.10.

¹⁹³ Jensen et Meckling (1976), Op.cit in Piovesan (2003), Op.cit, p.136.

La séparation de la propriété et du pouvoir, posant un problème de divergence d'intérêts, le modèle « *shareholder* » propose deux dispositifs pour permettre à l'actionnaire de préserver son intérêt : **l'incitation** (pour motiver le dirigeant) et **le contrôle** (pour vérifier qu'il respecte bien les intérêts de l'actionnaire).

Traduit, au niveau organisationnel par le modèle « *Shareholder* », l'approche actionnariale s'articule, au niveau institutionnel avec le système Insider et repose sur la théorie de l'agence et la théorie des contrats incomplets.

Le système « *outsider* » ou « *market based* »

C'est le système de gouvernance que l'on retrouve aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Ce système structure un capital dominé par une grande dispersion de la propriété et des droits de vote selon une configuration contrôlée et parfois exigée par la réglementation.

Ce qu'il nous faut retenir dans la présentation de ce modèle c'est que le conflit majeur réside entre les actionnaires et les managers selon l'avis de Mark Roe (1994). Roe pose le principe d'actionnaires faibles face à des managers forts dans ce type de management. Le conflit est censé opposer des actionnaires faibles et des managers forts qui, par opportunisme, et via l'asymétrie d'information, se sont emparés du pouvoir.

La relation d'agence, au cœur de la firme, est celle qui se tisse entre l'actionnaire (le principal, qui recourt à la force de travail du dirigeant pour faire prospérer son capital) et le dirigeant (l'agent, qui agit au nom du propriétaire du capital et gère au mieux des intérêts de celui-ci).

Dans cette relation, chaque partie a un intérêt au contrat : le dirigeant a besoin du capital financier et l'actionnaire du capital humain. Pourtant la relation d'agence est source de conflits organisationnels ou financiers. C'est pourquoi elle seule doit pouvoir mobiliser les mécanismes de gouvernance.

Dans ce « *nœud de contrats* » où le constat implicite de conflictualité potentielle est admis, la garantie de l'intérêt de l'actionnaire est érigée en priorité.

La légitimité de la recherche exclusive de l'intérêt de l'actionnaire se fonde sur les notions de risque et de gain résiduels.

Selon cette approche, l'actionnaire est l'acteur qui porte le plus de risque. Il apporte le capital financier et du fait de la structure de la propriété des firmes abandonne l'*usus* au dirigeant. De plus, on ne peut attendre du dirigeant qu'il gère ce capital avec la même vigilance que le propriétaire, en reprenant la logique développée par Adam Smith (1776).

Par ailleurs, le dirigeant peut développer un comportement opportuniste, préjudiciable aux intérêts de maximisation de la valeur de l'actionnaire, notamment du fait de l'asymétrie d'information. Il peut, dans le cadre de son comportement opportuniste, faire de la rétention d'informations pour mieux asseoir son enracinement¹⁹⁴ au sein de la firme.

Ainsi l'approche actionnariale de la gouvernance admet la prise en compte exclusive de l'intérêt de l'actionnaire et la nécessité d'exercer un contrôle sur le dirigeant pour « *limiter l'expression de son opportunisme* »¹⁹⁵. Le détenteur du risque résiduel, toutes choses égales par ailleurs, est le bénéficiaire du gain résiduel.

L'objectif du dispositif de gouvernance est alors de mettre en place des mécanismes disciplinaires pour encadrer le dirigeant et limiter son espace discrétionnaire. Car la firme poursuit un seul objectif : la rentabilisation de l'investissement financier. C'est principalement la vision d'Andrei Shleifer et Robert Vishny (1996) qui définissent le champ du gouvernement d'entreprise comme « *l'étude des procédés par lesquels les apporteurs de capitaux (financiers) garantissent la rentabilité de leur investissement* »¹⁹⁶.

Dans leur ouvrage, « *The nature of man* » (1994), Jensen et Meckling réaffirment la vision actionnariale¹⁹⁷ en expliquant que la maximisation de la valeur passe par la discipline du dirigeant. Ils développent, pour cela, le *modèle REMM (Resourceful, Evaluative, Maximizing Model)* selon lequel les individus sont insatiables, rationnels et dotés de capacités créatives pour atteindre leur profit.

La gouvernance doit avoir pour objectif de développer des mécanismes permettant d'aligner les intérêts des managers sur ceux des actionnaires. Pour ces auteurs, la recherche de la maximisation de la valeur partenariale, c'est-à-dire la valeur qui prend en compte l'ensemble des parties prenantes, est nuisible à l'entreprise¹⁹⁸.

Les développements de l'ouvrage commun de 1994 et de l'article de Michael Jensen de 2000 ont, pour idée de redynamiser l'approche actionnariale et surtout la défendre comme théorie pertinente mais aussi exclusive pour la pérennité de l'entreprise. En effet, elle est accusée de simplifier des rapports dans l'entreprise.

¹⁹⁴ C'est ce que développe la théorie de l'enracinement des dirigeants.

¹⁹⁵ Trébucq S. (2003), Op.cit., p.4.

¹⁹⁶ Cité par Charreaux et Desbrières. (1998), « Gouvernance des entreprises : valeur partenariale contre valeur actionnariale », *Finance Contrôle stratégie*, vol.1, n°2, juin, p.59

¹⁹⁷ Depuis l'article de 1976 qui crée l'approche actionnariale, ils ont été critiqués et d'autres ont développé des théories très pertinentes qui contredisent sinon discréditent la leur : théorie partenariale, théorie cognitive.

¹⁹⁸ Jensen M.C., « Value Maximization, Stakeholder Theory, and Corporate objective Function », in Beer N., Norhia N (eds), *Breaking the code of change*, Harvard Business School Press, Boston

En outre, la théorie de l'agence qui la supporte est qualifiée d'inopérante et contre-productive¹⁹⁹ pour les dirigeants (les effets du courant de suspicion).

Sans remettre en question la discipline du dirigeant comme mode de management, l'approche partenariale se développe comme approche alternative où l'ensemble des intérêts doivent être pris en compte.

3.2. L'élargissement de la gouvernance d'entreprise : L'approche partenariale ou l'entreprise comme « nœud d'investissements ».

Similitudes des approches actionnariale et partenariale

L'approche actionnariale et l'approche partenariale reposent sur la discipline du dirigeant. Ces deux approches se fondent sur la représentation de la firme comme « *équipe de production* » selon la thèse développée en 1972 par Alchian et Demsetz²⁰⁰. Elles sont ainsi qualifiées d'approches disciplinaires et statiques de la gouvernance.

Elles sont disciplinaires parce que la création de la valeur repose sur la discipline du dirigeant, même si celle-ci n'est pas exclusive de la création de valeur dans l'approche partenariale contrairement à l'approche actionnariale.

Les approches actionnariale et partenariale sont statiques²⁰¹ parce qu'elles se fondent sur la conception de la firme, comme « *nœud de contrats* » pour l'une et « *nœud d'investissements* » pour l'autre. Elles sont figées d'avance²⁰², ce qui pourrait créer des situations non prévues au contrat, dont le seul palliatif est le contrôle du dirigeant.

Distinguer l'approche actionnariale et l'approche partenariale

En tant que théorie contractuelle, l'approche partenariale se justifie également par le « nœud de contrat ». Cependant, dans ce contrat élargi aux différentes parties « *la firme devient un « nœud d'investissements spécifiques : une combinaison d'actifs et de personnes mutuellement spécialisés* »²⁰³. C'est donc une vision élargie du « *nœud de contrat* »²⁰⁴.

¹⁹⁹ Trébucq S., Op.cit, p. 5 « *dans de telles circonstances, la théorie de l'agence devient inopérante, voire même contre-productive, si l'on admet que certains systèmes de contrôle du dirigeant, mis en place dans une optique d'agence, peuvent engendrer un climat de suspicion globalement négatif* ».

²⁰⁰ Cité par Charreaux (2002), op. cit, p.3

²⁰¹ Notons qu'un courant de la gouvernance partisan de l'approche partenariale réfute le caractère statique de celle-ci (Modelet, 2006)

²⁰² Théorie de l'incomplétude des contrats qui légitime le contrôle des dirigeants.

²⁰³ Zingales L. (1998), « Corporate governance » in Newman P. (Ed), *The New Palgrave, Dictionary of Economics and the Law*, London, Stockton Press, in Charreaux G. (2002), Op.cit.

²⁰⁴ L'analyse de la théorie de l'agence « élargie » (Roland Pérez, 2003) et de la théorie des « compétences spécifiques » (Margaret Blair, 1995), en faveur de la prise en compte des parties prenantes, nous font penser que le « *nœud de contrats* », fondamental à la théorie de l'agence, devient naturellement un « *nœud*

En ce sens, et contrairement à l'approche actionnariale, l'approche partenariale conteste le statut de **créancier résiduel** unique des actionnaires, introduisant ainsi la prise en compte des autres parties comme créanciers résiduels, ayant droit à la **rente organisationnelle**.

L'approche partenariale apparaît aux Etats-Unis « comme réaction libérale à la primauté de la valeur financière (nos amis Américains qualifient de « libéral » ce que nous appelons contestataire) et à la figure de l'actionnaire (shareholder) »²⁰⁵.

Elle prend son fondement dans le texte de Robert Freeman intitulé « *Strategic Management : A Stakeholder Theory* » (1984) qui propose une stratégie d'entreprise basée sur la responsabilité sociale des entreprises.

Thomas Donaldson et Lee Preston (1995) vont apporter une contribution tant à la compréhension de la théorie des parties prenantes qu'à la stabilisation de ses concepts.

En France, Gérard Charreaux et Philippe Desbrières (1998²⁰⁶) développent ainsi la « *valeur partenariale* » fondée sur la mesure globale de la rente créée par l'ensemble des *stakeholders*.

Les travaux sur la *Stakeholder Theory* s'attachent donc à valoriser la nécessité du partage de la rente organisationnelle entre toutes les parties prenantes. Cette nécessité est fondée sur une vision différente des théories de droits de propriété et des contrats incomplets.

Le complexe « *Stakeholder-Insider* » ou « *block-holder* »

Le complexe « *Stakeholder-Insider* » comprend, au niveau organisationnel, le modèle « *Stakeholder* », appuyé sur le système « *Insider* » au niveau institutionnel.

Plus répandu en Europe continentale et au Japon, ce système se caractérise par une structure du capital peu dispersée. La propriété du capital est, à majorité, détenue par un petit groupe d'investisseurs. La réglementation est moins restrictive en termes d'exigence de transparence ou de protection des investisseurs minoritaires.

Avec Marianne Rubinstein (2002), nous pensons, que cette configuration de la gouvernance soulève des conflits non pas entre actionnaires et managers mais bien entre actionnaires majoritaires et actionnaires minoritaires suivant une considération de l'actionnariat non exclusive au capital financier et élargi à l'ensemble des investissements.

Selon l'approche partenariale, « *la propriété se définit tant par les droits de décision résiduels que par l'appropriation des gains résiduels* »²⁰⁷. Elle étend, par conséquent, la notion de

d'investissements », dans le cadre son élargissement aux parties prenantes.

²⁰⁵ Pesqueux Y. (2006), « Pour une évaluation critique de la théorie des parties prenantes », Séminaire transversal du CERAG, Grenoble, 12 juin, p.2.

²⁰⁶ in Charreaux G. (2002), Op.cit.

²⁰⁷ Charreaux G. (2002), Op.cit., p. 5.

propriétaire à l'ensemble des personnes qui ont un rôle de décision au sein de l'entreprise c'est-à-dire à toutes celles qui participent au « *nœud de contrats productif* »²⁰⁸.

C'est sur la base de ce « *nœud de contrats productif* » que nous considérons le « *nœud d'investissements* » comme une vision élargie du « *nœud de contrats* » : en effet, les acteurs contribuant à la production sont des investisseurs de leur capital humain, technique ou financier.

Le « *nœud de contrats* » qui les lie au sein de l'entreprise est ainsi devenu un « *nœud d'investissements* ».

La création de la valeur dépend de la synergie entre les parties et de la convention de leurs efforts. Pour Freeman et Reed (1983)²⁰⁹, une organisation performante ne peut exister sans la prise en compte de toutes les parties prenantes. En effet, la performance dépend de la convention des efforts. Or, « *l'homo economicus* » ne consent à l'effort que s'il trouve à la mesure de son effort un « *salaire d'efficience* »²¹⁰.

La valeur du capital humain intégré dans l'entreprise dépendant des rentes que les salariés peuvent en tirer, le système de gouvernance devrait également dans l'intérêt de la performance de l'entreprise prendre en compte leurs intérêts. Le postulat de départ étant que l'organisation est en relation avec plusieurs groupes affectant ou affectés par ses décisions (Freeman, 1984). Ainsi, les intérêts des différents groupes ont une valeur intrinsèque dont aucune n'est censée dominer les autres (Donaldson et Preston, 1995²¹¹). Par conséquent l'intérêt de l'actionnaire ne peut dominer l'intérêt des dirigeants, des fournisseurs ou des autres groupes affectés par les décisions de l'entreprise.

Opposé à la recherche de la valeur partenariale comme objectif de la gouvernance, Jensen reconnaît cependant la nécessité de prendre en compte l'intérêt des parties prenantes parce qu'elle « *peut contribuer à enrichir l'objectif de maximisation de la valeur de marché de ma firme* »²¹² : c'est ce qu'il appelle la « *version éclairée* » (« *enlightened*») de la maximisation de la valeur de marché. Cette tentative d'amélioration de la théorie développée par Jensen et Meckling en 1976 conduit le premier à admettre que l'entreprise ne peut faire de profits

²⁰⁸ *Idem*, p.6.

²⁰⁹ Freeman R.E, Reed D.L. (1983), « Stockholders and Stakeholders : a New Perspective on Corporate Governance », *California Management Review*, vol.25, n°3, Spring, p. 88-106.

²¹⁰ Charreaux G. (2002), *Op.cit.*, p. 6.

²¹¹ Donaldson T., Preston L.E. (1995), « The Stakeholder Theory of the Corporation : concepts, Evidence, and Implications », *Academy of Management Review*, vol. 20, n° 1, pp. 65-91

²¹² Charreaux G (2004)., « Les grands auteurs en théorie des organisations : Michaël Jensen, la théorie positive de l'agence et ses applications à l'architecture et à la gouvernance des organisations », *Cahier du FARGO n°1041203*, décembre, p. 22.

durables (« *Sustainable profits in a sustainable economy* »²¹³) dans une démarche d'ignorance de ses partenaires notamment les plus importants.

Qu'elle découle d'un modèle *stakeholder* nouveau ou qu'elle s'envisage comme une version éclairée du modèle *shareholder*, la théorie des parties prenantes s'inscrit clairement comme approche disciplinaire sur la base de la redéfinition de la théorie des droits de propriété. En effet, le manager, devenu « actionnaire » du fait du concept de décision résiduelle, expose l'entreprise à un risque d'expropriation de l'actionnaire financier. De ce fait, le système de gouvernance devrait contenir des mécanismes d'encadrement du dirigeant et de contrôle de ce risque potentiel.

Par ailleurs, « *la vision proposée n'en est pas moins conflictuelle, puisqu'elle oppose les intérêts des employeurs à ceux des ouvriers (salariés)* »²¹⁴. La reconnaissance de l'intérêt managérial et du risque d'expropriation qui l'accompagne, légitimant la discipline de ce dernier, induit logiquement un risque de conflit potentiel entre les intérêts légitimes de chaque partie contribuant à la création de la valeur.

Finalement, l'approche partenariale ne s'inscrit pas dans l'innovation du fait de ses différents rapprochements avec l'approche actionnariale. En demeurant dans une vision contractuelle, ces approches ignorent la dynamique productive. Comment pourraient-elle suffire en termes de création de la valeur ?

« *Si le lien entre les compétences et la rente est reconnu, la problématique reste fondée sur une conception statique et adaptative de l'efficience... Le problème principal reste la mise en place d'une répartition de la rente suffisamment incitative pour maximiser la création de la valeur* »²¹⁵. Ce constat a permis le développement de l'approche cognitive qui, contrairement aux théories dites « *disciplinaires* » et « *contractuelles* », considérées comme des prolongements du modèle économique néoclassique, en appelle à d'autres fondements idéologiques et philosophiques dont la théorie comportementale de la firme et les théories des ressources humaines.

Le tableau ci-après (page suivante) , présenté par Alain Charles Martinet lors du colloque du CERAG à Grenoble en 2006, nous montre qu'au-delà de la distinction entre approche actionnariale et partenariale, l'idée de référentiels financiers ou durables prend le pas, lorsqu'il s'agit de comprendre le management d'une organisation.

²¹³ *Le développement durable implique une économie et des profits durables !*

²¹⁴ Trébucq S. (2003), Op.cit., p.12.

²¹⁵ Charreaux G. (2002), Op.cit., p.7.

En effet, nous comprenons que le management est soumis à l'influence de référentiels qui lui donnent son orientation financière (approche actionnariale) ou durable (approche partenariale).

L'analyse des oppositions et des liens entre les notions d'entreprise liquide, d'entreprise durable, ainsi qu'entre les référentiels de gouvernance et de management stratégique, notamment à partir du tableau d'Alain Charles Martinet conduit à considérer les entreprises non pas selon le paradigme des droits des propriétés mais suivant leur stratégie de management.

Le référentiel financier est dominé par le développement externe et surtout financier de l'entreprise. Ce modèle est la résultante de la théorie de l'agence, de la séparation actionnaire/dirigeant théorisée dans les années 1930 par Berle et Means et de l'évolution récente des principes de « *corporate governance* » proposés vigoureusement par les marchés financiers avec pour mot-clé l'efficience.

Le référentiel durable est dominé par le développement interne de l'entreprise ; il intègre la responsabilité sociale de celle-ci. Dans ce référentiel, l'entreprise représente plus qu'un « *nœud de contrat* ». La notion de « communauté » nous renvoie à celle de projet social. Le mot-clé de ce modèle c'est la légitimité.

Tableau n° 4 : L'influence des référentiels « financier » et « durable » dans le management des entreprises

	Référentiel « financier »	Référentiel « durable »
Gouvernance	Administrateurs « externes », « indépendants » Conseil d'administration « surveillant », ratifiant, ne s'intégrant pas Dirigeants « délégués » Dirigeants soucieux de leur réputation et de leur valeur sur le marché externe du travail, plutôt nomades	Administrateurs « internes », représentants des parties prenantes Conseil participant au façonnement de la stratégie Dirigeants arbitre entre actionnaires et parties prenantes Dirigeants durablement enracinés, impliqués dans la construction de

	<p>Entreprise vue comme « nœud de contrats »</p> <p>Gains résiduels revenant aux actionnaires</p>	<p>l'entreprise réelle</p> <p>Entreprise vue comme communauté et projet à construire (« affectio societatis »)</p> <p>Gains résiduels partagés entre diverses parties prenantes</p>
Stratégie	<p>Focalisée sur le directeur général, déclinée dans la hiérarchie</p> <p>A dominante financière</p> <p>Court termisme</p> <p>Recentrage</p> <p>Métier unique</p> <p>Rachat de ses propres titres par l'entreprise (« relation »)</p> <p>Critères de management universels</p>	<p>Formée de façon organique dans la durée</p> <p>Pluri dimensionnelle</p> <p>Conjugaison court, moyen, long termes</p> <p>Diversification pour répartir les risques</p> <p>Croissance externe éventuelle financée et dividendes payées en titres</p> <p>Management contextualisé</p>
Epistémologie	<p>Simplicité</p> <p>Lisibilité externe</p> <p>Standardisation</p> <p>Rationalité conventionnelle</p> <p>Mimétisme</p> <p>Abstraction</p>	<p>Complexité</p> <p>Légitimation interne et externe</p> <p>Singularité</p> <p>Rationalités multiples</p> <p>Originalité</p> <p>Contextualisation</p>

Colloque CERAG, Référentiels de gouvernance et de management stratégique, A.C. Martinet, 2007

3.3. Le renouveau de la gouvernance d'entreprise : L'approche cognitive ou l'entreprise comme « ensemble de processus décisionnels ».

L'approche cognitive n'est pas une approche contractuelle. Contrairement aux approches actionnariale (contrats autour des relations entre actionnaires et dirigeants) et partenariale (contrat autour des investissements humain du dirigeant et financier de l'actionnaire), l'approche cognitive ne se focalise pas sur la relation contractuelle entre les personnes.

Le lien concerne essentiellement les processus conduisant à la prise de décision. Il n'y a pas d'un côté les actionnaires et de l'autre les dirigeants ou l'ensemble des partenaires : ***il n'y a pas de contrat.***

L'approche cognitive se présente, pour la plupart des théoriciens de la gouvernance, comme un élément complémentaire de la vision dite traditionnelle, l'approche disciplinaire. En effet, elle dénonce un schéma « restrictif » de création de la valeur uniquement fondé sur la discipline du dirigeant. Ce schéma serait restrictif parce qu'il suppose, en préalable, l'ensemble des opportunités d'investissement comme données exogènes.

A ce propos, Peter Wirtz (2006)²¹⁶ cite Gérard Charreaux : « *le schéma contractuel conduit ainsi à attribuer la source de la performance non pas à la façon dont on crée de la valeur, c'est-à-dire à la façon dont une firme parvient à être plus performante que ses concurrentes dans sa fonction productive, mais à la façon dont on évite de gaspiller la valeur potentielle en mettant en place des schémas de contrôle adaptés* ».

Sur la base de ces critiques, l'approche cognitive propose un schéma de la création de valeur dans lequel certaines opportunités seraient des créations authentiques des dirigeants. Elle soutient ainsi, en préalable, certaines opportunités créatrices de valeur comme données endogènes. C'est pourquoi elle se situe en complément des approches disciplinaires.

Pour Eric -Alain Zoukova (2006), l'approche cognitive rejette l'hypothèse de la rationalité calculatoire et de « *l'homo economicus* » pour se fonder sur « *la rationalité dite procédurale* »²¹⁷, et de « *l'homo habitus* », celle qui s'apprécie en fonction des processus qui régissent les décisions. On retrouve cette thèse chez Gérard Charreaux lorsqu'il écrit que « *la rationalité s'apprécie sur la base, non plus des conséquences des décisions, mais des processus décisionnels* »²¹⁸.

²¹⁶ Wirtz P. (2006), *Les pratiques de bonne gouvernance*, Que-sais-je ? Puf, 127p.

²¹⁷ Zoukova E-A. (2006), Op.cit., p.5.

²¹⁸ Charreaux G. (2002), Op.cit., p.7.

Dans cette optique, la firme n'est pas assujettie au raisonnement « *maximiste* » du dirigeant ou de l'ensemble des parties prenantes ; au contraire, il bénéficie de leur volonté de faire ensemble, d'évoluer et de s'accomplir dans sa croissance. De même, le dirigeant devient un acteur producteur, avec l'ensemble des parties prenantes, de la valeur cognitive.

Il n'est plus question de soupçonner le manager, dans le cadre de l'approche actionnariale, ou chacune des autres parties prenantes, dans le cadre de l'approche partenariale, d'opportuniste et de spoliateur de l'investissement actionnarial. Ainsi cette approche propose que « *la création de la valeur (dépend) en priorité de l'identité et des compétences qui sont conçues comme un tout cohérent* »²¹⁹.

Dans ce modèle, l'espace de production n'est plus exclusivement physique, il est aussi mental (métaphysique) : la valeur cognitive étant essentielle à la prise de décisions, il est normal qu'elle intègre l'unité de production de la valeur absolue.

L'approche cognitive est créatrice de valeur, parce qu'elle repose sur l'importance des capacités d'innovation des entreprises et leur adaptabilité à l'environnement de marché concurrentiel : opportunités d'investissement, acquisition des compétences, etc.

Néanmoins, elle ne saurait, en toute indépendance, se positionner comme alternative aux approches traditionnelles (Fray, 2009). D'ailleurs, elle est théorisée comme une approche complémentaire, et génératrice de plus-value en matière de création de la valeur pour les raisons suivantes :

D'une part, l'approche cognitive n'efface pas la potentialité des conflits, il est même admis qu'elle en crée de nouvelles, les conflits cognitifs, aussi difficile à endiguer que les conflits traditionnels d'agence. En outre, « *...la structure mentale propre de certains administrateurs comporte également le risque d'un conflit tout autre que celui traditionnellement analysé dans la théorie de l'agence, à savoir un conflit cognitif fondé, non pas sur des intérêts objectivement divergents, mais sur un véritable désaccord concernant la meilleure conduite à adopter* » (Wirtz, 2006).

D'autre part, la récurrence des scandales financiers affectée à des problèmes de gouvernance (Air France, Crédit Lyonnais, Enron, Worldcom, EADS Airbus...) illustre bien la nécessité de maintenir une approche disciplinaire en matière de gouvernance.

²¹⁹ *idem.*

Conclusion du chapitre 2 :

Les multiples définitions qui le caractérisent démontrent que la gouvernance d'entreprise est un « concept-valise » employé pour aborder la bonne gestion financière mais également managériale. Cependant, une préoccupation unique organise sa mise en œuvre, celle de réguler le fonctionnement des organisations.

Par ailleurs, les différentes approches, actionnariale, partenariale et cognitive, au-delà de la régulation, imputent à la gouvernance un objectif de maximisation des rapports à travers la rente financière ou organisationnelle.

Le problème posé par l'intégration des usagers du système de santé en termes d'apport managérial pose ainsi la question de la rente organisationnelle générée par leur participation. La question de cette rente peut alors être entreprise à travers les différentes approches de la gouvernance. Cependant, l'approche choisie nécessite d'être explicitée. Ce sera l'objet du chapitre 3.

Point d'analyse n° : Le choix théorique

Des approches théoriques ...au référentiel d'analyse

Dans la multitude de définitions et d'approches qui la composent, la gouvernance d'entreprise garde un objectif, réguler les relations pour un meilleur management.

Pour les approches disciplinaires, actionnariale et partenariale, il est important de diriger et contrôler dans le but de limiter l'opportunisme des dirigeants. Pour l'approche cognitive, un nouvel enjeu impose de construire des mécanismes incitatifs afin de donner aux dirigeants un intérêt à la réussite de l'intérêt actionnarial.

L'approche philosophique de Stéphane Trébucq (2003) nous donne une orientation pour l'analyse du système de santé, au titre de la théorie des parties prenantes.

L'approche par les parties prenantes est présentée dans le contexte du modèle de management sociétal moderne. En effet, le développement de l'éthique dans les entreprises et l'action participative incitent l'ensemble des secteurs économique et non marchand à mettre en œuvre la prise en compte d'une majorité de leurs partenaires.

Les associations des usagers de la SNCF, de la RATP... les associations de riverains du Confluent dans le cadre du projet « Lyon Confluence », les associations de consommateurs comme UFC-Que choisir, telles sont quelques unes des manifestations de la volonté des

usagers à participer aux enjeux stratégiques et de développement de leur produit, de leur environnement, du bien collectif.

Pour les usagers du système de santé, la systématisation des questionnaires de satisfaction, le développement des associations d'usagers, la prolifération des forums santé sur internet... montrent l'intérêt que portent ces usagers spécifiques aux enjeux de la santé, du système de santé et surtout leur volonté de participer activement.

Chapitre 3 Les parties prenantes ou l'influence de multiples acteurs

« Il faut une théorie pour faire parler les faits »

Sigmund Freud, Pulsions et destins des pulsions, 1915 ,

Métapsychologie, Gallimard, 1968, p. 11.

SECTION 1

La Théorie des parties prenantes, enjeu de gouvernance publique

1. De la Gouvernance d'entreprise à la Théorie des Parties Prenantes

1.1 L'apport de Donaldson, Preston et Blair : Le primat du modèle *Stakeholder*

sur le modèle *Shareholder*

1.2 La gouvernance publique, une justification de la *Stakeholder Theory*

1.3 Système public et modèle *stakeholder* : l'hypothèse exclusive de Patrick Mordelet sur la gouvernance hospitalière

2. Théorie et Parties Prenantes

2.1 Comprendre la Théorie des Parties Prenantes

2.2 Définir les parties prenantes

SECTION 2

La typologie de Mitchell et alii, stratégie de gouvernance publique

1. La caractérisation des Parties Prenantes, enjeu de management stratégique : Les multiples classifications des parties prenantes

2 La typologie de Mitchell, Agle, et Wood : Définir l'influence d'une partie prenante, outil de management ?

Introduction du chapitre 3 :

Les approches de la gouvernance d'entreprises présentées dans nos précédents développements sont tous mobilisables dans le cadre d'une analyse du système de santé.

Selon l'angle d'analyse (maîtrise des dépenses, régulation, performance...), la philosophie économique empruntée (de type libérale, néolibérale ou keynesienne...), ou même le but recherché (analyse du colloque singulier, réduction des coûts, management de la gouvernance du système de santé...), les approches actionnariale, partenariale ou cognitive trouvent auprès des chercheurs leur utilité. De même, l'objectif de la recherche détermine la ou les théories de la gouvernance mobilisable (s).

Anne-Marie Fray (2009) présente ainsi comment le modèle hospitalier s'insère dans le champ de la gouvernance en fonction des buts recherchés.

Tableau n° 5 : Le modèle hospitalier dans les théories de la gouvernance

Théories contractuelles		Objectifs	Modèle hospitalier
Coût de transaction		Minimisation des	Modèle hospitalier
Théorie de l'agence	Berle et Means 1932	conflits d'intérêts	(Budet, 2003)
	Coase 1937	Séparation	Nœud de contrat
	Jensen et Meckling 1976	direction/contrôle	Construit social entre
	Schleifer et Vishny 1997	Minimisation des coûts	parties prenantes
		d'agence	Modèle actionnarial
Modèle actionnarial		Minimiser les coûts	(privé)
		Encadrer les	Modèle partenarial
		comportements	(public)
		Intérêts des actionnaires	
Modèle partenarial	Freeman et Reed, 1983	Construit social avec les	
		parties prenantes	
		Dépasser l'intérêt des	
		actionnaires	
		Arbitrer des objectifs	
		hétérogènes	

Source : Fray, 2009, adapté de Meier et Schier 2008

La Théorie Positive de l'Agence (TPA) de Jensen et Meckling (1976) s'inscrit dans l'opportunisme des dirigeants et la nécessité pour la firme de garantir exclusivement l'intérêt de l'actionnaire. Dans ce cadre, la valeur actionnariale est le critère d'efficacité, rendant ainsi la TPA inappropriée à l'objectif de notre recherche. De même, Gérard Charreaux et Peter Wirtz (2006) nous expliquent que la théorie positive de l'agence est inapplicable en dehors du cadre anglo-saxon des entreprises privées²²⁰. Elle est ainsi inappropriée dans le cadre du management public français notamment de l'analyse du système de santé.

La Théorie des Coûts de Transaction (TCT) d'Oliver Williamson (1985) selon laquelle l'asymétrie d'information aurait un coût s'inscrit dans la réduction des coûts comme critère d'efficacité. Dans ce cadre, nos recherches, dont l'objectif sous-entendu est la meilleure gouvernance du système de santé, pourraient s'en inspirer. Cependant, la recherche d'une rente partenariale dans la relation de collaboration des usagers avec les autres parties prenantes conduit plutôt à la mobilisation non pas de la TCT mais de la théorie des parties prenantes (TPP).

Dans ce sens, Anne-Marie Fray (2009) explique que le mode contractuel limite les enjeux de la gouvernance à la discipline des dirigeants et réduit le champ d'observation de l'hôpital en excluant la valeur partenariale capitale au développement de la structure. En tant que « construit social », le modèle hospitalier se développe par la convergence des intérêts des médecins, des administratifs, des infirmiers et des malades et nécessite la prise en compte d'attentes et intérêts antagonistes. Ainsi « *l'approche partenariale semble plus adaptée* »²²¹.

La Théorie des Parties Prenantes (TPP) consacrée par Freeman (1984) considère que la prise en compte des parties prenantes crée une valeur de type organisationnelle, c'est la valeur partenariale. Dans ce cadre, la valeur partenariale est le critère d'efficacité, ce qui conduit à promouvoir le partenariat entre les acteurs de l'organisation.

La théorie des parties prenantes nous semble appropriée car la prise en compte des intérêts de toutes les parties prenantes est appropriée au management public, et donc au système de santé. De même, la théorie des parties prenantes est indispensable car notre recherche s'essaie à modéliser les usagers en tant que parties prenantes, efficaces et influentes dans la

²²⁰ En s'inspirant des travaux de Migrom et Roberts (1992), Charreaux et Wirtz (2006 : 11) expliquent que la valeur actionnariale est contestable car peu adaptée aux représentations standards de la firme comme « *nœud de contrats* » qu'à l'analyse des systèmes de gouvernance non anglo-saxons.

²²¹ Fray A-M. (2009), op.cit, p.146. Par ailleurs, l'auteur rajoute que la compréhension du modèle hospitalier nécessite de concilier la gouvernance partenariale et la gouvernance cognitive développée par Charreaux.

gouvernance du système de santé. La section 1 retracera les fondements et l'évolution de la TPP.

Les travaux de Mitchell et alii. (1997) sur les attributs des parties prenantes (pouvoir, légitimité, urgence), de Charreaux sur la valeur partenariale, relèvent de cette approche de la gouvernance des entreprises. La section 2 analysera l'intérêt des attributs de Mitchell.

Section 1 La Théorie des Parties Prenantes, un enjeu de gouvernance publique

1. La gouvernance publique par la Théorie des Parties Prenantes

Nos travaux de recherche sur la participation des usagers à la gouvernance du système de santé prennent appui sur l'approche partenariale et mobilisent la théorie des parties prenantes, car comme l'expliquent Marie Bonnafous- Boucher et Yvon Pesqueux (2006), « *elle prend en compte tous ceux (individus et groupes) qui ne sont pas des actionnaires et qui pourtant subissent ou influencent l'activité des organisations* ».

Ces propos, loin d'être isolés, découlent de la définition proposée par Freeman (1984). Ils s'appuient également sur de nombreuses études comparatives, notamment les travaux de Blair, Donaldson et Preston en 1995.

Les études de Donaldson et Preston (1995) et de Blair (1995)²²² qui ont proposé une comparaison des modèles *Shareholder* et *Stakeholder* dans leur applicabilité, sont la preuve d'une querelle scientifique qui a longtemps animé les partisans de la *Shareholder Theory* et ceux de la *Stakeholder Theory*.

1.1. L'apport de Donaldson, Preston et Blair : Le primat du modèle Stakeholder sur le modèle Shareholder

Si nous considérons les travaux sur la gouvernance d'entreprise, une première indication est possible, c'est celle d'une meilleure adéquation supposée du modèle « *Stakeholder* » à l'organisation publique par rapport au modèle « *Shareholder* » suivant deux points.

Premièrement, la *Shareholder Theory* est basée sur une logique financière de maximisation du profit de l'actionnaire, acteur au centre du système ; ainsi, il ne se prête pas à l'organisation

²²² Synthèse des études de Donaldson et Preston, de Margaret Blair : tirés de Rubinstein M. (2002), Op.cit.

publique où la logique est la garantie de l'intérêt général. Ce qui suppose, non pas la maximisation d'un intérêt individuel mais la protection de l'intérêt collectif. Dans ce contexte, l'application de la *Stakeholder Theory* semble plus en adéquation.

En prenant l'exemple de l'hôpital qui réunit différents corps professionnels (médical, gestionnaire, technique) et comporte la notion de service public, la prise en compte des parties prenantes directes (sus-citées) et environnantes mais primordiales (les élus, le patient) est de plus en plus significative dans la gouvernance.

Deuxièmement, la nature de la structure et sa mission de prise en charge des patients sont des éléments fondamentaux qui excluent la maximisation du profit de l'actionnaire, lorsqu'on en identifie un, ce qui n'est pas toujours évident pour les organisations publiques.

Cette meilleure adéquation du modèle *Stakeholder* à l'organisation publique, et par-là aux systèmes publics, peut également s'appuyer sur deux études réalisées en 1995 et exposant une supériorité supposée du modèle *Stakeholder* sur le modèle *Shareholder*.

La supériorité « supposée » du modèle *Stakeholder* sur le modèle *Shareholder*

Réalisée par Donaldson et Preston en 1995, cette étude expose trois critères de supériorité du modèle *Stakeholder* par rapport au modèle *Shareholder*.

- Il donne une meilleure description du fonctionnement réel des entreprises (« *réalisme descriptif* »²²³)
- Il tient compte des intérêts légitimes de toutes les parties prenantes (valeur éthique)
- Il permet une meilleure performance des entreprises²²⁴ (justification instrumentale)

L'efficacité économique relative des deux modèles

Se référant à la théorie des coûts de transaction, Margaret Blair (1995) démontre qu'un management construit sur le modèle *Stakeholder* permet une meilleure performance.

Elle considère que la prise en compte des parties prenantes freine le développement des comportements opportunistes et par conséquent elle limite le « *sous- investissement en capital humain spécifique* »²²⁵, capital humain nécessaire au développement des firmes.

En résumé, comme le remarquent Bonnafous- Boucher et Pesqueux (2006 : 19), la théorie des parties prenantes tend à s'imposer.

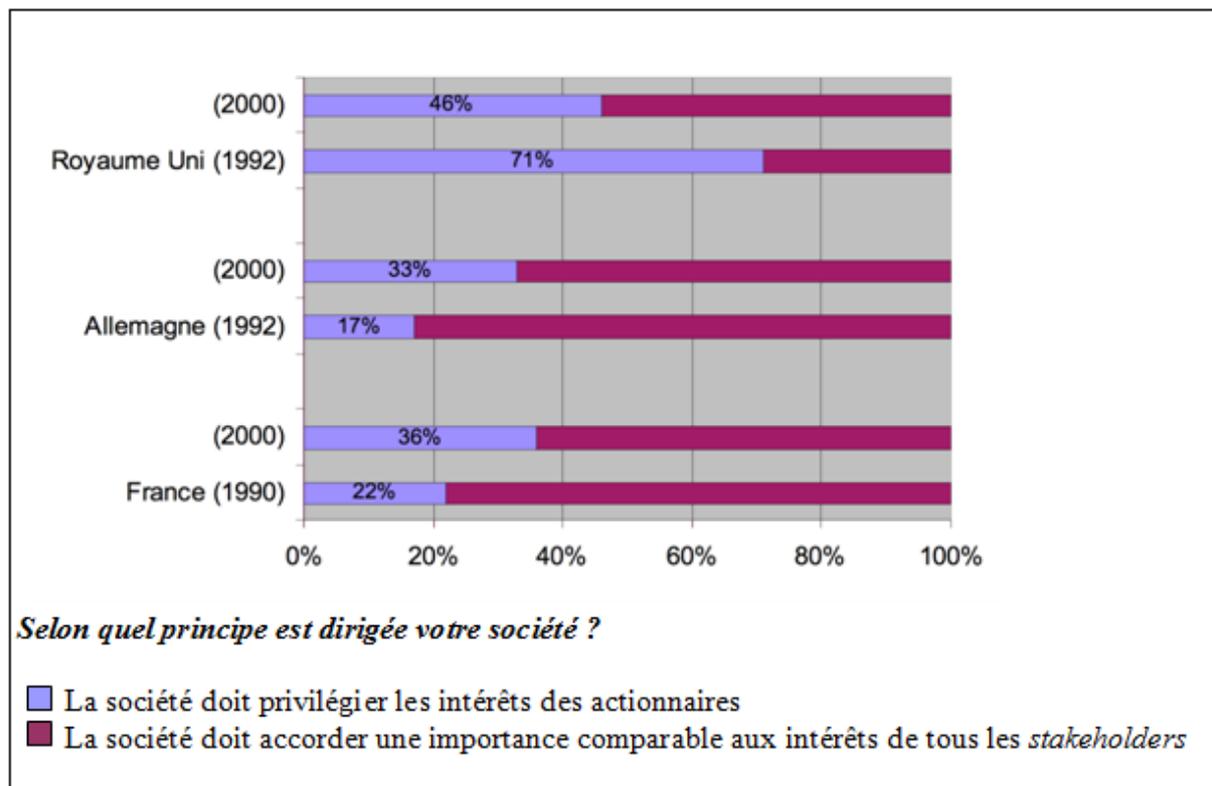
²²³ Rubinstein M., Op.cit.

²²⁴ Ce troisième critère est basé sur l'étude de Margaret Blair : comparaison de l'efficacité économique relative des modèles *Shareholder* et *Stakeholder*, in Rubinstein M., *idem*.

²²⁵ Rubinstein M., *ibidem*.

C'est aussi l'avis d'une étude réalisée par l'OCDE en 2000. Cette étude propose une comparaison entre le recours à la *Shareholder theory* comme principe de direction des entreprises privilégiant l'intérêt des actionnaires et le recours *Stakeholder theory* comme principe de direction des entreprises privilégiant la prise en compte de l'ensemble des intérêts. Le graphique ci-après, en comparant le principe selon lequel sont dirigées les entreprises dans trois pays de l'OCDE entre 1990 et 2000, montre une nette progression du modèle *Stakeholder* par rapport au modèle *Shareholder*.

Graphique n°1 : Comparaison du recours à la *Stakeholder* et à la *Shareholder*



Source : Plihon et alii. (2001)

Par exemple, au Royaume- Uni, pays anglo-saxon, les entreprises étaient dirigées selon le principe *Shareholder* à 71% en 1992. Ce modèle évolue cependant en 2000 sur une égalité de recours entre principe *Shareholder* et principe *Stakeholder*. Parallèlement, l'Allemagne et la France, où une minorité des entreprises fonctionnait selon le principe *Stakeholder* en 1992, on remarque une évolution sensible de la part en 2000 qui passe respectivement à 36% en France et à 33% en Allemagne.

Si l'objet du tableau est d'évoquer une certaine convergence entre le recours au principe *Shareholder* et le principe *Stakeholder*²²⁶, il exprime également que le modèle *Stakeholder* tend à dominer, ce qui fait dire à Michel Capron qu'il se construit « *une économie des parties prenantes* »²²⁷.

1.2. La gouvernance publique, une justification de la Stakeholder Theory

Dans ces origines, la théorie des parties prenantes est profondément ancrée dans les faits socio-politiques et s'immisce dans la gouvernance publique.

Se référer à la théorie des parties prenantes, c'est donc souligner une corrélation entre les faits sociaux et l'idée même d'intérêt public. Lépineux (2003) nous explique ainsi comment la théorie des parties prenantes, comme intrusion des partenaires non actionnaires et non managers, a pris base sur des « affaires ».

En 1967, aux USA, des groupes communautaires s'invitent à l'assemblée générale des actionnaires d'Eastman Kodak sur fonds de tensions raciales et de chômage massif (**crise sociale, insécurité économique**) de la population noire de la région de Cleveland.

En 1970, aux USA, des mouvements consuméristes s'invitent à l'assemblée générale de General Motors en raison des défauts de **sécurité** des véhicules commercialisés. D'autres questions relatives aux pratiques sociales de l'entreprise sont soulevées avec une couverture médiatique d'envergure.

Ces deux « faits générateurs » ont marqué l'importance accordée depuis à la **dimension sociétale** de l'entreprise dans la firme américaine.

En 1997, en Grande Bretagne, plusieurs actionnaires posent la question de la nature politique des relations qu'entretient le groupe pétrolier SHELL avec le gouvernement nigérian de l'époque compte tenu de la question des droits de l'homme et du respect de l'environnement.

Cette « affaire » est considérée comme le point de départ de la *Stakeholder Governance*, c'est-à-dire l'émergence d'un activisme partenarial.

La possibilité que la société s'invite aux « affaires de la firme », dans un esprit de protection de son intérêt, selon lui lésé au profit des intérêts économiques, a conduit les entreprises à trouver des voies d'apaisement.

²²⁶ Plihon D., Ponsard J.-P., Zarlowski P. (2001), « Quel scénario pour le gouvernement d'entreprise ? Une hypothèse de double convergence », *Cahier n°2001-008*, Laboratoire d'économétrie, Ecole polytechnique, CNRS, Paris, août, 15p.

²²⁷ Capron (1999), « Grandes et petites manœuvres autour de l'éthique de l'entreprise », *Cadres-CFDT* n°390.

Si l'entreprise a su pratiquer la prise en compte des intérêts managériaux et actionnaires, à travers la théorie de l'agence, il lui a fallu s'inscrire dans une démarche différente pour prendre en compte l'ensemble des intérêts divergents. Cette pratique est particulièrement présente dans le secteur de l'environnement entre les entreprises privées et les associations de protection de l'environnement.

La gouvernance publique, dont le but ultime est la prise en compte de l'intérêt commun, est donc inscrite dans cette démarche de prise en compte de l'intérêt de tous.

Ainsi, la *Stakeholder Theory* semble avoir été inscrite dans les enjeux de la gouvernance publique depuis ces origines, notamment dans le système de santé comme l'explique Patrick Mordelet (2006).

1.3. Système de santé et modèle Stakeholder : l'hypothèse exclusive de Patrick Mordelet sur la gouvernance hospitalière

Les études de Donaldson et Preston, de même que l'analyse comparative de Margaret Blair confortent le rattachement des gestionnaires du public à la théorie des parties prenantes. Parce qu'elle présente une vision de l'entreprise assez vaste pour s'appliquer à toutes les organisations notamment publiques.

Dans la même lignée, Patrick Mordelet (2006) défend l'hypothèse d'une applicabilité exclusive du **modèle Stakeholder** à l'hôpital et nous explique que « *l'application des principes de la corporate governance à l'hôpital se traduit par le remplacement des actionnaires (shareholders) par les parties prenantes (stakeholders)*²²⁸.

Pour l'auteur, lorsque l'on se situe au niveau du modèle *Shareholder*, qui propose la maximisation de la valeur actionnariale, il est évident que la transposition à l'organisation hospitalière n'est ni aisée ni recommandée du fait de la prédominance des aspects financiers comme critère d'efficacité.

Dans une certaine mesure, l'identification des actionnaires n'est pas facile, parce que l'hôpital est la propriété de multiples partenaires publics ou privés; en revanche, ce modèle présente de nombreux avantages notamment en ce qui concerne la conceptualisation des relations d'agence et la compréhension des enjeux de pouvoirs dans une organisation.

Le modèle *Stakeholder*, par la prise en compte de toutes les parties prenantes, semble également pouvoir s'articuler autour des problématiques hospitalières de mise en cohérence

²²⁸ Mordelet P. (2006), Op.cit., p.45.

des activités des différents corps professionnels présents dans l'organisation. La relation de confiance qui s'installe entre les parties prenantes²²⁹, parce que « parties prenantes » est également semblable à celle qui existe historiquement entre le médecin et son patient.

Si Patrick Mordelet (2006) admet que la *Shareholder Theory* est utile dans l'analyse de la relation médicale en tant que relation d'agence, et des exemples de sélection adverse, il relève cependant une primauté de la *Stakeholder Theory*, dans le cadre de l'analyse de la gouvernance hospitalière. En effet, si l'approche partenariale reste une approche contractuelle, ce contrat ne suppose pas, au préalable, l'échange des capacités des parties au contrat (force de travail contre force financière), mais avant tout, la mise en commun des capacités de chacun pour mieux produire. En ce sens, elle est dynamique et collaborative tandis que l'approche actionariale est statique²³⁰.

Dans le cadre de nos travaux de recherche, le recours à l'approche partenariale est principalement lié à son adaptabilité aux organisations publiques et à l'intérêt qu'elle porte à la collaboration, au partenariat, à l'alliance, comme outils de gestion. La notion de valeur qui y est jointe découlant de ces jeux d'acteurs. L'intégration des usagers dans la gouvernance hospitalière et ensuite dans la gouvernance du système de santé, s'est affirmée dans une certaine logique de collaboration.

Pour le patient, ou plus globalement les usagers du système de santé, la pérennité du système de santé et plus encore la qualité de l'offre de soins est un enjeu majeur (raison vitale). L'expertise profane se propose alors d'accompagner l'expertise professionnelle, car en matière de santé, l'expérience de la maladie peut compter.

En ce sens, les usagers se positionnent en tant que collaborateurs (Savage, 1991 : l'intérêt à la collaboration des parties prenantes), pas uniquement en tant que bénéficiaires. Ils ont la capacité de connaître la finalité du système de santé, de pouvoir la mesurer, de savoir comment l'atteindre, car ils en sont les objets et les bénéficiaires.

Parce que la théorie de parties prenantes a fait de la collaboration un de ces enjeux, il nous est nécessaire de la définir et d'en connaître les principes dans la relation partenariale entre les usagers et le système de santé.

²²⁹ Etude de Jones, 1972 : selon Rubinstein, op.cit., Jones base son étude sur la théorie de l'agence, la théorie des coûts de transaction et la théorie du travail en équipe ; et démontre que le management de type *Stakeholder* permet d'atteindre la solution la plus coopérative grâce à l'amélioration de la confiance.

²³⁰ L'auteur s'oppose donc à la vision statique de l'approche partenariale qui est la vision dominante. Pour rappel, nous l'avons exposé dans nos précédents développements.

2. De la théorie des parties prenantes

Développée dans les années quatre-vingt en réponse à la suprématie des intérêts actionnaires préconisée par Jensen et Meckling (1976), la théorie des parties prenantes a pris son envol autour du concept de responsabilité sociale des entreprises, notamment dans le secteur de l'environnement.

Pour Gérard Charreaux et Peter Wirtz (2006), les limites de l'approche actionnariale pour rendre compte de la complexité formelle et processuelle des systèmes de gouvernance sont également aux fondements du développement de la théorie des parties prenantes.

La Théorie des parties prenantes repose sur différents postulats notamment la valeur partenariale intrinsèque à l'ensemble des parties dont aucun intérêt ne peut dominer les autres. De ce fait, Samuel Mercier (2006) nous explique que « *au-delà de maximisation du profit (minimisation des coûts en santé !), il convient d'inclure dans la gouvernance de l'entreprise les intérêts et les droits des non actionnaires* »²³¹.

2.1. Comprendre la Théorie des Parties Prenantes

La théorie des parties prenantes a introduit une nouvelle approche de la gouvernance des entreprises, notamment une nouvelle manière de formuler et de traiter les problèmes de gouvernance (Charreaux, Wirtz, 2006), en considérant que l'ensemble des intérêts des intéressés doivent être pris en compte.

La théorie des parties prenantes propose également une conception différente des organisations, en ce sens qu'elle rejoint l'approche organisationnelle de l'action collective (Crozier et Friedberg, 1977 ; Piotet et Sainseaulieu, 1994...) et l'approche institutionnaliste (Di Maggio, 1988 ; Scott, 1987) en concevant « *l'organisation comme un acteur social* »²³². Par ailleurs, la notion d' « *acteur organisationnel* » repose sur l'idée que l'interaction des acteurs intéressés de l'entreprise reproduit une vie collective et produit une valeur.

Dans ce cadre philosophique, l'organisation est intégrée dans un environnement socio-politique inséparable de la réalité économique. De ce fait, le développement de l'entreprise ne peut se faire en se limitant aux critères de type maximisation des intérêts financiers des actionnaires.

²³¹ Mercier S. (2006), in Bonnafous-Boucher M., Pesqueux Y., Op.cit.

²³² Jimenez, A.M., (2004), « La pertinence de la perspective des intéressés dans la gestion stratégique des ressources humaines (GSRH) : leçons d'une étude de cas », Actes de colloque du XVème Conférence de l'AGRH à Montréal, septembre 1-3 2004, pages 401-424.

En effet, la théorie des parties prenantes accepte comme l'explique Maria Amparo Jimenez (2004) que « le marché ainsi que les institutions politiques et sociales s'interpénètrent et s'influencent mutuellement »²³³.

En rejetant l'idée d'une approche centrée sur l'intérêt des actionnaires, seuls détenteurs de la créance résiduelle, la TPP remet en question l'exclusivité de l'intérêt non pas la prise en compte. C'est en effet en réaction à la domination de la théorie de l'agence (depuis Jensen et Meckling, 1976) qui érige la priorité des intérêts actionnaires que Freeman (1984) propose la *Stakeholder Theory* pour une prise en compte égale (à leur investissement) des intérêts de l'ensemble des parties prenantes.

Pour Stéphane Trébucq (2005), les théories de l'agence et des parties prenantes se positionnent sur des clivages idéologiques et philosophiques divergents. La théorie de l'agence s'inscrit dans une tendance libérale et de maximisation de l'intérêt personnel, tandis que la théorie des parties prenantes, elle, s'inscrit dans l'idéologie marxiste et de préservation de l'intérêt général.

Du fait de ce principe idéologique, la théorie des parties prenantes conduit à prendre en considération tout apport productif, cognitif, financier, consommateur et même environnemental au développement de l'entreprise. En ce sens, elle se situe dans la compréhension « Tocquevillienne » de la démocratie américaine, c'est-à-dire comme un « héritage de marchands pieux »²³⁴ dont la perspective principale est l'égalité morale des intérêts en jeu (Bonnafoos-Boucher et Pesqueux, 2006). Notons que l'enjeu démocratique, essence de la participation des usagers du système de santé, est en filigrane en terme de « démocratie industrielle » ou « démocratie d'entreprise ».

L'enjeu égalitaire a ainsi conduit Preston et Donaldson (1995) à définir les parties prenantes comme les personnes ayant un intérêt légitime au développement de l'entreprise. Ces auteurs ont, par leur réflexion, contribué à constituer un corpus de principes relatifs à la théorie des parties prenantes qui peuvent être regroupé en quatre points essentiels ainsi que le rappelle Samuel Mercier (2006).

- Premièrement, l'organisation est en relations avec plusieurs groupes qui affectent et sont affectés par ses décisions (Freeman 1984).

²³³ Jimenez, Amparo Maria (2004), Op.cit.

²³⁴ Bonnafoos-Boucher M., Pesqueux Y. (2006), Op.cit, p. 21.

- Deuxièmement, *Les intérêts des parties prenantes ont une valeur intrinsèque et aucun intérêt n'est censé dominer les autres* (Clarkson 1995 ; Donaldson et Preston 1995).
- Troisièmement, *La théorie est concernée par la nature de ces relations en termes de processus et de résultats vis-à-vis de la société et des parties prenantes*
- Quatrièmement, *La théorie s'intéresse à la prise de décision managériale* (Donaldson et Preston 1995).

Dans la conception dominante juridico-financière, la valeur pour l'entreprise se confond avec la valeur pour l'actionnaire (Shleiffer et Vishny, 1997). Une hypothèse cruciale est celle de l'actionnaire unique créancier résiduel à qui doit revenir la valeur créée.

Dans ce modèle fondé sur la théorie de l'agence, le dirigeant est l'agent des actionnaires ; détenant peu ou pas de capital, il est incité à adopter un comportement contraire aux intérêts des actionnaires (Jensen et Meckling, 1976) par opportunisme, donnant ainsi naissance à des conflits d'agence coûteux pour l'entreprise. Le maintien du potentiel de création de la valeur dépend alors des mécanismes de gouvernance comme levier disciplinaire. « *En caricaturant, la valeur se crée pour l'actionnaire en contrôlant le dirigeant de façon à réduire au mieux les effets nocifs des conflits d'agence* »²³⁵.

La remise en cause de la conception première et même dominante de la gouvernance d'entreprise, selon laquelle l'actionnaire est le seul à supporter le risque résiduel, justifiant ainsi l'idée qu'il doit être le seul bénéficiaire de la créance résiduelle, est l'un des piliers de la théorie des parties prenantes.

Pour Freeman (1984), la créance résiduelle n'est pas que financière et fiduciaire, elle intègre les enjeux des autres parties prenantes, par exemple la conservation de leur emploi pour les salariés, la garantie de leur contrat pour les fournisseurs ou la satisfaction de leurs attentes pour les consommateurs. Chacune de ces parties prenantes a donc un intérêt au développement de l'entreprise. Le risque résiduel est donc partagé. De ce fait, la créance résiduelle doit être également partagée entre les parties qui sont tous contribuables de « **la rente organisationnelle globale créée par l'entreprise** ».

Dans ce cadre, les parties prenantes sont des ayants droits c'est-à-dire les personnes ou les groupes ayant un intérêt légitime. Pour Mercier (2006), Dodd (1932) et Barnard (1938), « *l'entreprise doit équilibrer les intérêts concurrents des différents participants dans le but de*

²³⁵ Charreaux G., Wirtz P. (2006), Op.cit

maintenir leur nécessaire coopération »²³⁶. Les parties prenantes, s'ils protègent leurs intérêts quoique divergents, ont un intérêt commun qui est le développement de l'entreprise.

Pour parvenir à la garantie de cet intérêt commun, le partenariat est essentiel. La mutualisation des capacités de chacun est créatrice de la valeur partenariale.

En prenant le cas du système de santé, le fait que les usagers, en tant que malade dans le colloque singulier ou comme représentant des usagers, puissent aider à l'ajustement entre l'offre de soins et les besoins, par exemple à travers les questionnaires de satisfaction, contribuent à la valeur partenariale dans le sens de Donaldson et Preston (1995).

C'est pourquoi, la loi du 04 mars 2002 a octroyé, aux usagers du système de santé, les droits de participation à l'orientation et à la définition des politiques de santé, infra et supra hospitalières, ainsi que le droit d'être partie prenante, par la représentation dans les instances de la gouvernance du système de santé.

A travers cette loi, qui prend acte des évolutions sociologiques et juridiques précédentes, les usagers acquièrent à la fois la légitimité et l'urgence (voire les attributs de Mitchell dans nos prochains développements) de siéger dans les instances de la gouvernance du système de santé.

2.2. Définir les Parties Prenantes

L'approche partenariale, tout comme l'approche actionnariale, tire ses origines des travaux de Berle et Means (1932). En effet, les deux auteurs constatent le développement d'une « *pression sociale s'exerçant sur les dirigeants pour qu'ils reconnaissent leur responsabilité auprès de tous ceux dont le bien-être peut être affecté par les décisions de l'entreprise* »²³⁷. Ainsi ils suggèrent de développer un système de contrôle qui puisse conduire à l'équilibre des « *intérêts des différents groupes de la communauté* »²³⁸. Cependant, c'est en 1963 que le Stanford Research Institute met à jour le concept de « partie prenante ».

Pour Freeman (1984), est partie prenante « tout groupe ou individu qui peut affecter ou qui est affecté par la réalisation des objectifs de l'entreprise »²³⁹.

La référence au lien d'affection plutôt qu'au droit de propriété permet d'élargir les intérêts en jeu dans la gouvernance d'une entreprise, et de légitimer la prise en compte d'autres intérêts que les seuls intérêts de l'actionnaire.

²³⁶ Mercier S. (2006) in par Bonnafous-Boucher M., Pesqueux Y., Op.cit., p. 159.

²³⁷ Traduction de Samuel Mercier, (2006), in Bonnafous-Boucher et Pesqueux.

²³⁸ Traduction de Mercier, (2006), in Bonnafous-Boucher et Pesqueux.

²³⁹ Freeman, (1984), Op.cit

Dans cet ordre d'idées, Donaldson et Preston (1995) considèrent comme parties prenantes, tous ceux qui ont « *un intérêt légitime dans l'organisation* »²⁴⁰. Par ailleurs, les intérêts de chaque partie prenante ont une valeur intrinsèque. Ils écrivent à ce propos :

« Stakeholders are persons or groups with legitimate interests in procedural and/or substantive aspects of corporate governance...

The interests of all stakeholders are of intrinsic value. That is, each group of stakeholders merits consideration for its own stake... »²⁴¹

Plus qu'une théorie élargie de l'agence, qui valide la notion de risque résiduel pour l'ensemble des acteurs de l'entreprise, mais se focalise sur l'existence d'un contrat bilatéral, la théorie des parties prenantes constitue une approche distincte. En effet, par la légitimation de ce risque résiduel étendu, elle constitue une extension du bilatéralisme du contrat d'agence, et noue les intérêts de l'ensemble des partenaires.

De ce nœud d'intérêts, d'où aucun intérêt ne peut par nature primer sur aucun autre, le partenariat constitue la possibilité de produire ensemble. C'est ainsi que l'approche partenariale s'inscrit selon nous, non plus dans une logique de « *nœud de contrats* », mais dans celle de « *nœud d'investissements* » créateur de rente organisationnelle et porteur de droits à gouverner.

Autour de cette idée, de nombreux théoriciens ont nourri différentes définitions des parties prenantes, inspirant ainsi les différentes approches de la théorie des parties prenantes : normative, instrumentale ou empirique. Pour Samuel Mercier (1999), les parties prenantes sont « *l'ensemble des agents pour lesquels le développement et la bonne santé de l'entreprise constituent des enjeux importants* »²⁴². Cette définition nous permet d'envisager les usagers comme parties prenantes car, en tant que bénéficiaires, le développement du système de santé est un enjeu important pour eux.

De la même manière, Yvon Pesqueux et Marie Bonnafous- Boucher (2006) considèrent que chaque partie prenante a « *un intérêt légitime dans l'entreprise* », qui n'est pas seulement de garantir la prise en compte du risque résiduel qu'elle encoure mais aussi de participer au développement de l'entreprise. Ils rejoignent ainsi la définition de Samuel Mercier (1999).

²⁴⁰ Bonnafous-Boucher M., Pesqueux Y., (2006), Op.cit, p 22.

²⁴¹ « *Sont parties prenantes toute personne ou tout groupe ayant un intérêt légitime dans l'entreprise. Les intérêts de ces personnes ou groupes ont une valeur intrinsèque qu'il est nécessaire de prendre en compte* », Donaldson T., Preston L., (1995), « The Stakeholder Theory of The Corporation : Concepts, Evidence and Implications », *Academy of Management Review*, n° 20, pp.65-91.

²⁴² Mercier S., (1999), *L'éthique dans les entreprises*, édition La découverte, Paris. Cité par Salma-Ayadi (2002).

Les définitions de Freeman, Donaldson et Preston, Pesqueux ou Mercier montrent bien que la *Stakeholder Theory* est multiforme. En effet, la littérature combine différents aspects de la théorie des parties prenantes qui vont de l'intérêt égalitaire à l'enjeu de management. Elle peut ainsi être envisagée selon un angle normatif, instrumental ou descriptif (empirique).

Yvon Pesqueux et Salma Damak-Ayadi (2005)²⁴³ considèrent que la théorie des parties prenantes est soumise à deux écoles de pensées qui découlent sur une triple classification des perspectives d'approche de la théorie des parties prenantes. Une première école, celle de la théorie empirique des parties prenantes se fonde sur les perspectives descriptive et instrumentale, alors que l'école normative des parties prenantes se fonde sur une perspective éthique.

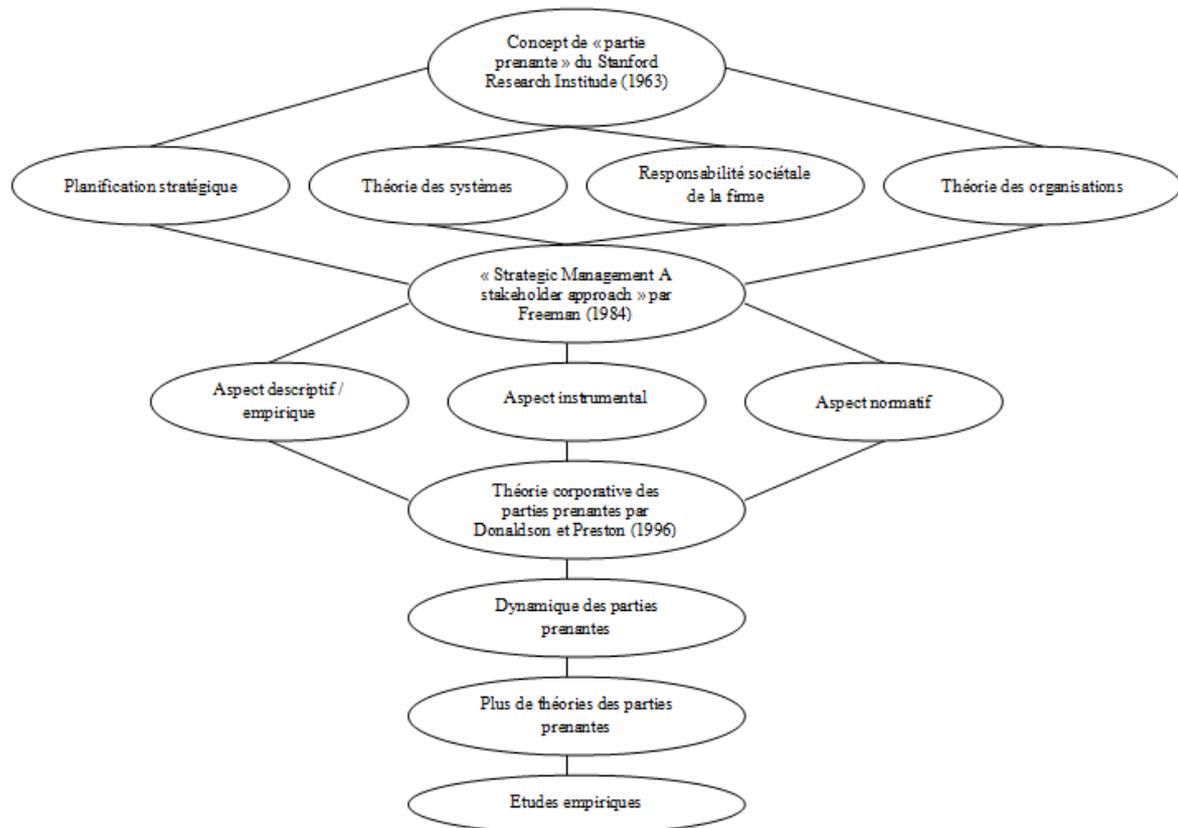
S'inspirant des travaux de Jones et Wicks (1999), les deux auteurs nous expliquent les enjeux de cette distinction. En effet, la perspective normative incarne l'enjeu égalitaire en recommandant qu'il est de la responsabilité sociale de l'entreprise de considérer également les parties prenantes quel que soit leur pouvoir potentiel. La perspective instrumentale, quant à elle, considère que la prise en compte des intérêts des parties prenantes est créatrice de valeur. Enfin, la perspective descriptive implique que « *l'organisation est au centre de coopérations et de compétitions possédant chacune une valeur intrinsèque* »²⁴⁴. A travers ces trois perspectives, la TPP révèle l'enjeu stratégique de la prise en compte, du management des différentes parties prenantes.

En somme, la théorie des parties prenantes est une théorie à trois versants, descriptif, instrumental et normatif qui convergent sur l'idée que les intérêts des parties prenantes ont une valeur intrinsèque, tout en se distinguant sur leur opérationnalité (schéma n° 9).

Schéma n° 9 : Evolution de la Théorie des parties prenantes

²⁴³ Damak-Ayadi S., Pesqueux Y. (2005), « Stakeholder Theory in perspective », *Corporate governance*, vol. 5, n° 2, pp. 5-21.

²⁴⁴ Damak-Ayadi S., Pesqueux Y. 2005), Op.cit.



Source : Cayrol (2006)

Si la théorie des parties prenantes se décline en trois versants, la figure ci-dessus montre une certaine convergence de ces trois versants dans un ensemble que Donaldson et Preston exprime sous le titre de « théorie corporative des parties prenantes ».

Salma Damak-Ayadi et Yvon Pesqueux (2005) abordent d'ailleurs cette convergence en reprenant la hiérarchie de Weaver et Trevino (1994) sur les interactions entre les trois versants de la théorie des parties prenantes et plus spécifiquement entre le versant instrumental et le versant normatif. Ils établissent trois types d'interaction : le parallélisme (rejet de toute interaction), la symbiose (interaction forte sans fusion) et l'intégration (fusion de l'un dans l'autre).

Au-delà des débats théoriques qui les opposent, les trois versants se déclinent suivant leur opérationnalité pour la stratégie de l'entreprise, en termes d'apport managérial ou éthique suivant le versant prédominant. En termes de management, par exemple, les approches empiriques (descriptive et instrumentale) sont hypothétiques en ce sens qu'elles ont pour objet d'expliquer les liens entre le management des parties prenantes et la performance organisationnelle, alors que l'approche narrative est catégorique avec pour objectif d'expliquer ou prédire la performance.

Samuel Mercier (2001)²⁴⁵ a élaboré une synthèse des approches de la théorie des parties prenantes, en considérant l'objectif de la prise en compte de leurs intérêts.

Tableau n° 6 : Les différentes versions de la *Stakeholder Theory*

SHT : version éthique		Normative	Principe de fiduciaire et de légitimité de l'entreprise fondant la responsabilité sociale des l'entreprise	Bien-être social et justice sociale (Perspective systémique)	Théorie élargie des droits de propriété : Donaldson et Preston (1995) ; Donaldson et Dunfee (1999) Théorie de la justice : Rawls (1971) ; Freeman (1994) ; Phillips (1997)
			Ethique de l'agent (perspective organisationnelle)	Théorie principal-agent : Wood et Jones (1995)	
			Réseaux relationnels (perspective organisationnelle)	Théorie féministe : Wicks et al. (1994) ; Burton & Dunn (1996)	
			Capitalisme kantien (perspective systémique)	Théorie déontologique : Freeman et Evan (1990)	
SHT : version managériale	Approches analytiques	Instrumentale	Effet de la prise en compte des SH sur la performance organisationnelle	Effizienz des relations / transactions / contrats / relationnels	Théorie des réseaux sociaux et théories contractuelles : Preston et al. (1991) ; Hill et Jones (1992) ; Jones (1995) ; Charreaux et Desbières (1998)
			Descriptive	Prise en compte des SH dans le management de l'entreprise	Orientation vers la performance et vers la justice (perspective managériale)
		Etude de la nature et des valeurs des SH (perspective organisationnelle)		Théories de la décision : Brenner & Cochran (1991) ; Berman et al. (1999)	

Source : Mercier (2001)

²⁴⁵ Mercier S. (2001), « L'apport de la théorie des parties prenantes au management stratégique : une synthèse de la littérature », Xième Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique », juin 2001, 24p.

Le cœur de notre recherche se situe dans la mobilisation de la typologie de Mitchell, Agle et Wood, comme élément de caractérisation des usagers du système de santé en tant que parties prenantes, en essayant de révéler les apports en termes de management.

Notre démarche, ainsi que le précise le schéma ci-dessus, s'intègre dans la version managériale de la théorie des parties prenantes, se situe sur le versant empirique de la théorie spécifiquement le versant descriptif. Cette approche de la théorie des parties prenantes recommande la prise en compte des parties prenantes dans le management de l'entreprise. L'intégration des usagers comme parties prenantes dans la gouvernance du système de santé, ainsi que la recherche d'une valorisation de cette participation en termes de performance organisationnelle, dans un contexte de démocratie sanitaire, s'insère bien dans le cadre théorique proposé par Mitchell et alii (1997) auquel nous recourons.

Section 2 La typologie de Mitchell et alii, une stratégie de gouvernance publique

1. La caractérisation des parties prenantes, enjeu de management stratégique : les multiples classifications des PP

L'intérêt de la prise en compte des parties prenantes a été étudiée dans la théorie, à travers deux versions (voire le tableau de Mercier, page précédente), la version managériale et la version éthique.

Des thèmes qui le nourrissent, la caractérisation des parties prenantes est une constante. En effet, l'identification des parties prenantes permet d'orienter la stratégie de l'organisation pour une efficacité des relations et des transactions dans l'organisation, en limitant les coûts d'agence, dans le cadre de l'approche instrumentale. En outre, l'opération permettrait également d'orienter la performance.

La prise en compte des intérêts divergents des parties prenantes dans l'entreprise a suscité de nombreux travaux comme le rappellent Yvon Pesqueux et Marie Bonnafous-Boucher (2006).

Ces travaux, à l'instar des travaux de Freeman (1984), ont d'abord cherché à analyser les intérêts caractéristiques et les comportements de l'organisation se focalisant particulièrement sur le rôle de l'entreprise vis-à-vis de ses parties prenantes. Dans ce cadre, Freeman (1984) motive le recours à la théorie des parties prenantes par le fait que la prise en compte de leurs intérêts limite les coûts d'agence et détermine la performance de l'entreprise.

L'identification des parties prenantes a donné lieu à de nombreux écrits sur la classification des parties prenantes (Jimenez, 2004 ; Bonnafous- Boucher, 2006) et produit de nombreuses taxinomies des parties prenantes à partir des travaux de Savage (1991), de Donaldson et Preston (1995), de Max Clarckson (1995), de Henriques et Sadorsky(1999) ou de Friedman et Miles (2002).

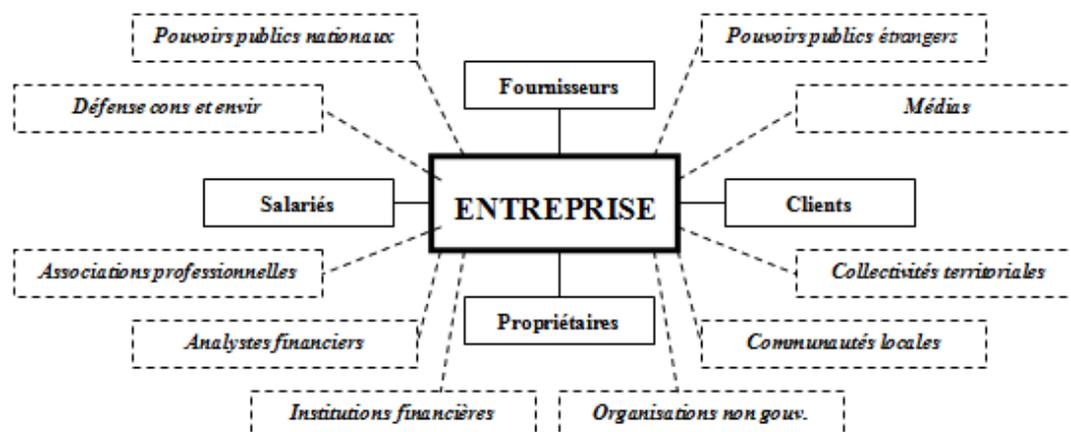
Ces travaux taxinomiques ont cherché à définir les parties prenantes dans leur relation directe ou indirecte, primaire ou secondaire avec l'entreprise, dans la perception de celles-ci par les managers, coopératives ou non, ou dans leur degré d'importance pour la stratégie de l'entreprise, influentes ou non.

Notre recherche a consisté, dans cette partie, à retracer chronologiquement les typologies les plus recensées par la littérature sur les parties prenantes avant de retenir la typologie de Mitchell et alii, pour son dynamisme et sa flexibilité.

La typologie élaborée par Savage et al. (1991 : 64)²⁴⁶ distingue les parties prenantes autour du degré de menace vis-à-vis de l'entreprise et de la volonté à coopérer avec l'organisation, ce qui peut poser problème dans un exercice de caractérisation d'une partie prenante comme le nôtre, notamment sur la capacité à cerner le concept de menace.

Si Jones et Hill (1992) ou Clarckson (1995) caractérisent les parties prenantes primaires et secondaires, ce qu'ils retiennent c'est que les secondes ne sont ni influentes ni essentielles à l'organisation.

Schéma n° 10 : La classification des parties prenantes de Clarckson



Source : Mercier, 2001

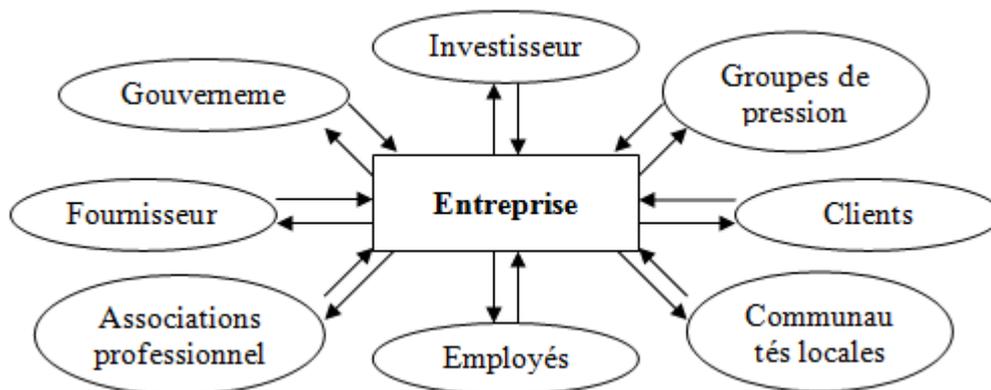
²⁴⁶ Savage G.T, NIX T.W., Whitehead C.J., Blair J.D, (1991), « Strategies for assessing and managing organizationnal stakeholders », *Academy of Management Executive*, vol.5 (2) : 61-75.

Pour Clarkson (1995), les parties prenantes primaires ou volontaires incluant les actionnaires, les employés, les investisseurs, les clients et les autorités publiques disposent d'un droit issu des relations contractuelles, alors que les parties prenantes secondaires ou involontaires influencent l'organisation sans être liées contractuellement à elle et sans être essentielles à sa survie²⁴⁷. Cependant, même si l'entreprise n'en est pas dépendante, elle doit les surveiller.

Si cette classification propose des éléments intéressants, cependant elle classe un certain nombre d'acteurs majeurs du système de santé dans la catégorie des parties prenantes secondaires, non influentes et non essentielles. En ce sens, elle s'accommode très peu comme théorie pertinente à notre analyse des parties prenantes du système de santé.

Donaldson et Preston, quant à eux, proposent une typologie tournée autour de l'influence mutuelle entre l'entreprise et ses parties prenantes. Ce modèle a été adapté par Samuel Mercier dans la figure suivante :

Schéma n° 11 : La classification des parties prenantes de Donaldson



Source : Mercier (2001), adapté de Donaldson et Preston, 1995, p.69

Dans une autre approche, la typologie de Mitchell, Agle et Wood (1997) propose trois attributs pour caractériser l'importance des parties prenantes, la légitimité, l'urgence et le pouvoir. L'articulation de ces attributs détermine la nature de chaque partie prenante ainsi que son degré d'influence.

La classification de Henriques et Sardosky (1999)²⁴⁸ répartit les parties prenantes en quatre groupes selon leur fonction dans l'entreprise et leur pouvoir.

²⁴⁷ Clarkson M. (1995), « A stakeholder framework for analysing and evaluating corporate social responsibility », *Academy of Management Review*, vol. 20, n°1, pp. 92-112.

²⁴⁸ Henriques I., Sardosky P. (1999), « The relationship between environmental commitment and managerial importance of stakeholder importance », *Academy of Management Journal*, Vol. 42, pp. 97-99.

Ces auteurs distinguent donc les parties prenantes de régulation qui disposent d'un pouvoir sur le niveau macro-entreprise, les parties prenantes organisationnelles qui ont un pouvoir en micro-entreprise, les représentants de la communauté dont le pouvoir est lié à la possibilité de pression populaire et le pouvoir médiatique dont l'influence est liée à la possibilité de légitimer les revendications des autres parties par la pression médiatique.

Dans le courant de la responsabilité sociale des entreprises, Sanjay Sharma (2001)²⁴⁹ propose une classification par groupement avec les parties prenantes économiques, les parties prenantes non économiques ou sociales. Dans cette classification, les parties prenantes collaborent principalement pour faire coïncider les intérêts économiques aux intérêts environnementaux ou sociaux.

Andrew Friedman et Samantha Miles (2002)²⁵⁰ inscrivent les parties prenantes au sein de quatre groupes en fonction de leurs rapports avec l'entreprise en s'inspirant des travaux de Margaret Archer (1996)²⁵¹ sur la différenciation sociale.

Selon ces auteurs, les parties prenantes peuvent se différencier selon que leurs intérêts coïncident ou non avec ceux de l'entreprise ou qu'elles soient nécessaires ou non pour la survie de l'entreprise. Ils distinguent donc les parties prenantes compatibles, nécessaires, incompatibles et contingentes. Cette classification, comme celle de Mitchell et alii. (1995) est flexible, les parties pouvant se distinguer en fonction de la radicalisation ou non de leurs rapports avec l'entreprise.

La typologie de Mitchell et alii. est mobilisée dans notre travail de recherche pour statuer sur la place des usagers du système de santé en tant que partie prenante.

A partir de leur positionnement comme partie prenante, nous analyserons les effets de cette participation et les influences possibles, au regard de la littérature sur la collaboration avec les parties prenantes.

Malgré l'attrait certain de l'ensemble des typologies relatives aux parties prenantes, le cadre élaboré par Mitchell et alii. (1997), autour du triptyque légitimité, urgence et pouvoir, permet une analyse de la participation des usagers pour deux raisons :

Premièrement, en dehors de Savage et alii. (1991), qui caractérisent l'intérêt stratégique d'une partie prenante autour de deux éléments caractéristiques que sont le degré d'influence et la

²⁴⁹ Sharma S. (2001), « L'organisation durable et ses stakeholders », *revue Française de gestion*, Paris, Novembre- décembre, p. 154-167.

²⁵⁰ Friedman A., Miles S., « Developing stakeholder theory », *Journal of Management Study*, vol. 39, n°1, p. 1-21.

²⁵¹ Archer M. (1996), *Culture and Agency : The place of culture in social theory*, Cambridge, édition révisée, Cambridge University Press.

volonté à collaborer, la typologie de Mitchell est l'une des rares à énoncer des éléments caractéristiques. En effet, elle s'organise autour de trois attributs qui facilitent le travail de caractérisation des parties prenantes.

Deuxièmement, le renvoi régulier de la question de la participation des usagers aux enjeux de légitimité et de pouvoir prédétermine le fait que nous recourrions à cette typologie.

2. La typologie de Mitchell, Agle et Wood Définir l'influence d'une partie prenante, un outil de management ?

La littérature sur les origines de la théorie des parties prenantes a souvent été confrontée à la classification des parties prenantes et à la définition de ce qu'est une partie prenante. L'ouvrage fondateur de Freeman²⁵² en 1984 est d'ailleurs sous-titré « *who and what really count ?* »²⁵³.

Ansoff (1968) pensait déjà en 1968 qu'il était dans l'intérêt de l'entreprise de gérer ses parties prenantes en apportant à chacun une part équitable de satisfaction (1968 : 35)²⁵⁴. Cependant, l'entreprise ne peut satisfaire la myriade de stakeholders possibles. Elle doit donc se concentrer sur les stakeholders les plus importants en répondant à l'interrogation de Freeman (1984) puis de Mitchell et ali. (1997), « *who and what really count* »²⁵⁵.

Suite à cette question, plusieurs réponses sont possibles, notamment la proposition de Clarkson qui en 1995 distingue les parties prenantes primaires et importantes des parties prenantes secondaires et peu influentes.

Ronald Mitchell, Bradley Agle et Donna Wood apportent en 1997 des éléments de réponse principalement centrés sur la catégorisation d'une partie prenante reconnue comme la typologie de Mitchell.

Ces auteurs définissent trois critères pour caractériser les parties prenantes qu'ils nomment « attributs », le pouvoir, la légitimité et l'urgence. A partir de ces attributs, en fonction de leur combinaison, ils analysent le degré d'influence ou d'importance des parties prenantes au sein de l'entreprise.

²⁵² Pour rappel, il s'agit de *Strategic Management : A stakeholder Theory*, Pitmann, 1984

²⁵³ On peut ajouter que la question de l'influence des parties prenantes s'est révélée depuis les origines de la théorie des parties prenantes, notamment dans les batailles féministe et consumériste.

²⁵⁴ Mercier S. (2006), op.cit, p.159.

²⁵⁵ Pour être plus précis, Agle, Mitchell et Wood ne se demandent pas « qui compte », mais définissent principes qui font qu'une partie prenante compte. En effet, leur article s'intitule « *Toward a Theory of Stakeholder Identification and Saliency : Defining the principle of who and what really counts* ». Ils ne s'interrogent donc pas directement sur « qui compte », mais sur les moyens de « compter ».

Dans un premier temps, les auteurs expliquent ce que renferment les notions de pouvoir, de légitimité et d'urgence pour la stratégie de l'entreprise dans la perception des managers.

Le pouvoir d'une partie prenante s'inscrit dans la définition développée par Robert Dhal (1957), en ce sens qu'il se manifeste par la capacité d'un acteur A à faire faire à un acteur B ce que ce dernier ne ferait pas sinon. Dans le même ordre, Jean-Michel Plane (2007) rappelle que le pouvoir « désigne la capacité d'un acteur de se rendre capable de faire agir un autre acteur suivant une orientation souhaitée »²⁵⁶. Il intègre au pouvoir un rôle d'aiguillon qu'on peut envisager chez les usagers du système de santé notamment en matière d'amélioration de la qualité des soins.

Amitai Etzioni²⁵⁷ a également proposé une conception du pouvoir autour de trois types : le pouvoir coercitif (force ou menace), le pouvoir utilitariste (capacité matérielle, compétence) et le pouvoir normatif (charisme ou droit). Cette conception rappelle dans son aspect utilitariste le rôle d'aiguillon que nous avons relevé et que les usagers du système de santé s'activent à être.

La légitimité est « une perception générale que les actions d'une entité sont désirables, convenables ou appropriées dans un ensemble socialement construit de normes, valeurs, croyances et définitions »²⁵⁸.

La légitimité des usagers du système de santé s'est construite de fait et de droit. De fait, avec la montée des velléités dites « consuméristes » des usagers des services publics et le développement de « l'*accountability* » dans le management public. De droit, avec la volonté politico-juridique d'accorder des droits aux usagers, notamment la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades.

Mitchell et alii. (1997) définissent l'**urgence** comme « le degré auquel une partie prenante requiert une attention immédiate »²⁵⁹, c'est-à-dire le degré d'exigence alloué aux revendications des parties prenantes par les managers.

Si la légitimité, telle que nous l'avons définie, est stable dans le temps et selon les circonstances, le pouvoir et l'urgence évoluent en fonction de la contrainte temps, ce que les auteurs appellent le « *sensitive time* », exercée par les parties prenantes et la gravité des exigences selon la perception des managers. Ce concept donne à la typologie de Mitchell son

²⁵⁶ Plane J-M., (2007), Op.cit, p.85

²⁵⁷ Etzioni A. (1998), « A communication Note on Stakeholder Theory », *Business Ethics Quarterly*, vol. 8, issue 4, p. 679-691.

²⁵⁸ Schumann M.C., (1995), « Managing Legitimacy : Strategic and Institutional approaches », *Academy of Management Review*, vol. 20, n° 3, p.571-610.

²⁵⁹ Mitchell et alii. (1997), Op.cit.

caractère dynamique car les caractéristiques de chacune des parties ne sont pas figées, elles peuvent évoluer dans le temps. Dans la typologie de Mitchell et alii., les attributs pouvant être acquis et perdu, le pouvoir est donc transitoire.

La typologie de Mitchell innove, parmi un ensemble de classifications des parties prenantes, parce qu'elle s'inscrit non plus dans le positionnement des parties prenantes vis-à-vis de l'entreprise ni de leur nécessité ou non pour sa survie, mais par rapport à la capacité des parties prenantes à compter dans le jeu politique.

En expliquant que c'est la combinaison des attributs qui indique aux managers leur perception des différentes parties prenantes, la typologie de Mitchell s'oppose au déterminisme de la position des *stakeholders* dans l'entreprise et prône l'évolution continue des rapports relationnels et du degré d'influence de ceux-ci. Elle peut ainsi être perçue comme une approche à la fois partenariale et cognitive.

En effet, les classifications de Clarkson (1995) ou Friedman et Miles (2002) qui figent respectivement les parties prenantes en primaires ou secondaires, en parties prenantes nécessaires ou contingentes, souffrent d'être des classifications statiques et inflexibles, au contraire de la classification de Mitchell qui est dynamique, évolutionniste et flexible. Mitchell et ses co-auteurs déterminent donc trois attributs, dont la combinaison construit huit types²⁶⁰ comme le montre cette figure.

Schéma n° 12 : La typologie des parties prenantes de Mitchell et alii. (1997)

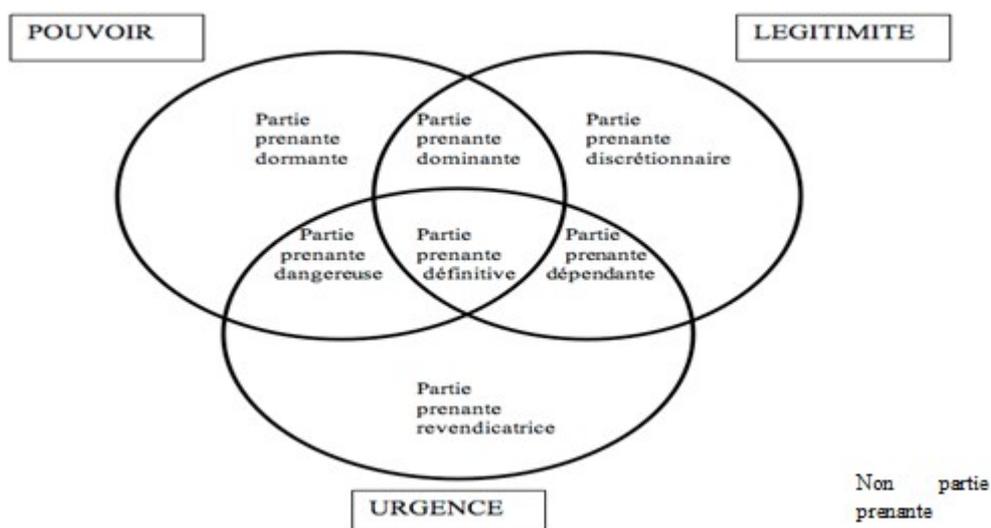


Schéma traduit de Mitchell et alii., figure 2, p.874

²⁶⁰ Mitchell et ses co-auteurs incluent dans la combinaison des attributs, le cas de non combinaison et donc d'absence des trois attributs, ce qui ramène les types possibles à 8.

En dehors de la « non partie prenante », les sept types développés par Mitchell et alii. (1995) possèdent chacun au moins un attribut et au mieux les trois attributs et se regroupent dans trois types de parties prenantes, en fonction du nombre d'attributs qu'elles possèdent.

Les parties prenantes « *latentes* » ne possèdent qu'un attribut. Elles sont discrétionnaires (légitimité), revendicatrices ou exigeantes (urgence) et dormantes (pouvoir). Le modèle de Mitchell étant évolutif, les parties prenantes latentes peuvent entrer en possession d'une deuxième voire d'un troisième attribut, elles sont donc potentiellement plus influentes. Ainsi, il n'est pas dans l'intérêt du manager d'ignorer leurs intérêts sans pour autant en faire une priorité.

Les parties prenantes « *expectatives* » sont celles qui possèdent deux attributs. Elles sont plus influentes, notamment dans la combinaison « pouvoir / légitimité » (PP dominante) ou « pouvoir/ urgence » (PP dangereuse). En plus d'être en attente d'un troisième attribut pour être des parties prenantes définitives, elles sont en attente d'une meilleure prise en compte de leurs intérêts dans l'entreprise.

Les parties prenantes « définitives », en possession des trois attributs de Mitchell, sont les plus influentes aux yeux des dirigeants.

Le succès de cette typologie est lié au fait que la littérature sur les parties prenantes l'a expliqué et explicité tout en rappelant l'intérêt de son application à la compréhension des systèmes d'influences dans les organisations.

Clairement, la typologie de Mitchell est souvent identifiée comme une typologie dynamique, c'est même selon les auteurs sa caractéristique la plus avantageuse. Mais c'est son objectif d'identification de l'importance des parties prenantes qui lui vaut d'être souvent citée (Mercier, 2001 ; Pesqueux 2006).

Les différentes conceptions des sources directes du pouvoir, consacrées par Robert Dhal (1957) notamment le savoir et l'expertise, les types de pouvoir de Etzioni (1998) sont envisagés dans notre analyse comme complément à la typologie de Mitchell pour analyser le partenariat possible entre les usagers et le système de santé.

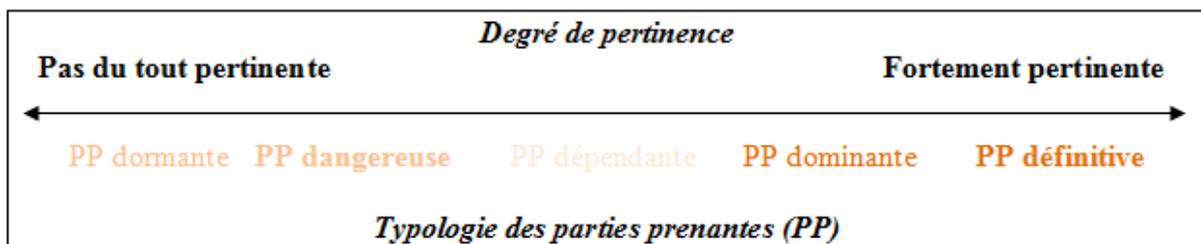
Au-delà de la volonté de caractériser les usagers du système de santé en tant que « partie prenante », qui est un enjeu de recherche à la fois novateur et opportun²⁶¹, notre objet est de

²⁶¹ Recherche novatrice car les recherches sur la caractérisation des parties prenantes, énormément développées en matière de responsabilité sociale des entreprises, s'étaient jusque-là cantonnées aux entreprises privées. Leur application au « non profit sector », avec des enjeux de collaboration n'avait pas encore, à notre connaissance, intégré le secteur sanitaire. De même, la recherche est opportune car les usagers sont vus comme des « alibis » et non comme des parties prenantes capable d'investissement en termes de performance organisationnelle.

comprendre les apports évolutifs fussent-ils de l'intégration des usagers dans le système de gouvernance, à l'hôpital et globalement dans le système de santé.

En termes de management, la typologie de Mitchell permet d'orienter les priorités des dirigeants vers les parties prenantes. Seront prises en compte les parties prenantes présentant une menace en considérant leur volonté de coopération, au sens de Savage et alii. (1991 : 64) de même que celles présentant une opportunité de collaboration, au sens de Harrison et St. John (1998)²⁶². Cette prise en compte se manifestera en termes de satisfaction des parties prenantes clés.

Schéma n° 13 : Les opportunités de la collaboration à partir de l'attribut de pouvoir



Source : Brulé et Ramonjy (2006)

C'est dans cet esprit que nous comptons confronter la typologie de Mitchell à nos terrains afin de situer les usagers en tant que parties prenantes. Puis il s'agira d'observer les opportunités de collaboration qui s'y appliquent avant de concevoir en termes de management l'apport managérial que cela implique.

Conclusion du chapitre 3 :

La référence à la gouvernance d'entreprise comme cadre de la prise en compte des parties prenantes, développée par Freeman (1984), a été très tôt orientée vers sa version éthique, c'est-à-dire la responsabilité sociale des entreprises. En effet, les affaires qui ont porté les enjeux de gouvernance dans l'économie mondiale se sont attaché à interroger l'éthique des grandes entreprises côtés vis-à-vis des modalités de création de leur richesse, de prise en compte des actionnaires minoritaires ou des investisseurs non financiers.

²⁶² Harrison et St. John définissent la collaboration comme « un processus par lequel les entreprises analysent et apprennent de leur environnement interne et externe, établissent une orientation stratégique, formulent des stratégies qui visent à réaliser des objectifs établis, et exécutent, le tout dans un effort de satisfaction de leurs parties prenantes clés » (1998 : 4), *Strategic management of organizations and stakeholders, concepts*, South-Western College publishing, 2nd édition.

Peu à peu, le modèle *Stakeholder* a été vu comme un outil stratégique dans la gestion des entreprises en prenant une place prépondérante (Bonnafeous-Boucher et Pesqueux, 2006). Par ailleurs, son recours tend à être privilégiée notamment dans les pays de l'OCDE.

Envisagée dans le secteur public comme justification de la nécessité de prendre en compte des intérêts divergents autour du concept de bien public, la théorie des parties prenantes s'est immiscée d'abord à travers l'action des associations de la société civile.

L'adaptation de la théorie des parties prenantes pour analyser la gouvernance publique a également été envisagée en santé, notamment par Patrick Moderlet (2006) qui défend son application à la gouvernance hospitalière. Cependant, cette affirmation s'exerce dans le cadre de la collaboration entre acteurs traditionnels, entre professionnels de la santé, comme le moyen d'un management stratégique entre les différents pouvoirs présents à l'hôpital particulièrement entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical.

En tant que théorie qui analyse le management des organisations publiques, à travers la prise en compte de l'ensemble des acteurs, elle apparaît pour nous, envisageable pour comprendre la place des usagers du système de santé, en tant qu'acteurs stratégiques dans l'amélioration du fonctionnement des institutions sanitaires et sociales.

Notre analyse s'appuie sur deux constats qui se rejoignent. Premièrement, le droit a accordé aux usagers par le biais de la représentation et de la participation, une position de partie prenante. Dans ce cadre, la question de leur participation ne peut intervenir que pour caractériser celle-ci ou en analyser l'apport effectif. Deuxièmement, la théorie des parties prenantes postule l'existence de la valeur intrinsèque de l'ensemble des parties prenantes. Ce postulat rejoint l'intérêt d'analyser l'apport des usagers dans le management hospitalier en tant que valeur intrinsèque.

Notre choix, logique, dans le cadre d'une étude pionnière pour le champ, est de comprendre les caractéristiques de la nouvelle partie prenante que sont les usagers du système de santé. Pour cela, la problématisation autour des caractéristiques énoncées par la typologie de Mitchell (1997) est un détour nécessaire.

Chapitre 4 Présentation de la problématique

Usagers du système de santé, clients, patients, consommateurs, citoyens, parties prenantes... « Etre ou ne pas être ? », Telle est la question !

Introduction du chapitre 4 :

Dès ses origines, notre recherche s'est inscrite dans la compréhension du manque d'adhésion des professionnels à la réalité de la participation des usagers. De cet enjeu social, nous avons envisagé une réponse en termes d'apport managérial de cette participation.

Cette recherche projetait une analyse centrée sur la question de l'effectivité de la participation des usagers. Le choix de mesurer ou de questionner cette pratique nous a été dicté par le souci de clarifier au préalable l'effectivité de la participation et de caractériser la participation des usagers.

Au fil des lectures et de la construction de la grille d'analyse, nous avons compris que les usagers avaient intégré une gouvernance hospitalière, elle-même enclin à des changements subits. En effet, dans un contexte de réformes successives, les usagers sont passés d'objet à sujet de soins, d'*acteurs affectés* à *acteurs affectant* l'organisation du système de santé.

Pour répondre à l'enjeu de clarification de cette participation, nous avons opté pour une lecture analytique à travers la théorie des parties prenantes notamment la typologie de Mitchell et alii (1997). Nous avons retenu que trois attributs étaient nécessaires pour être une partie prenante effective, la légitimité, l'urgence et le pouvoir.

L'objet de cette partie est de centrer notre recherche autour du questionnement de ces trois attributs. Nous l'inscrivons dans les questions majeures de la participation des usagers puis dans la question spécifique de l'effectivité.

Afin de contribuer à la compréhension de l'analyse, nous expliquerons par la suite les paramètres de la recherche, les propositions de l'analyse, les postulats ainsi que l'intérêt de notre problématique.

	La présentation de la problématique	
	1. La participation des usagers du système de santé comme question de recherche	
	1.1 Les questions de la participation des usagers	
	1.2 La question de l'effectivité de la participation des usagers	
	2. Les paramètres de la question de recherche	
	2.1 Les propositions et les postulats de la recherche	
	2.2 De l'intérêt de la recherche à sa mise en œuvre	

1. La participation des usagers du système de santé comme enjeu de recherche

1.1. Les questions de la participation des usagers du système de santé

Si les usagers sont des parties prenantes, depuis les ordonnances de 1996, de la gouvernance hospitalière, par une participation des représentants d'usagers au conseil d'administration, l'adhésion n'est pas encore totale au niveau des professionnels. En effet, cette participation a suscité plus de débats que d'adhésion, par le fait qu'elle posait **la question de la représentativité effective** de ces « deux usagers » face à un ensemble de professionnels « savants »²⁶³ et de **l'effectivité de leur participation** dans l'acte décisionnel.

Avec la loi de 2002, une meilleure organisation de la participation des usagers est mise en place. De nombreux outils formels mais également informels²⁶⁴ se sont développés dans la logique des états généraux de la santé.

Du fait de l'évolution sociologique, les usagers sont entrés dans une **ère d'empowerment**, au sens de Bacqué²⁶⁵ (2005) c'est-à-dire la capacité d'action d'un individu ou groupe propre à augmenter son influence, et ne se contentent pas de dispositifs légaux orchestrant leur prise de parole ou leur influence dans les décisions. La Maison des usagers de l'HEPG Hôpital Poincaré, l'Espace usagers du Centre hospitalier universitaire de Nantes ou du Centre

²⁶³ « Quand on voit comment est fait un comité de pilotage, il y a un certain nombre de médecins, et si l'usager est seul, c'est bien, c'est symbolique mais c'est insuffisant », Rapport sur la révision des SROS, Direction des hôpitaux, novembre 1999.

²⁶⁴ Hors des dispositifs réglementaires tels que les jurys citoyens, les cafés-santé, les forums santé...

²⁶⁵ Bacqué M-H, (2005), « L'intraduisible notion d'empowerment vue au fil des politiques urbaines américaines », *Territoires* n° 460, pp.32-35.

hospitalier de Lagny sont des dispositifs hors -institutionnels mis en place par les usagers pour promouvoir leurs droits au sein des établissements de santé et accroître la capacité à se défendre.

Au niveau institutionnel, les usagers du système de santé sont réunis en association et reconnus comme des représentants de cette catégorie de parties prenantes, et sous conditions, ils sont agréés pour intervenir dans les décisions relatives à l'orientation et à la définition des politiques de santé. Ce phénomène d'institutionnalisation participe à l'émergence de la démocratie sanitaire. En revanche, la question de l'effectivité de leur participation continue de faire débat, posant alors le débat autour de la démocratie sanitaire.

Les usagers du système de santé sont-ils passés d'objets de soins à alibis démocratiques ?

La question semble difficile à trancher. Là où le souci sociologique est l'observation de ce phénomène social et le souci juridique celui de sa mise en œuvre, le souci gestionnaire est ici celui de la pratique avec comme enjeu la valeur organisationnelle de cette participation.

En tant que gestionnaire, notre réflexion est donc de structurer nos questionnements autour de la nécessaire ***création de la valeur organisationnelle*** induite par la pratique participative des usagers.

L'analyse des pratiques des usagers acteurs (principalement par la représentation) nous a conduit à analyser la capacité de ce nouvel acteur à influencer sur les décisions en matière de santé. En inscrivant notre recherche dans le champ des théories de la gouvernance d'entreprise, nous avons opté pour une lecture de la théorie des parties prenantes afin de caractériser la place, ou les places, des usagers dans la gouvernance du système de santé.

Vu sous l'angle de la « *corporate governance* », et compte tenu des spécificités de gouvernance à l'hôpital, nous pouvons dire que les usagers du système de santé sont à la fois ***shareholder***²⁶⁶ et ***stakeholder***²⁶⁷. En tant qu'acteur, leur action dans la gouvernance peut être analysée en nous fondant sur deux grands courants de la gouvernance d'entreprise, la *Shareholder Theory* et la *Stakeholder Theory*. En revanche, en tant que parties prenantes avec l'obligation de représentation des usagers aux conseils d'administration des hôpitaux, ***le choix de la Stakeholder Theory s'est imposé.***

Par l'influence qu'ils peuvent manifester auprès des élus, et par l'évolution de leurs droits, les usagers du système de santé semblent assurés de bénéficier d'une ***double capacité*** d'influence

²⁶⁶ En tant qu'élément singulier, l'utilisateur est contribuable, donc actionnaire indirect du système de santé, ce qui en fait un *Shareholder*. Les théories politiques de la citoyenneté se fondent entre autres sur cette conception de l'utilisateur contribuable qui a mandaté l'Etat pour agir au nom de l'intérêt de tous.

²⁶⁷ En tant qu'entité plurielle, « les usagers », par la représentation des patients, participent aux politiques publiques comme acteur à part entière. Ils sont donc *Stakeholder*.

sur les décisions et politiques de santé. La jouissance de ce double pouvoir en gouvernance pose, d'emblée, un ***problème de déséquilibre du jeu des pouvoirs*** d'autant plus surprenant à l'hôpital où le patient est traditionnellement transparent et irresponsable.

L'entrée des usagers dans l'arène du pouvoir à l'hôpital constitue un déséquilibre certain du système de lutte des pouvoirs entre les groupes professionnels. Si la réglementation a permis ce phénomène à travers l'émergence de la démocratie sanitaire et la montée des exigences des patients du fait d'une reconnaissance affirmée des droits des malades, elle n'a pas résolu ***la question de l'asymétrie d'information*** qui est un frein à l'effectivité de la participation des usagers au système de santé. La question de l'effectivité de la participation est donc cruciale.

1.2. La question de l'effectivité de la participation des usagers

La caractérisation des usagers comme parties prenantes suppose, alors, au préalable de trancher entre l'utilisateur singulier, acteur du colloque singulier patient -médecin et l'utilisateur pluriel affirmé par les droits collectifs. De nombreux travaux sur les figures de l'utilisateur sont des apports intéressants afin de clairement justifier le choix entre l'utilisateur (comme entité singulière) et les usagers (comme entité plurielle), nous nous sommes donc fier à la pratique juridique mais aussi sociale.

Le management public a pris son parti en consacrant « les usagers » comme parties prenantes à travers ses différents travaux (Bejean, 1992 ; Clément, 1996 ; Bartoli, 2005 ; Mordelet, 2006). Cette position a aussi été celle des associations d'usagers et de la loi du 04 mars 2002, portant droit des usagers, qui consacre la participation comme droit collectif. En matière de santé, ces usagers sont avant tout des patients potentiels ou effectifs.

Par ailleurs, la participation à de nombreux colloques autour de la gouvernance en santé, notamment par le biais des « Entretiens Jacques Cartier » nous a permis d'approfondir la réflexion sur le concept de gouvernance en santé. Nous retenons d'abord que ce concept traduit deux types de gouvernance, la gouvernance clinique et la gouvernance politique. De ce constat, nous retenons que la gouvernance clinique s'organise autour du colloque singulier entre le médecin et son patient alors que la gouvernance politique s'organise autour de la démocratie sanitaire où le patient est représenté. Par conséquent, aborder la question de la gouvernance politique revient à choisir les usagers, entité plurielle, comme sujet de recherche. Dans ce sens, notre sujet de recherche est l'entité collective nommée « représentant des

usagers (RU) », acteur de la gouvernance du système de santé, acteur de la démocratie sanitaire.

- La participation des usagers : Débat de société

En 1998 les états généraux de la santé révèlent la volonté des usagers du système de santé de passer d'une représentation passive, par le biais de la démocratie représentative et la participation des élus à la gouvernance du système de santé, à une représentation active par le biais de la démocratie participative²⁶⁸. En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire, dernier opus en la matière, semble en voie de remettre en cause le principe traditionnel de la participation représentative en énonçant des conditions de gouvernement des élus dans les instances hospitalières.

L'entrée des usagers dans le système de santé français est un processus qui date des ordonnances de 1996. Particulièrement, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 institue la participation organique des usagers au système de santé par la représentation inédite des usagers au sein du conseil d'administration des hôpitaux.

L'ordonnance amorce la qualité de partie prenante des usagers du système de santé. C'est pourtant avec la loi du 04 mars 2002 qui institue à la fois la qualité de sujet de droit et une participation au système de santé que ce dernier acquiert toute son identité de partie prenante. La loi du 04 mars 2002 a aussi l'intérêt d'avoir élargi la participation des usagers à l'ensemble du système de santé.

Le phénomène d'intégration des usagers dans le système de santé, devenu pour certains une révolution, est à analyser comme une évolution logique de la société et un des aspects du nouveau management public. L'évolution des usagers du système de santé s'inscrit d'ailleurs dans la voie tracée par les usagers des secteurs économiques publics ou l'intérêt manifesté à la consultation publique des usagers des transports.

- La participation des usagers : question de recherche

La question de la participation des usagers et de leur reconnaissance en tant que parties prenantes dans la gouvernance du système de santé intervient dans un environnement juridique et politique favorable comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 1. Cependant, des doutes, des résistances persistent chez les professionnels qui ne voient pas bien l'apport managérial de cette intégration au regard de la pratique des représentants des usagers (RU).

²⁶⁸ Il faut noter que la participation des usagers est mise en place dès 1996 dans les hôpitaux.

Avec la loi de 2002, impulsant la démocratie sanitaire et les réformes de la gouvernance qui confirment leur rôle de parties prenantes en les consacrent en tant que sujet de droit,

*Les usagers du système de santé sont-ils
passés d'objets de soins à alibis démocratiques ?*

Cette question accompagne perpétuellement la pratique des représentants des usagers et les débats professionnels²⁶⁹. En toile de fond, il s'agit, en réalité, de questionner l'effectivité de la participation des usagers à la gouvernance du système de santé.

Notre recherche se propose donc de questionner l'effectivité de la participation des usagers en faisant le choix de leur **caractérisation**. En effet, à partir de la typologie de Mitchell et alli, notre réflexion se fonde sur un questionnement de la nature d'une partie prenante, avant d'ouvrir des voies de réflexion sur la construction d'une meilleure collaboration entre les usagers et les autres parties prenantes. C'est ainsi que nous nous tenterons de répondre aux questions suivantes :

*Question 1 : Quelles parties prenantes sont les usagers ?
Question 2 : Quelle est leur effectivité théorique ?
Question 3 : Quelle est le chemin de l'effectivité pratique ?*

De nombreuses questions telles que nous l'avons souligné dans les précédents développements inspirent la participation des usagers du système de santé : apport managérial, effectivité de la représentation, asymétrie d'information, équilibre des pouvoirs... Ces débats s'organisent toujours autour de la pratique de la participation et de l'intérêt en management stratégique de cette pratique. C'est pourquoi nous orientons nos travaux dans la recherche de l'effectivité de la participation des usagers parties prenantes.

Une première clarification est nécessaire. Notre recherche se propose, non pas de mesurer l'effectivité de la participation des usagers comme parties prenantes mais, de la questionner, non pas de l'évaluer mais de l'observer et en dégager une analyse.

²⁶⁹ Notons qu'en octobre 2009, Alain Letourmy en revient encore à cette question, en ces termes « *ne sont-ils pas un alibi destiné à maintenir un fonctionnement opaque, tout en faisant valoir qu'il est complètement ouvert aux regards des usagers ?* » in *Actualité et dossier en santé publique* n° 68, sept 2009.

Mesurer l'effectivité de la participation des usagers, c'est observer, compter, vérifier l'ensemble des prises de positions les effets de celles-ci. Nous laissons cette question à une recherche prochaine, car il s'agit au préalable de comprendre la nature de cette partie prenante.

Questionner l'effectivité de cette participation, c'est observer et considérer dans quelles mesures cette participation est à améliorer et dans quelles conditions, ce qui suppose un parti pris que nous développons dans les postulats. Au préalable, nous présentons la déclinaison de nos différents questionnements :

Quelles parties prenantes sont les usagers ?

Qu'est ce qui les caractérisent ? Possèdent-ils les trois attributs de Mitchell ? Il s'agit de décrypter la composante « usagers » en tant que parties prenantes. L'analyse de cette question se structurera autour de la confrontation des trois attributs des parties prenantes et des pratiques des représentants des usagers.

Quelles parties prenantes peuvent-ils devenir ?

Quelles devraient être leurs caractéristiques pour compter dans le jeu de la gouvernance ? Il s'agit de définir les caractéristiques fondatrices du pouvoir selon la doctrine et d'analyser la possibilité des usagers de compter dans le jeu politique. L'analyse de cette question s'inscrira comme conclusion à la réflexion précédente sur la nature de la partie prenante « usagers » en tant que réflexion sur l'effectivité théorique.

Comment peut se construire une participation pertinente des usagers ?

Quels sont les chemins d'une meilleure reconnaissance ? Il s'agit de combiner le réel et le théorique pour supposer le possible. L'analyse de cette question s'organisera sur la base des résultats de la question précédente en termes de leviers d'actions. Elle s'inscrit dans la compréhension de l'effectivité pratique envisageable.

2. Les paramètres de la recherche

La réflexion entreprise dans le cadre de la compréhension de la notion de partie prenante chez les usagers du système de santé, nous a conduit à considérer le concept de partie prenante pour la gouvernance d'entreprise et ses représentations dans la gouvernance publique.

Dans un premier temps, la configuration de Bartoli nous a semblé être une grille de lecture intéressante pour l'analyse de la participation passive des usagers car elle s'insère dans la

doctrine classique des classifications des parties prenantes avec ses atouts et ses limites. Cependant, nous avons opté pour une autre analyse théorique.

Cherchant à comprendre l'exercice d'une participation active, nous avons démontré l'intérêt de la typologie de Mitchell et alii (1997) comme cadre théorique d'analyse au sens de grille de lecture pertinente pour une analyse gestionnaire de la participation des usagers.

- Postulats de la recherche

Pour comprendre le positionnement des usagers comme parties prenantes, nous mobilisons la typologie de Mitchell et alii. (1997) qui caractérise la nature de partie prenante à partir de trois attributs : **l'urgence, la légitimité et le pouvoir.**

Le cadre contextuel posé en chapitre 1 nous a permis d'observer l'évolution sociologique et juridique des usagers comme fondement du rôle des usagers. La volonté politique a, en effet, créé les conditions d'une responsabilisation des usagers, de même que les acquis juridiques qui ont transformé celui-ci en sujet de droit.

Avec l'épidémie du Sida et l'impuissance de la science, l'urgence du « *faire ensemble* » s'est installée, entre associations de malades, institutions médicales et de santé publique.

Du fait de l'urgence à « *gérer ensemble* » l'épidémie, en sollicitant l'intégration des malades du Sida, les usagers ont acquis une légitimité à intervenir dans les décisions sanitaires notamment à travers l'émergence du concept « *d'expertise profane* ».

Ce concept « *d'expertise profane* » qui a donné aux associations de lutte contre le Sida la légitimité d'intégrer les groupes de recherche sur la maladie et de produire en collaboration avec les scientifiques des avancées significatives constitue le fondement d'une participation urgente et légitime²⁷⁰ des usagers du système de santé.

Nous avons alors compris que les caractéristiques de l'urgence et de la légitimité ont été acquises au fil de l'éveil des usagers. Par conséquent, notre recherche a pris le parti de valider les caractéristiques d'urgence et de légitimité comme acquises. Nous avons ensuite posé les quatre postulats suivants qui découlent des analyses précédentes :

- Le droit de participation et de représentation est dévolu aux usagers en tant qu'entité plurielle. Au-delà de la notion d'usagers, c'est celle de représentant des usagers (désormais RU) qu'il faut retenir car elle a été consacrée par le droit et les sciences traitant du mode participatif.

²⁷⁰ Même si nous posons ici la légitimité comme acquise, il faut la voir comme une légitimité sociale et de droit qui n'atténue pas la question de la légitimité de fait, de la pratique. Car s'il existe des résistances et des questionnements sur la participation des usagers c'est bien qu'ils n'ont pas acquis une légitimité de compétences.

- La participation est un droit concernant les usagers effectifs et les usagers potentiels, ce que nous apprend Guillaume Rousset²⁷¹ dans une réflexion menée sur le sujet.
- Les usagers sont *de facto* parties prenantes à la gouvernance du système de santé, ainsi que le précisent nos précédents développements.
- Les usagers en tant que parties prenantes possèdent les attributs d'urgence et de légitimité.
- **Les propositions de la recherche**

En matière d'intégration des usagers dans la gouvernance du système de santé, le problème qui se pose n'est pas la remise en question de la participation des usagers, mais bien celle de son effectivité. En d'autres termes, les usagers sont parties prenantes.

En tant que parties prenantes, ils sont potentiellement détenteurs d'au moins un des critères de la typologie de Mitchell. Nous avons posé comme postulats, qu'en réalité, ils sont détenteurs de deux attributs, l'urgence et la légitimité. Et le pouvoir ?

Les usagers possèdent-ils l'attribut « pouvoir » ?

La question qui se pose est alors de savoir ***si les usagers sont détenteurs du troisième attribut, le pouvoir, un critère fondamental pour compter dans le jeu des parties prenantes.*** C'est sur la base de ce critère que reposeront nos questionnements.

L'enjeu de pouvoir, en tant que capacité d'influer sur l'organisation selon Robert Alan Dahl (1957)²⁷², est questionné dans notre étude à travers quatre terrains. L'ensemble des terrains sera confronté dans notre analyse aux sources directes du pouvoir comme composantes du pouvoir des usagers.

Robert Dahl (1957) décrit le concept de pouvoir à travers la définition de ses sources notamment directes : le savoir, l'expertise, le pouvoir financier et le pouvoir charismatique. Les quatre sources du pouvoir donnent à l'acteur A la capacité d'influencer le comportement d'un autre acteur B du fait de l'ascendance qu'il a sur l'acteur B. Dans la lignée de Robert Dahl, Jacques Chaize (1992)²⁷³ développe trois sources du pouvoir : la force (force physique,

²⁷¹ Note annexe au rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé, 2005.

²⁷² Dahl R., (1957), Op.cit.

²⁷³ Chaize J., (1992), Op.cit. , p.177.

loi ou ascendant), l'argent (ressources matérielles et immatérielles, force de négociation) et l'information.

Selon Jacques Chaize (1992), l'information est une nouvelle source de pouvoir qui entre en concurrence avec les sources traditionnelles de pouvoir car elle est au cœur de l'acquisition ou du développement des autres sources de pouvoir. En effet, l'information « *sait dompter la force* »²⁷⁴ car derrière toute ascendance physique, légale ou technologique, il y a l'information comme connaissance des besoins, des faiblesses ou des droits de l'autre. L'information peut également « *faire échec à l'argent* »²⁷⁵, c'est pourquoi tout investisseur est à l'affût de l'information comme indicateur des opportunités ou des risques de l'investissement. Dans ce sens, la détention ou la rétention d'information permet à l'acteur A d'orienter l'action de l'acteur B (Plane, 2007).

L'information a deux visages dans l'organisation²⁷⁶ : le pouvoir de l'expert (l'expertise) et le pouvoir personnel (le charisme). L'expertise renvoie à la connaissance ou à la compétence reconnue dans un domaine. « *Dans cette logique, le conseil ou l'avis résonne comme un ordre pour ceux qui admettent l'expertise* »²⁷⁷. Quant au pouvoir personnel, il renvoie au charisme et traduit pour une personne le fait « *d'être respecté pour sa personne et non ses compétences* »²⁷⁸, ce qui confère à ses avis force de loi. **Recourir à l'information comme mode d'accès au pouvoir revient à recourir à la fois à l'expertise et au charisme comme mode d'influence.**

En portant également une analyse sur la théorie du pouvoir de Robert Dhal, Jérôme Maati (1999) caractérise quatre figures de l'influence comme pouvoir de A « *d'obtenir de B que celui-ci fasse des choses qu'il ne ferait pas autrement* »²⁷⁹. Ces figures du pouvoir sont le capital (force financière), l'ascendance morale ou physique, le savoir et l'expertise comme savoir-faire. **La définition de Maati (1999) nous inspire deux réflexions : elle lie le pouvoir et l'influence et accorde une place primordiale au savoir.**

Maati rejoint donc la conception de Chaize où le savoir est un des visages de l'information. Le savoir est d'une grande importance notamment dans les entreprises ou les organisations où la création de biens et services est en amont « *consommatrice d'informations* »²⁸⁰ et en aval

²⁷⁴ Chaize J., Op.cit, p.179.

²⁷⁵ Chaize J., *idem*.

²⁷⁶ *Ibidem*.

²⁷⁷ *Ibidem*.

²⁷⁸ *Ibidem*.

²⁷⁹ Maati J. (1993), Op.cit, p.4.

²⁸⁰ Maati J., op.cit, p.5

détentrices de connaissances spécifiques à l'atteinte de leurs buts. Il s'aligne finalement sur la conception de Chaize (1992) pour qui l'information est un enjeu de l'accession au pouvoir ou de l'acquisition de celui-ci en tant que « *nouveau carburant de l'entreprise* »²⁸¹. Les conceptions de Jérôme Maati (1993) et Jacques Chaize (1992) convergent également dans la mesure où, pour elles, le pouvoir et l'influence se confondent.

En termes de management, l'analyse des conceptions du pouvoir nécessite de pouvoir définir l'intérêt des types de pouvoir. Amitai Etzioni (1998) nous explique que le pouvoir peut avoir un rôle coercitif (faire faire, agir sous peine de menace), un rôle utilitariste (permettre de faire, d'agir) et un rôle normatif (encadrer l'action)²⁸². Finalement cinq forces peuvent intervenir dans l'*empowerment* d'une partie : l'ascendance physique, l'ascendance morale, l'argent, le savoir et l'expertise.

Tableau n° 7 : Les figures du pouvoir

	Dhal 1957	Chaize 1992	Etzioni 1998	Maati 1999
Ascendance physique	-	<i>La force physique</i>	<i>Pouvoir coercitif : force et menace</i>	<i>Ascendance physique</i>
Ascendance morale	<i>Pouvoir charismatique</i>	<i>La loi L'ascendance</i>	<i>Pouvoir normatif : charisme ou droit</i>	<i>Ascendance morale</i>
Argent	<i>Pouvoir financier</i>	<i>L'argent</i>	-	<i>Force financière</i>
Savoir	<i>Savoir</i>	<i>L'information</i>	<i>Pouvoir utilitariste : capacité matérielle</i>	<i>Savoir</i>
Expertise	<i>Expertise</i>	<i>L'information</i>	<i>Pouvoir utilitariste : compétence</i>	<i>Savoir-faire : Expertise</i>

²⁸¹ Chaize J., Op.cit, p.191.

²⁸² Ces trois rôles du pouvoir ont été expliqués dans nos précédents développements au chapitre 2.

En ce qui concerne les usagers, l'accèsion au pouvoir passe par la prise d'influence auprès des acteurs ou systèmes où l'on cherche à établir son pouvoir, essentiellement à travers la quête de savoir et d'expertise. En tant que parties prenantes, cette prise de pouvoir doit se manifester dans les processus de décision aux instances décisionnelles et consultatives.

Si le pouvoir et le savoir sont pour nous, les « voies royales », c'est parce que ni le pouvoir financier (usagers) ni le pouvoir charismatique ne peuvent être les fers de lance de cette action. En effet, les associations d'usagers, du fait de la notion d'usage, n'ont pas une capacité financière capable de mobiliser un pouvoir financier influent, ni la possibilité de faire valoir le pouvoir charismatique car le pouvoir est donné par le droit et les autorités²⁸³. Cependant, les chefs de file de ces associations sont généralement dotées d'un pouvoir charismatique redoutable (redouté ?), c'est par exemple le cas de Christian Saout désormais invité dans les grands débats sur le système de santé, ce qui leur donne personnellement la capacité d'influencer une décision. Ce charisme ne peut en aucun cas être reproductible à l'ensemble des représentants d'usagers.

Les usagers du système de santé, dotés de droits collectifs, l'ont très vite compris. Fort de l'expérience des associations féministes, des associations des malades du Sida ou des associations de protection de l'environnement, ils ont cherché à asseoir leur légitimité au sein de la gouvernance du système de santé par la recherche systématique de pertinence dans leurs interventions.

Cette volonté de pouvoir (*empowerment*) à travers la reconnaissance d'une expertise, dite « *profane* », a emprunté les chemins de l'information et de la formation comme moyen d'accréditation par le biais des Etats généraux de la santé, des forums santé sur internet, des cafés santé, des colloques sur la question des droits des usagers...

Le cas du Ciss est assez évocateur, car le collectif a institué en Rhône-Alpes une enquête annuelle sur le respect des droits des usagers et au niveau national un baromètre sur les droits des malades et la qualité du système de santé pour ne citer que ces deux exemples.

Le recours aux théoriciens du pouvoir nous apprend que le savoir et l'expertise sont deux visages du pouvoir. Nous envisageons d'y recourir pour analyser le pouvoir des usagers. Nous considérons le pouvoir comme condition de leur effectivité.

²⁸³ On peut par ailleurs considérer que le pouvoir charismatique est par essence un pouvoir *intitue personae* et que l'approche collective des usagers exclue une manifestation collective de celui-ci.

Inscrit au centre de l'analyse sur l'effectivité de la participation des usagers, le savoir et l'expertise seront envisagés comme sources du pouvoir des usagers. Pour cela, nous avons élaboré des propositions d'analyse, des angles de compréhension de ces différents aspects du pouvoir.

Nos propositions découlent du contexte, du terrain et des collaborations scientifiques que nous avons eu dans les premiers temps de notre recherche et s'inscrivent dans le cadre complémentaire des théories du pouvoir sus-mentionnées. La démarche exploratoire a préféré ce recours à celui d'hypothèses.

Par souci de clarté, et compte tenu de nos multiples terrains, nous précisons également entre parenthèses le(s) terrain(s) mobilisé(s) pour répondre à nos propositions principales et secondaires. Les deux propositions principales reprennent les visages du pouvoir que nous venons d'analyser : le savoir et l'expertise. Pour y parvenir nous avons construit des propositions secondaires qui révèlent des manifestations du pouvoir des usagers.

Proposition principale I : Le pouvoir des usagers à travers la quête de savoir

Proposition n°1 : Les usagers sont une partie prenante en manque d'information (DGS 05-06, moyens mis en place pour informer les usagers).

Proposition n°2 : Les usagers sont une partie prenante en quête d'information (moyens mis en œuvre pour avoir des informations, Cissra 06 et 07)

Proposition principale II : Le pouvoir des usagers à travers la quête d'expertise

Proposition n°3 : Les usagers sont une partie prenante en quête de reconnaissance (Cruq 06)

Proposition n°4 : Les usagers sont une partie prenante à l'expertise limitée

La recherche de pouvoir s'inscrit non pas comme une finalité mais comme un atout utilitariste pour la collaboration au sens d'Amitai Etzioni (1998) et comme opportunité de la collaboration au sens de St.John et Harrison (1998).

- **L'intérêt de la recherche : dialogique entre doctrine et empirie**

Concevoir les usagers comme parties prenantes suppose qu'ils influencent ou qu'il sont influencés par l'activité sanitaire. Les usagers du système de santé sont influencés par l'activité sanitaire, c'est l'objet même du système de santé que d'améliorer l'état de santé des

populations. En revanche, la participation suppose que les usagers puissent influencer le système en participant aux décisions. Ce point, nous le redisons, passionne les débats et est régulièrement discutée sinon remis en question dans de nombreux travaux scientifiques (colloque, séminaire...). Y réfléchir peut alors constituer une avancée pour :

1. **Les sciences de gestion** à travers la théorisation des parties prenantes. Il s'agirait de contribuer à la définition ou à la caractérisation d'une partie prenante dans le secteur non lucratif. La théorie des parties prenantes est un enjeu important des sciences de gestion, cependant, il reste vague comme le rappellent Salma-Ayadi et Pesqueux (2003). Ces auteurs notent en effet que plus de 100 articles et une douzaine d'ouvrages²⁸⁴ y ont déjà été consacrés, notamment dans *trois revues* de forte portée académique à la TPP :

- Business Ethics Quartely
- Academy of Management Review²⁸⁵
- Organization science

2. **L'organisation du système de santé** à travers une meilleure vision du partenariat à établir entre les usagers et le système. En tant que théorie des organisations, la théorie des parties prenantes contribue à la fondation d'un modèle relationnel de l'organisation. Elle s'inscrit dans la compréhension de la relation entre l'organisation et les groupes qui la composent « à la fois comme fondement et comme norme »²⁸⁶.

Ces recherches servent également des sujets de réflexion annexes :

- Compréhension de la place des usagers dans le système de santé.
- Amélioration de la gouvernance partenariale entre professionnels et usagers.
- Pistes de réflexion pour l'équilibre de la relation médicale.
- **Méthode : L'exploration comme cadre méthodologique d'une recherche pionnière**

Notre recherche se définit comme une recherche exploratoire ancrée dans le paradigme hypothético-déductif, dont le but est d'éprouver la théorie des parties prenantes au cas particulier des usagers parties du système de santé.

²⁸⁴ Dont le fondamental ouvrage de Freeman E.R, (1984), *Strategic Management : A stakeholder approach*, Pitman, Boston.

²⁸⁵ Par exemple, Donaldson T., Preston L., (1995), « The Stakeholder Theory of the corporation : Concepts, Evidence, and Implications »; Jones T.M. (1995), « Instrumental stakeholder Theory : A synthesis of Ethics and Economics »; Mitchell R. K., B. R. Agle et D. J. Wood, 1997. « Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts »...

²⁸⁶ Damak-Ayadi S., Pesqueux Y. (2005), « Stakeholder Theory in perspective », *Corporate governace*, vol. 5, n°2., p.7.

Les terrains, présentés ci-après, s'inscrivent donc comme éléments de caractérisation des usagers, en suivant le prisme de Mitchell et alii. Leur analyse recourt également à la notion d'opportunité de collaborer de St. John et Harrison et aux conceptions du pouvoir de Dhal, Maati et Etzoni.

Notons que si des travaux de ce type ont été réalisés dans le secteur privé, notamment dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises, le secteur public est encore à défricher. En France, les travaux se sont organisés autour du rôle social des entreprises notamment leurs relations avec les associations de protection de l'environnement²⁸⁷. L'étude du secteur public et particulièrement du système de santé sous l'angle de la participation des acteurs est en ce sens innovant. D'où le choix d'une démarche exploratoire qui pourra être approfondie ultérieurement. Pour l'heure, que nous détaillons dans les prochains développements le matériau qui a appuyé notre réflexion.

²⁸⁷ Exemples : Mach (2001), « le pouvoir des ONG sur les entreprises : pression, partenariat, évolution », Brulé et Ramonjy, (2006), « la collaboration : pourquoi et avec quelles parties prenantes ? » ; Pasquero, (2008), « Entreprise, développement durable et théorie des parties prenantes ... », Sharma S. (2001), « L'organisation durable et ses stakeholders », *Revue Française de Gestion*, Paris, Novembre- décembre, p. 154-167, etc.

Partie 2. Gouverner avec les usagers du système de santé : Scènes et Réalités d'un ordre bouleversé

« Sitôt les yeux ouverts sur la société, j'avais reconnu pour évident que la mutation en cours appelait dans l'ordre intellectuel une prise de conscience et des calculs d'avenir, et dans l'ordre pratique une action soutenue, ici correctrice, là incitatrice, en général orientatrice ».
Bertrand de Jouvenel, *Le pouvoir, histoire de sa croissance*, 1998

Introduction de la 2^{ème} Partie :

La réalisation d'un travail de recherche nécessite de mener une réflexion sur la question posée. Cependant, cette réflexion nécessite, à son tour, de poser des étapes nécessaires à sa validation épistémologique. C'est l'objet de l'épistémologie, en tant que science de la connaissance.

Pour Véronique Perret et Martine Seville (2007)²⁸⁸, l'épistémologie interroge sur ce qu'est la science en discutant de la nature, de la méthode et de la valeur de la connaissance.

S'il est clair, qu'elle s'impose à tout chercheur dans sa recherche de pertinence, la réflexion épistémologique permet d'asseoir la validité et la légitimité d'une recherche. Tout travail de recherche repose en effet sur une certaine vision du monde, utilise une méthode, propose des résultats visant à prédire, prescrire, comprendre, construire ou expliquer.

La subjectivité liée à la nature même des sciences de gestion nécessite que le chercheur spécifie le positionnement épistémologique et justifie les méthodes afin de légitimer son travail, ce qui fait dire à A-C Martinet (1990) que « *la réflexion épistémologique est donc*

²⁸⁸ Thiétard R-A. (2007), *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris.

consubstantielle à toute recherche qui s'opère »²⁸⁹ c'est-à-dire qu'elle est partie intégrante de la construction de la connaissance.

Le chercheur, en sciences de gestion, n'est pas garant de l'immutabilité de la connaissance qu'il produit, mais de la réflexion qui l'a conduit à cette connaissance. Toute réflexion épistémologique doit alors s'aligner sur un paradigme, au sens de Thomas Kuhn (1983), c'est-à-dire « *autant de modèles, de schémas intellectuels ou cadres de référence dans lesquels peuvent s'inscrire les chercheurs en sciences de l'organisation* »²⁹⁰.

Ces paradigmes sont d'inspiration positiviste (conception objective de la connaissance) ou constructivisme (conception relativiste de la connaissance).

En sciences de gestion, la plupart des recherches comportent une phase dite « de terrain ». Ce terrain a une fonction d'élément de validation de la réflexion théorique *ex-ante* ou *ex-post* car il permet d'observer la réalité dans le paradigme positiviste ou de la construire dans un paradigme constructiviste.

Le terrain permet également d'apporter des connaissances différentes selon le positionnement du chercheur dans son rapport au terrain.

Selon que le chercheur est un observateur indirect (par exemple, via l'envoi d'un questionnaire) ou, au contraire, intervient directement, volontairement et dans le cadre d'une relation particulière avec les acteurs de l'organisation étudiée, sur le cours des choses (par exemple, en concevant avec les acteurs des outils de gestion nouveaux), ces méthodes d'investigation ainsi que les résultats y afférents diffèrent.

La réflexion épistémologique nous a conduit à poser les constats suivants :

- Analyser l'effectivité de la participation des usagers du système de santé revenait à observer la pratique des représentants des usagers (RU). Dans ce schéma, nous avons ainsi pu intégrer quatre études²⁹¹ qui nous ont permis de recueillir la parole des usagers et d'analyser leurs pratiques.
- Les recherches menées au cours de ces quatre études ont constitué la possibilité de collecter, de manière annexe, un matériau à la fois qualitatif et quantitatif. Grâce à cette approche, nous avons pu co-construire avec les professionnels des normes²⁹², ou des outils de management. En matière de management, nous avons participé à la mise

²⁸⁹ Martinet A-C. (1990), *Epistémologie et sciences de gestion*, Economica, Paris, p.8

²⁹⁰ Kuhn T. (1972), *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, Paris.

²⁹¹ En effet, notre laboratoire d'accueil, le Graphos, a été sollicité pour des prestations sur le respect des droits des usagers. La participation à ces travaux de recherche, nous a donné accès à des terrains d'étude divers sur les usagers et leur relation au système de santé, notamment sur leur rôle dans la gouvernance en santé

²⁹² Un décret et une circulaire ont été élaborés sur la base de nos travaux

en œuvre d'outils de management (Orsiduss²⁹³, Modèle type de rapport annuel des Cruq²⁹⁴) ou à la réalisation de rapports d'analyse (Cissra²⁹⁵). En outre, ces terrains nous ont permis de réaliser des observations à tous les niveaux institutionnels, national, région, établissement.

- Notre démarche de recherche actuelle a été envisagée dans le cadre d'une ré-utilisation des données collectées lors de ces quatre terrains c'est-à-dire leur exploitation au-delà des objectifs primaires.

Suite à ces constats, notre posture épistémologique et méthodologique consiste donc à encadrer et légitimer le recours à la réutilisation des données qualitatives (RDQ) comme principale méthode de recherche.

Afin de permettre une meilleure compréhension de la mise en scène des données collectées (chapitre 5) et des résultats obtenus (chapitre 6), nous présentons au préalable l'environnement dans lequel cette recherche a été menée. Cette précaution se justifie par le recours à la RDQ comme cadre méthodologique.

Pour conclure ce travail, il s'agira de discuter notre positionnement, au regard des apports et de limites des théories mobilisées, des terrains exploités et des résultats obtenus (chapitre 7).

DEUXIEME PARTIE	
Gouverner avec les usagers du système de santé : Scènes et réalités	
Chapitre 5	
La Réutilisation des Données Qualitatives : Pertinence et méthode	
1. La Réutilisation des données Qualitatives: un cadre méthodologique pertinent	
2. Cadence entre données primaires et analyse secondaire	
Chapitre 6 (résultats)	
Droits et pouvoir des usagers du système de santé	
1. Le savoir questionné par le droit à l'information	
2. Les faiblesses d'un <i>empowerment</i> trop vite déclaré	
Chapitre 7 (discussion)	
Savoir et expertise au cœur du pouvoir des usagers : Pouvoir et <i>empowerment</i>	
1. Enjeux et limites de l'information comme mode de savoir	
2. "L'expertise profane" en question : le constat d'un pouvoir schizophrène	

²⁹³ Outil de Recensement des Systèmes d'Information sur le Droit des Usagers du Système de Santé.

²⁹⁴ Commission des relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.

²⁹⁵ Collectif Inter associatif sur le Système de Santé -Rhône-Alpes.

Chapitre 5 La Réutilisation des Données Qualitatives : Pertinence et méthode

« Quel que soit le point de départ de l'activité scientifique, cette activité ne peut pleinement convaincre qu'en quittant le domaine de base : si elle expérimente, il faut raisonner ; si elle raisonne, il faut expérimenter »
Gaston Bachelard, Le nouvel esprit scientifique (1934 : 7)

SECTION 1

La Réutilisation des Données Qualitatives : un cadre méthodologique pertinent

1. L'activité de recherche, une clé de compréhension de la méthode
2. La Réutilisation des données qualitatives : enjeux épistémologique et méthodologique
 - 2.1 La validité épistémologique de la Réutilisation des Données Qualitatives
 - 2.2 La validité méthodologique de la démarche de recherche

SECTION 2

Cadence entre données primaires et analyse secondaire

1. Une vision globale des problématiques
 - 1.1 Terrain 1 : L'étude DGS et les droits des usagers du système de santé
 - 1.2 La ré-exploitation des données de l'étude DGS 05-06 : L'information des usagers
2. Une expérience de co-construction des données en établissements de santé
 - 2.1 Terrain 2 : L'étude Cruq et les représentants d'usagers à l'hôpital
 - 2.2 La ré-exploitation des données de l'étude Cruq 06-07
3. Les enquêtes Cissra, une base de donnée détournée
 - 3.1 Terrains 3 et 4 : Les études Cissra et l'avis des usagers engagés
 - 3.2 La ré-exploitation des données Cissra
4. L'évolution de la réflexion sur la participation des usagers : interaction permanente entre cognition et conation.

Introduction du chapitre 5 :

Notre recherche a fait le choix d'une méthodologie non conventionnelle dans les sciences de gestion portant sur la réutilisation de données d'une étude pour en construire une autre. Son

utilisation limitée dans cette discipline est expliquée comme la difficulté épistémologique à réutiliser des données qualitatives.

Bien qu'elle ait été pratiquée dans des travaux symboliques comme ceux de Mintzberg (1976), la réutilisation des données qualitatives (RDQ) en sciences de gestion ne fait pas l'unanimité quant à la banalisation de sa pratique.

Pourtant, nous verrons qu'elle suscite de nombreux débats quant à sa légitimité. Nous verrons également comment cette pratique s'est imposée comme cadre méthodologique de notre recherche (section 1). En effet, nous expliquerons comment nous avons eu accès à quatre terrains d'étude qui ont été mobilisés en seconde analyse dans notre recherche de thèse. Ces terrains que nous décrirons dans nos prochains développements sont l'étude DGS 05-06, l'étude Cruq 06-07 et les deux études Cissra 07 et 08. Notons que si les quatre terrains présentent des données à la fois qualitatives et quantitatives, la re-exploitation se réfère aux résultats des études, qui sont essentiellement qualitatifs.

Le recours à cette démarche a orienté la méthodologie dans le sens où la présentation des données primaires est préalable à la présentation de l'analyse secondaire. Dans notre cas, il s'agira de présenter une sélection des résultats primaires comme données secondaires avant de les réinterpréter dans le cadre de l'analyse secondaire (section 2).

Auparavant, il est souhaitable de comprendre le sens des termes de la RDQ que nous vous proposons ci dessous :

Encart n°3 : Terminologie de la RDQ et terrains de thèse

La réutilisation des données qualitatives (RDQ) emploie des termes spécifiques : données primaires, analyse primaire, résultats primaires, données secondaires, analyse secondaire, résultats secondaires. Au départ de la RDQ il y a une recherche primaire, conduite par une équipe sur la base d'une question de recherche initiale. L'équipe qui va construire des données primaires qualitatives ou quantitatives. Ces travaux vont être analysés (analyse primaire) pour produire des résultats primaires. La seconde vie des données primaires s'opère avec la mise en œuvre de la RDQ. Dans ce cadre, les données primaires vont être réinterprétées (analyse secondaire) pour produire des résultats secondaires. Dans le cadre de notre recherche (dite secondaire), ce sont les données primaires et les résultats primaires qui sont réinterprétés (analyse secondaire) pour produire des résultats secondaires. Les données et résultats primaires en tant que matériau constitue l'ensemble de nos données secondaires. Ces termes seront déclinés tout au long de ce chapitre !

Section 1 La Réutilisation des Données Qualitatives : Un cadre méthodologique pertinent

1. L'activité de recherche, une clé de compréhension de la méthode

En intégrant un laboratoire de recherche sur les organisations sanitaires, classée Jeune Equipe, comme le Graphos en décembre 2004, nous nous sommes inscrits dans une démarche de recherche à la fois dynamique et permanente.

Les implications continues dans la formation (enseignements, accompagnement à la recherche et validations) ou dans la recherche (travaux de thèse, contrats de recherche, participation à des colloques) nous ont permis de cerner les enjeux théoriques de la santé et du système de santé et d'approcher les aspects pratiques du terrain. De cette interaction, notre avis sur les problématiques de santé en cours a été forgé afin de fonder une réflexion sur un enjeu particulier, celui de la relation système de santé et usagers-patients. Cette réflexion a été envisagée dans le cadre particulier de la gouvernance du système de santé.

Le choix de la problématique sur les usagers, leur représentation et les enjeux de leur participation découlent de ce processus d'approche par les problèmes. En effet, le Graphos réfléchit depuis quinze ans aux différents enjeux managériaux et juridiques du système de santé, sous la direction de Jean-Pierre Claveranne au cœur de deux départements, gestion et droit, produisant à la fois des travaux individuels et collectifs.

L'opportunité de produire collectivement un outil de recensement des pratiques de respect des droits des usagers, en réponse à un appel d'offres de la Direction Générale de la Santé en octobre 2005, nous a permis de trouver notre positionnement au sein des problématiques de recherche du laboratoire. En effet, depuis sa création, le Graphos a ancré ses problématiques dans **les recompositions du champ de la santé et du médico-social et la gouvernance des organisations**. Ces problématiques se déclinent dans les axes de recherche suivants :

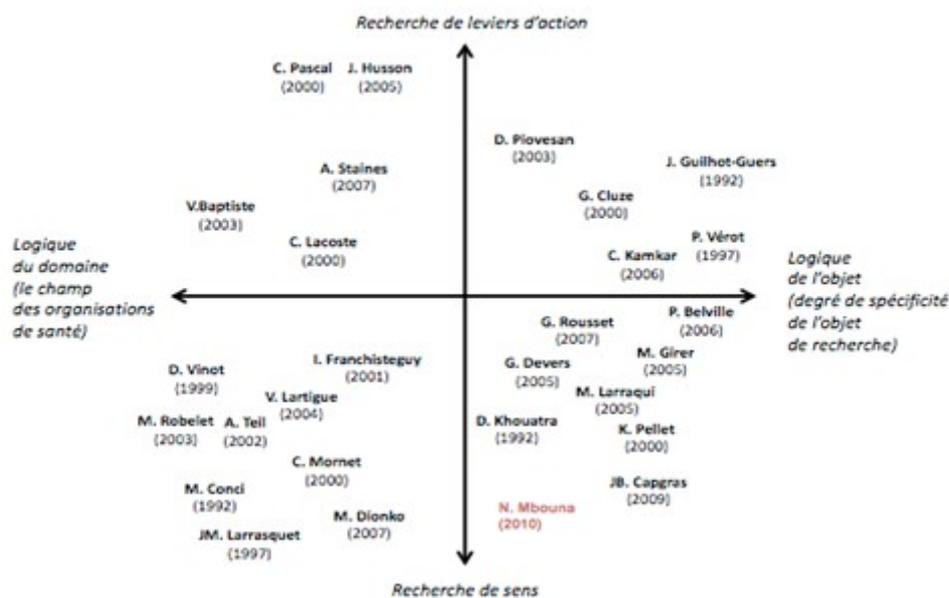
- L'organisation et les restructurations des organisations sanitaires et médico-sociales ;
- Les nouveaux modes de financement ;
- Les nouvelles formes organisationnelles et les réseaux ;
- Les relations juridiques entre les médecins et les patients ;
- La sociologie des professions médicales ;

- La montée du patient-consommateur ;
- La gouvernance des structures sanitaires et sociales.

Impliquant plusieurs de ces axes, le cadre général du respect des droits des usagers a été le fil conducteur de notre démarche de terrain. Nous avons approché les enjeux des droits des usagers à travers quatre contrats d'étude. Par conséquent, nos travaux s'insèrent clairement dans les enjeux mis en avant par le laboratoire le Graphos, ces quinze dernières années, ce qui nous a permis de bénéficier des travaux antérieurs liés à cette problématique et de la nourrir de nos recherches.

Le schéma suivant (Piovesan, 2003) présente le positionnement de nos travaux dans l'ensemble des travaux du laboratoire Graphos.

Schéma n° 14 : Schéma de Piovesan



Source : adapté de Piovesan (2003).

1992 : Martine Conci, *L'hôpital à la croisée des chemins, des diagnostics à la thérapeutique, Contribution des sciences de gestion à un fait social.*

1992 : Joëlle Guilhot-Guers, *Alternatives en psychiatrie, de l'histoire à l'évaluation.*

1992 : Djamel Khouatra, *Interventionnisme communal et sciences de gestion : d'une approche empirique à la formation d'un cadre conceptuel.*

1997 : Jean-Michel Larrasquet, *L'entreprise à l'épreuve du complexe, contribution à la recherche des fondations du sens.*

1997 : Paul Verot, *L'analyse des processus dans les établissements pour personnes âgées, de l'évaluation à l'accréditation.*

1999 : Didier Vinot, *Le projet d'établissement à l'hôpital, de la formalisation du concept à son instrumentalisation.*

2000 : Gérard Cluze, *Proposition d'un outil de contrôle de gestion fondé sur la méthode ABC.*

- 2000 : Claire Lacoste, *Coopération interhospitalière et modernisation de l'offre de soins, entre concepts et réalité.*
- 2000 : Chantal Mornet, *Le patient client à l'hôpital, contribution à la formulation d'une métamorphose.*
- 2000 : Christophe Pascal, *Gérer les processus à l'hôpital, une réponse organisationnelle à la difficulté de faire ensemble.*
- 2000 : Karine Pellet, *Les stratégies des cliniques privées face à la réforme de la nomenclature.*
- 2001 : Isabelle Franchisteguy I., *Gérer le changement à l'hôpital, des diagnostics vers un modèle intégrateur.*
- 2002 : Alice Teil A., *Défi de la performance et vision partagée, application à la gestion hospitalière.*
- 2003 : David Piovesan, *Les restructurations des cliniques privées : adaptations, évolution ou métamorphose?*
- 2003 : Magali Robelet, *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisations dans une économie de la qualité.*
- 2004 : Véronique Lartigue, *Construction de la satisfaction et expérience de séjour.*
- 2005 : Gilles Devers, *Pour une réforme de l'Ordre des Médecins.*
- 2005 : Marion Girer, *Contribution à une analyse de la relation de soins : essai de remise en cause du contrat médical.*
- 2005 : Julien Husson, *Gérer les risques à l'hôpital : de l'inquiétude des acteurs à la méthode.*
- 2005 : Chakib El Houssine Larraqui Hossini, *Du droit de la santé des travailleurs au droit à la santé des travailleurs marocains : contraintes et perspectives.*
- 2006 : Philippe Belville, *La chirurgie esthétique en France – Histoire juridique de la construction d'une spécialité.*
- 2006 : Caroline Kamkar, *Les limites de la faute : essai de détermination de l'obligation de moyen en matière médicale.*
- 2007 : Maoundé Dionko, *Contractualisation et performance du système de santé au Tchad.*
- 2007 : Guillaume Rousset, *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé.*
- 2007 : Anthony Staines, *La relation "programme qualité"/"résultats cliniques" : du concept à sa mise en œuvre dans trois systèmes hospitaliers : le Conseil de Comté de Jönköping (Suède), Intermountain healthcare (Etats-Unis) et le groupe Reiner de Graaf (Pays-Bas).*
- 2009 : Jean-Baptiste Capgras, *Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (1982-2009) : anamorphose et métamorphoses d'un dispositif de gestion.*

Ces quatre études, que nous décrivons au chapitre suivant, forment notre terrain de recherche mais d'une manière particulière. En effet, les terrains exploités ne sont pas mobilisés en première analyse mais dans une démarche de réutilisation des données existantes et même de ré-interprétation des résultats.

L'objectif de la réutilisation des données recueillies sur les usagers du système de santé, dans un rôle de participant au système de santé, est de confronter l'ensemble de nos données à la problématique de la gouvernance avec les usagers, comme problème organisationnel pour le système de santé, comme prémisses de la montée du patient-consommateur et comme concrétisation de la participation des usagers à la gouvernance des structures sanitaires.

La particularité de notre terrain de recherche tient à la particularité de notre démarche de recherche. Les quatre contrats d'étude sont une opportunité dans la réflexion sur les enjeux de la participation des usagers à la gouvernance du système de santé. L'opportunité qui s'offrait était de pouvoir participer à l'ensemble des étapes de chaque contrat d'étude, de la collecte des données à la remise du rapport, en échange de la possibilité d'exploiter les données primaires pour notre recherche. Cette démarche a été très vite enrichissante...

- *28 entretiens DGS 05-06 et Cruq 06-07 (notes)*
- *1771 questionnaires Cissra*
- *Les données de la Grille excel Orsiduss,*
- *Les résultats et analyse du rapport DGS 05-06, 50p pages*
- *Les résultats et analyse du rapport Cruq 06-07,*
- *Les résultats et analyse du rapport Cissra 07*
- *Les résultats et analyse du rapport Cissra 08*
- *Les échanges avec les professionnels lors des expérimentations*
- *Les échanges lors de communications scientifiques ou informelles*

... mais également contraignante. Deux contraintes matérielle et temporelle se sont immiscées. Le cachet de mandat qui caractérise ce type de recherches a fortement limité les angles d’approche de la problématique et sensiblement entraîné vers une grille d’analyse prédéterminée. Outre, le fait de contenir la collecte des données à un ensemble d’entretiens, de notes et de rapports orientées par la demande, le caractère de mandat a *de facto* créé une relative orientation des résultats de l’étude primaire et par la suite de l’étude secondaire.

Les différents terrains ayant été intégrés sur la base de contrats de prestations passés par le laboratoire Graphos avec des prestataires publics et privés, dans des buts annexes mais convergents à notre recherche, nous avons opté pour la méthode d’analyse de Réutilisation des Données Qualitatives (RDQ).

Cette méthode nous a semblé appropriée parce qu’elle propose une réappropriation de données déjà traitées. Cependant, c’est une méthode qui peut susciter des doutes quant à la pertinence de la réutilisation de données. Nous tenterons de lever les doutes sur la pertinence de notre démarche avant de la présenter.

2. La Réutilisation des Données Qualitatives : enjeux épistémologique et méthodologique

La Réutilisation des Données Qualitatives (RDQ) est une méthodologie d’analyse des données, qui procède par la réappropriation des données d’une étude (l’enquête initiale) pour en construire une autre (l’enquête secondaire).

En nous basant sur les travaux de Thorne (2004 : 1006), Didier Chabaud et Olivier Germain nous rappellent que la RDQ « consiste dans le réexamen d’un ou plusieurs ensemble de données qualitatives dans l’optique de poursuivre des questions de recherche qui sont distinctes de celles de l’enquête initiale ».

Ces auteurs ont produit en 2006, un article dans la revue *M@n@gement*, soulevant à la fois la validité épistémologique et les conditions d'utilisation de cette méthode. Nous en présentons les points essentiels avant de proposer la validité méthodologique de notre démarche.

2.1. La validité épistémologique de la Réutilisation des Données Qualitatives

Couramment mobilisée dans le domaine quantitatif, la réutilisation des données s'inscrit dans une logique de capitalisation des connaissances empiriques. En effet, elle combine comme avantages la flexibilité des données, leur neutralité ainsi qu'une accessibilité non négligeable.

Dans le domaine qualitatif, cette réappropriation des données pour une recherche nouvelle peut soulever des questions épistémologiques, notamment en sciences de gestion, du fait même de la nature épistémologique des sciences de gestion, et de la nature « contextualisée » des données qualitatives produites.

Pour les pourfendeurs de la RDQ, elle ne peut être légitime en sciences de gestion car elle met une distance entre le chercheur et son objet. Or, en sciences de gestion, le caractère scientifique d'une contribution est intimement lié à la rigueur des méthodologies à l'œuvre dans le champ.

Le rapport au terrain est clairement déterminant dans la validité des données et la pertinence de l'analyse. L'appropriation des données d'une étude par un chercheur dans un but distinct crée une distanciation au terrain qui suscite le rejet de la RDQ comme méthodologie pertinente.

Au rang des auteurs qui la défendent, Glaser (1962 :74), un des co-fondateurs de la théorie de l'enracinement, considère que la RDQ appartient à l'arsenal classique des méthodes d'analyse. Pour lui, la RDQ « *ne se limite pas aux données quantitatives. Les notes d'observation, les entretiens non structurés et les documents peuvent être re-analysés avec profit* ».

Les données qualitatives sont, dans ce cas, autant re-exploitable que les données quantitatives car le principe scientifique de capitalisation des données peut s'y appliquer.

Des arguments de la validité scientifique de la RDQ

Si elle est peu mobilisée en sciences de gestion, parce qu'elle suscite encore quelques doutes quant à sa pertinence, elle a donné lieu à des travaux emblématiques, notamment ceux de Weick ou de Mintzberg qu'il convient de rappeler.

En psychologie des organisations, Weick (The Mann Gluch Disaster,1993) a analysé l'incendie de Mann Gulch en se basant sur l'ouvrage de McLean (1992) qui relate cet incendie au cours duquel 13 pompiers périrent. La méthodologie singulière utilisée par Weick, consistant à reprendre les données contenues dans l'ouvrage de McLean, est régulièrement citée comme un exemple pertinent du recours à la RDQ.

Les travaux de Mintzberg, Raisinghani et Théorêt (1976), sur la structure des processus de décision non structurés, selon une méthode considérée comme une forme de RDQ, la division du travail de recherche, conforte également la validité scientifique de cette méthode. En effet, le travail de Mintzberg avait été élaboré sur la base de rapports produits pendant cinq ans par des étudiants.

Dans les deux cas cités, les données initiales ont été collectées par d'autres chercheurs que ceux qui les ont analysées, selon la méthode de réappropriation de ces données. Dans le premier cas, il y a eu rupture de la recherche avec un nouvel objet de recherche, c'est donc un cas de RDQ avéré. Dans le second cas, la notion de continuité de la recherche est évidente, mais la distance entre le terrain et le chercheur l'est tout autant. Ce qui conduit Chabaud et Germain (2006) à voir, dans cette sous-traitance des travaux de recherche, une autre forme de RDQ.

Nous voyons donc que la RDQ est une méthode utilisée par des scientifiques de la gestion des organisations, et que même si elle n'est pas couramment traitée dans les ouvrages méthodologiques, d'éminents théoriciens ont eu recours à elle, dans des travaux devenus emblématiques.

Qu'elle ne fasse pas partie des pratiques méthodologiques courantes en gestion, qu'elle ne fasse pas l'unanimité dans l'esprit des methodistes ne semble pas entacher sa légitimité à exister en tant que méthode.

Pour faire face aux doutes posés par l'utilisation de la RDQ comme méthode de recherche, certains auteurs comme Silvermann (2000) ou Heaton (2004) ont insisté sur la validité de cette méthode en s'appuyant sur le principal défaut qui lui est imputé c'est-à-dire l'éloignement entre le sujet et son objet de recherche.

Dans l'optique de rejeter les effets néfastes de la distance entre le sujet et l'objet, ces auteurs soulignent que l'analyse des données est plus importante que la collecte elle-même. La RDQ ne peut donc être suspectée de fausser la validité d'une recherche dans la mesure où le chercheur reste maître de la phase analytique. Ils apportent ainsi le premier argument de la validité scientifique de la méthode, en imposant **une primauté de l'analyse sur la récolte**

des données. Notons que c'est dans ce cadre, que les recherches de Mintzberg trouvent leur pertinence au regard de la RDQ.

Chabaud et Germain (2006 : 202) confirment cette thèse en prônant la validité scientifique de fait de la RDQ, posant à leur tour un deuxième argument de la validité scientifique de la méthode RDQ. Selon eux, « *« on peut penser, au minimum, que l'étude retraitée a fait l'objet d'une validation par la communauté scientifique, ce qui constitue une forme de contrôle du matériau réutilisé ».*

L'existence de la recherche initiale et surtout la validation scientifique de celle-ci porte caution de la validité du matériau, comme dans le domaine quantitatif. Dans ce cas, la réutilisation dudit matériau ne peut être remise en cause aux motifs d'un manque de légitimité scientifique.

En somme, la légitimité de l'exercice de la RDQ dépendrait principalement de la méthodologie de la recherche primaire et des présupposés sur la qualité du matériau.

Dans le cadre de nos travaux, les différentes questions soulevées par la légitimité épistémologique de la RDQ sont apparues essentielles, c'est pourquoi nous avons tenu à poser le débat sur cet aspect, avant de présenter nos études de terrains.

L'enjeu de la validité scientifique de cette méthode, conditionnée par l'accès à des données primaires et aux mises en forme d'une étude primaire, rejoint celle de la validité de nos travaux, et tourne essentiellement autour de plusieurs questions :

- *Quel a été notre lien au terrain ? L'utilisation de la RDQ nous a-t-elle éloigné du terrain ?*
- *Avons-nous une maîtrise sur la source et la qualité des données récoltées ?*
- *Y a-t-il une bonne adéquation entre le jeu de données et la recherche que nous menons ?*
-

En nous basant sur le protocole d'utilisation de la RDQ énoncé par Steward et Kamins (1993), Hinds et alii (1997), Heaton (2004), Chabaud et Germain (2006), nous avons réalisé pour chaque RDQ une fiche protocolaire d'utilisation (p.169 et annexe 2)

2.2. La validité méthodologique de notre démarche

Nous avons utilisé la méthode de réutilisation des données qualitatives pour exploiter les données de quatre études réalisées par le Graphos.

Les quatre études sont des contrats pour la Direction Générale de la Santé (DGS, étude DGS 05-06), la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (Drass, étude Cruq 06-07) et le Collectif Inter associatif sur la Santé en Rhône-Alpes (Cissra, études Cissra 07 et 08). Dans le cadre de la mise en œuvre des textes et dispositifs sur les droits des usagers du système de santé, ces prestataires ont fait appel au Graphos pour des missions d'évaluation, de mise en œuvre, d'appui méthodologique ou d'analyse.

La participation à ces études nous a permis de cerner la problématique des droits des usagers, de construire le cheminement de la thèse, de produire des propositions d'analyse et de les confronter au cadre théorique.

L'articulation entre la théorie et le terrain s'est déroulée en réutilisant des données qualitatives et quantitatives de travaux primaires dans lesquels nous avons été pleinement impliqué.

Les propositions ont été produites à partir de l'analyse théorique, à travers la typologie de Mitchell et alli., et progressivement au fil des contacts avec le terrain.

Si la RDQ est une méthode admise, elle soulève néanmoins des interrogations quant à sa validité scientifique. Ces interrogations ayant été soulignées précédemment, nous souhaitons dans cette partie y répondre et par là construire la validité de notre démarche de recherche. **En effet, nous souhaitons montrer que le recours à la RDQ, du fait de la re-exploitation des données d'études précédentes ne peut entacher la légitimité à utiliser ces données, dans la mesure où nous avons été constamment au cœur de la récolte des données, maîtrisant ainsi les sources et la qualité desdites données.**

Le lien du sujet à son objet comme facteur de légitimité de la méthode.

Nous avons participé à la collecte partielle ou totale des données de l'ensemble des études. Cet état de fait rejette *de facto* l'argument qui remet en cause la validité scientifique de la RDQ, l'existence d'une distance entre le sujet et l'objet de la recherche.

Dans le cadre de l'étude DGS 05-06 et de l'étude Cissra 07, les données exploitées découlent d'une collecte collective. La participation aux entretiens (2 sur 19), l'élaboration de compte-rendu, la réalisation des données documentaires (hors juridiques) et la réalisation du rapport, ont été conduit collectivement.

En ce qui concerne l'étude Cruq 06-07 et Cissra 08, nous avons conduit les travaux²⁹⁶, sous la direction d'un chercheur senior²⁹⁷.

La méthodologie de réalisation des travaux mentionnés nous place ainsi au cœur de la récolte des données et de l'interprétation des résultats primaires.

Les études Cissra 07 et 08 ont été conduites de manière plus singulière. En effet, la prestation prévoyait le recueil de questionnaires réalisés et auto-administrés, hors de notre contrôle par le Cissra et ses adhérents.

Notre travail a consisté à faire la saisie des données de l'enquête, l'analyse des données et la réalisation du rapport. Dans ces deux études, nous avons participé à un travail collectif.

Si l'équipe du Graphos n'a pas été à la source du questionnaire, la nature de l'outil de collecte des données nous a donné une entière maîtrise des sources et de la qualité du matériau.

La formule des prestations nous a permis d'être toujours individuellement ou collectivement maître(s) des sources et de la qualité des données, rejetant ainsi l'argument de la distanciation au terrain reproché à la RDQ.

L'adéquation entre les données et l'objet de la recherche secondaire.

La démarche qui consiste à retravailler les données est courante dans le domaine quantitatif. Dans les faits, la re-exploitation des données peut prendre différentes formes qu'il s'agisse de démarche déductive ou inductive :

- La RDQ peut prendre la forme d'une **réplication pour contrôle des résultats**. C'est la forme utilisée pour les bases de données américaines, par exemple pour mesurer le niveau de diversification des firmes et l'incidence sur la performance.
- La RDQ peut être utilisée sur la base de données pour **tester des hypothèses nouvelles** qui ne figuraient pas dans le cadre initial de la recherche. Ce qui est une démarche déductive.

²⁹⁶ Nous avons ainsi conduit et coordonné la réalisation de l'ensemble des entretiens avec l'aide de deux membres de l'équipe du Graphos, la documentaliste et un chercheur junior stagiaire.

²⁹⁷ Chercheur senior est le nom donné aux enseignants chercheurs du Graphos. Les doctorants étant des chercheurs juniors.

- La RDQ peut servir dans une **démarche inductive**. Dans ce cadre, le retraitement des données va conduire à des questions et des théorisations inédites.

Le travail que nous avons mené se positionne dans une démarche déductive avec pour objectif la confrontation de nouvelles propositions qui ne figuraient pas dans le cadre des recherches initiales

Le deuxième enjeu épistémologique soulevé par la RDQ est de vérifier l'adéquation des données avec l'objet de la nouvelle recherche. C'est le travail que nous proposons dans les paragraphes suivants.

L'étude DGS 05-06 avait pour objet d'analyser le respect des droits des usagers à travers la prise en compte des droits des usagers par le système. En utilisant la RDQ, nous souhaitons analyser l'existence des usagers comme parties prenantes et la manifestation de leur participation. Ce qui constitue un objet annexe de l'objet de départ dans la mesure où la reconnaissance des droits des usagers implique juridiquement la présence aux instances de gouvernance dédiées, donc par conséquent leur prise en compte en tant que parties prenantes légitimes.

L'objectif de cette réutilisation permet de confirmer l'attribut de la **légitimité** des usagers dans le système de santé tout en apportant des arguments d'analyse du pouvoir des usagers par l'information. En effet, cette étude fournit des données diverses sur le droit à l'information et l'accès à l'information. Cette étude est également une représentation de l'avis des professionnels de santé.

L'étude Cruq 06-07 avait pour objet d'analyser le respect des droits des usagers à travers la mise en œuvre du décret de 2005 relatif à la mise en place des commissions des relations avec les usagers dans les hôpitaux et de fournir un outil d'élaboration du rapport annuel des Cruq. Les données nous permettent d'analyser l'activité des représentants des usagers en tant que parties prenantes et au sein des Cruq.

Les données des entretiens des membres de Cruq et les synthèses proposées par le rapport permettent ainsi d'observer les enjeux et limites de la participation en établissement de santé dans la région Rhône-Alpes. Nous souhaitons décrypter l'*empowerment* des usagers, au sein de l'hôpital.

L'étude Cruq 06-07 est finalement un « regard croisé » car elle fournit des données sur la vision des professionnels et des représentants des usagers. Au final, elle présente l'avis des professionnels et des apprentis professionnels (représentants des usagers) soucieux des enjeux de la démocratie sanitaire.

Le but des études Cissra 07 et 08 était d'analyser le respect des droits des usagers à travers la représentation de ce respect par des usagers adhérents d'un collectif d'associations d'usagers. Ces usagers particuliers car adhérents et par conséquent avertis nous ont fourni des données qualitatives permettant, avec la RDQ, d'observer les limites de l'activité des usagers comme parties prenantes. Cette observation présente l'intérêt d'être un regard par les usagers eux-mêmes dans leur quête de pouvoir.

Les études Cissra offrent des données des adhérents des associations, mais sont l'expression des usagers pris individuellement et n'ayant pas de connaissance pointilleuse sur le système et la démocratie sanitaire. C'est l'avis des non professionnels qui ont un autre atout, celui d'être engagés.

L'annexe 1 est une synthèse du processus de validité de notre méthode, à partir du protocole d'utilisation de la RDQ énoncé par Steward et Kamins (1993), Hinds et alii (1997), Heaton (2004). Ci-après la fiche protocolaire de l'étude n°1 (étude DGS 05-06).

FICHE PROTOCOLAIRE de la RDQ n°1

Etude DGS 05-06 relative au respect des droits des usagers du système de santé

Signalétique des données	
D1. Auteur de la collecte primaire	Equipe du Graphos, travail collectif
D2. Objectif de la collecte primaire	Proposer un modèle de « reporting » à destination des Conférence Régionale de Santé, afin de permettre à la Conférence Nationale de Santé d'effectuer en cohérence et en pertinence sa mission de synthèse concernant la prise en compte des Droits des Usagers
D3. Description des données recueillies	Textes juridiques, données internet, articles, questionnaires de sortie, charte du patient hospitalisé, rapports d'accréditation, entretiens, référentiels HAS, documents d'études...
D4. Déroulement de la collecte : moment et organisation du processus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recherche documentaire et synthèses 2. Construction de la grille ORSIDUSS 3. Expérimentation et validation de la grille
Adéquation des données à la RDQ	
S1. Le jeu de données est-il adapté aux objectifs de la recherche ?	Oui, objet annexe qui reste dans l'analyse du respect des droits des usagers
S2. Le jeu des données est-il adapté au contenu de la recherche ?	Oui, la sélection des données pertinentes a été possible car l'objet secondaire est un aspect de la recherche primaire
S3. La qualité des données permet-il de traiter la question de recherche ?	Oui,
S4. Le type et le format des données sont-ils compatibles avec la RDQ en cours ?	Oui, entretiens et documents, notes et données de synthèse
S5. Les données ne sont-elles pas trop contextualisées, voire périmées ?	Données générales
Qualité des données	
Q1. Le jeu des données est-il complet pour répondre à la finalité de la recherche (données manquantes ?)	Oui, toutes les informations utilisées sont disponibles au Graphos.
Q2. Les données ont-elles été enregistrées entièrement et de façon adaptée ?	Oui, données enregistrées par le chercheur
Q3. Des données ont-elles été modifiées (ex pour préserver l'anonymat ?) si oui, comment ?	non
Q4. Dispose-t-on d'une documentation sur les données (note méthodologique, manuel de codage...) suffisante pour les finalités de la RDQ ?	Oui, données disponibles au Graphos
Q5. L'étude primaire a-t-elle été bien conçue et mise en œuvre ?	Oui, étude conçue et réalisée collectivement
Q6. Les données sont-elles compatibles entre elles ? données homogènes ?	oui
Q7. Les données peuvent-elles être comparées (validation externe) avec d'autres jeux de données au besoin ?	Oui, données qualitatives acontextualisées et ré-exploitable.

Section 2 Cadence entre données primaires et analyse secondaire

Cette partie présente les travaux de recherche qui ont construit le matériau de recherche disponible. Ce matériau particulier n'est pas globalement mobilisé dans le cadre de l'analyse secondaire, cependant nous le présentons pour décrire la richesse qualitative et quantitative disponible au moment de la sélection des données secondaires. En effet, rappelons-nous que pour Chabaud et Germain (2006), le réexamen que nécessite la RDQ, peut s'exercer sur un ou

plusieurs ensemble de données. Cela implique donc parfois le choix des données pertinentes dans différents ensembles de données primaires afin de constituer les données secondaires.

Tableau n° 8 : Synthèse du matériau primaire

Terrains	Echantillon	Caractéristiques	Traitement
Etude DGS 05-06	19 Entretiens	Drass ²⁹⁸ , Cdom ²⁹⁹ , Cram ³⁰⁰ , Cissra, Ersm ³⁰¹ , Cpam ³⁰² , 1 Directeur Hôpital	Analyse Thématique (comparative)
Etude Cissra 07	1079 questionnaires s Démarche Analyse	Adhérents Cissra 1079 Membres de 56 associations	Modalisa, logiciel de Traitement et d'analyse
Etude Cissra 08	792 questionnaires	Adhérents Cissra 792 Membres de 56 associations	Modalisa, logiciel de Traitement et d'analyse
Etude Cruq 06-07	13 entretiens → 15	2 RU ³⁰³ , 2 Dir ³⁰⁴ , 2 DRH ³⁰⁵ , 3 Res Rel U ³⁰⁶ ,	Analyse Thématique (comparative)

²⁹⁸ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

²⁹⁹ Conseil départemental de l'Ordre des Médecins

³⁰⁰ Caisse Régionale d'Assurance Maladie

³⁰¹ Echelon Régional du Service médical

³⁰² Caisse primaire d'Assurance Maladie

³⁰³ Représentants des Usagers

³⁰⁴ Directeur d'établissement de santé

³⁰⁵ Directeur des Ressources Humaines

³⁰⁶ Responsable des relations avec les Usagers

	expérimentati ons →	4 Res Qual 2 médecins médiateurs 1 CHU, 7 CH ³⁰⁷ , 3 HL ³⁰⁸ , 4 cliniques ³⁰⁹	
--	---------------------------	--	--

Dans cet ensemble, des données ont été sélectionnées pour répondre à notre problématique. Ces données et l'objet de leur réutilisation sont présentés dans les développements qui suivent.

1. Une vision globale des problématiques

Notre insertion dans les travaux de recherche du laboratoire a débuté avec la rédaction de la candidature concernant l'appel d'offres sur le respect des droits des usagers. Lancée par la direction générale de la santé (DGS), cette étude avait pour objet de proposer un outil d'aide à la réalisation de la synthèse annuelle des conférences nationales de santé.

Cette étude a permis l'immersion dans les problématiques des usagers. En effet, le caractère national de l'étude a permis d'avoir une vision globale des enjeux autour des usagers et de cibler la question de recherche.

1.1. Terrain 1 : L'étude DGS et les droits des usagers du système de santé

Contexte

Réalisée entre 2005 et 2006, l'étude DGS 05-06 a été conduite par le Graphos sur une période de sept mois. L'étude a débuté en octobre avec une phase de documentation et s'est achevée

³⁰⁷ Centre Hospitalier CH, centre hospitalier intercommunal CHI, centre hospitalier régional CHR

³⁰⁸ Hôpital Local

³⁰⁹ Cliniques et polycliniques

en mai avec la remise du rapport³¹⁰. Ce rapport est consultable sur le site du ministère de la santé.

Objectifs

Exigé par la loi sur les droits des malades du 04 mars 2002 et la loi de santé publique du 09 août 2004, le rapport annuel a été une priorité de la DGS, autorité de tutelle. Dans ce contexte, l'étude DGS 05-06 a été lancée pour élaborer un outil qui permettrait de faciliter la réalisation du rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé au sein des Conférences Régionales de Santé (CRS). En effet, la Conférence Nationale de Santé (CNS) est chargée d'élaborer le rapport annuel sur le respect des droits des usagers sur la base des rapports des CRS. L'outil devait servir d'appui logistique, à la CRS, dans le cadre de la synthèse régionale des rapports de chaque établissement concerné.

Les termes de la prestation étaient de proposer un modèle de « *reporting* » à destination de toutes les CRS, afin de permettre à la CNS d'effectuer en cohérence et en pertinence sa mission de synthèse concernant la prise en compte des droits des usagers. Pour répondre à ces charges, l'équipe du Graphos a proposé un outil sous forme de grille excel comme modèle de « *reporting* ».

La grille *Orsiduss* pour Outil de Recensement des Systèmes d'Information sur le respect des Droits des Usagers du Système de Santé a été construite selon une démarche de « *recherche consultance* » telle que décrite par Claveranne, Larrasquet et alii (2008) où le chercheur produit des outils, avec les acteurs, *in situ*, « *hic et nunc, dans le feu de l'action* »³¹¹.

Méthode

Pour élaborer cet outil, les chercheurs ont réalisé une phase d'analyse documentaire, une phase d'entretiens de co-construction de l'outil et une phase de simulation de l'outil avec deux visées : améliorer l'outil et inciter les acteurs à comprendre les enjeux de son utilisation.

Dans un premier temps, nous avons réalisé un travail documentaire, c'est-à-dire une revue de l'état des droits des usagers dans l'ensemble du système pour recenser l'information existante (notons que le recensement de l'information a été envisagé comme matériau de base pour l'analyse de la question de recherche secondaire).

³¹⁰ Claveranne J.-P., Vinot D., Rousset G. Mbouna N. et alii. (2006), "Respect des droits des usagers : Outils pour l'élaboration du rapport annuel sur le droit des usagers dans le cadre des conférences régionales de santé", rapport d'étude, Graphos, 56p.

³¹¹ Claveranne J.-P., Larrasquet J.-M., Grellier H., Ugarte L., (2008), « Consultance, recherche et responsabilité sociale. Quelques réflexions éthiques, épistémologiques et méthodologiques », *Revue internationale de projectique*, n° 0, 2008/1, p.27-39.

Pour ce travail, trois types de revues ont été mobilisées par les départements juridique et gestionnaire du Graphos. Nous avons effectué une revue juridique en travaillant sur les dispositions afférentes du code de la santé et de la jurisprudence. Puis nous avons réalisé une revue empirique consistant au recensement des expériences liées au thème du respect des usagers notamment des documents de synthèse. Enfin, une revue littéraire a été élaborée pour produire une bibliographie thématique.

Des documents de synthèse pour chacune des revues ont été fournis en annexe du rapport DGS 05-06, notamment un glossaire, la synthèse des expériences réalisées, et l'historique des droits des usagers.

D'autres apports ont contribué à construire les résultats de l'étude, notamment les notes du séminaire de recherche du DIES³¹² des 13 et 14 octobre 2005, coordonnée par Véronique Ghadi autour du rôle et de la place des usagers. Ce colloque a permis de voir au-delà des dispositifs légaux comment les usagers ont construit des dispositifs extra institutionnels pour s'enraciner dans le système. A ce titre, la Maison des usagers de Nantes est exemplaire.

Cette phase documentaire a permis, par ses conclusions, de réaliser une première structure de la grille de « reporting ». Pour élaborer la grille, nous avons produit des indicateurs permettant de cibler les dispositions et les marquer comme respectueuses ou non des droits des usagers. Envisagé comme des traceurs, ces indicateurs ont été réalisés sur la base de l'analyse des référentiels de la HAS, de la charte du patient hospitalisé et des droits acquis par la loi du 02 mars 2004. Par « traceur », nous entendons une ou plusieurs mesures permettant d'indiquer en quoi un droit est respecté ou non. Par exemple, l'affichage de la charte de la personne hospitalisée, la distribution du livret d'accueil en plusieurs langues, etc.

Nous avons distingué trois types de traceurs : des traceurs relevant des actions mises en œuvre pour informer sur le respect des droits, des traceurs assimilables à des procédures pour mettre en œuvre ou suivre le respect des droits et des traceurs relevant des situations de non respect des droits.

Ci-dessus une photographie de la grille *Orsiduss*, plus particulièrement de l'onglet « participation au système de santé (expression collective) ». Respectivement les colonnes représentent A- les thématiques et définitions-, B- les traceurs-, C-les organismes et sources d'information- et D-en région.

Tableau n° 9 : Extrait de la grille Orsiduss

³¹² DIES : groupe d'études et de recherches en santé publique.

A	B	C	D
Lieux de représentation	Représentation des usagers au Conseil d'Administration d'établissements publics de santé	Manuel HAS v2, référentiel 11c	
Conférences nationale et régionales de santé (Art. L. 1411-3, R. 767-2)	Représentation des usagers aux CA, CRU	ARH : rapport sur CRU des établissements	
CONADAM (Art. R. 1142-24)	Représentation des usagers autres, en établissements (CLIN, CLAN, CLUD, Groupe de travail: Accréditation,...)	Projets d'établissements	
ONAM (Art. R. 1142-43)	Représentation d'usagers auprès d'institutions de l'Assurance maladie	CRAM / URCAM / CPAM / MRS	
Etablissement français du sang (CA) (Art. R. 1222-1)	Rencontres facultatives représentants d'usagers/Conseils de l'Ordre	CdOM / CROM	
INPES (Art. R. 1417-2, R. 1417-9)	Représentations d'usagers auprès des services de l'Etat	DRASS / DDASS / ARH...	
Agence de la biomédecine (Art. R. 1418-19)	Représentations d'usagers en CRCI	Rapport d'activité CRCI	
Etablissements de transfusion sanguine (Conseil d'étab.) (Art. R. 1223-1)	Représentation des usagers dans la définition des SROS	SROS 3	
CNOSS et CROSS (Art. L. 6121-7, L. 6121-10)	Rencontres éventuelles entre représentants d'usagers et URML ou Conseils de l'Ordre	Rapports URML / Rapports CdOM	
Commission régionale de concertation en santé mentale (Art. R. 3221-8)			
Conseils d'administration des établissements publics de santé (Art. R. 6143-1, R. 6143-6, R. 6143-8)			
Conseil départemental d'hygiène (Art. R. 1416-17, R. 1416-18)			

Source : Rapport Etude DGS 05-06, grille Orsiduss, CLaveranne, Vinot, Mbouna et alii., mai 2006

Nous voyons ici que la grille *Orsiduss*, en plus de renseigner juridiquement (A) et en pratique (B) sur les droits des usagers dans chaque thématique, fournit des indications géographiques sur les organismes référents (C) en laissant également aux acteurs la colonne D à remplir par leur pratique personnelle.

C'est donc un triple outil d'information, d'analyse et de comparaison pour les professionnels de la santé et une base de donnée synthétique pour les décideurs et chercheurs du secteur.

Une fois la première structure réalisée, nous sommes passés à une phase de co-construction de l'outil avec les professionnels par le biais des entretiens et l'analyse des comptes-rendus d'entretiens.

19 entretiens ont été réalisés dans le cadre de cette étude, en essayant d'interroger les acteurs les plus importants. Ces entretiens ont mobilisé les régions-tests, en accord avec le comité de pilotage de l'étude au Ministère de la santé. Les entretiens ont été réalisés auprès des structures et acteurs clés du système de santé dans les régions tests qui étaient l'Ile-de-France, le Rhône-Alpes, le Languedoc-Roussillon et la Franche-Comté.

Les structures sollicitées pour l'étude étaient au niveau régional ou départemental, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (Drass), des Centres Hospitaliers (CH), des Unions Régionales des Médecins Libéraux (Urml), des structures régionales du Collectif Inter- associatif sur les usagers du Système de Santé (Ciss), des Caisses Régionales de l'Assurance Maladie (Cram), des Caisses primaires de l'assurance maladie (Cpam), des

Echelons régionaux du service médical (Ersm) et des Conseils départementaux de l'ordre des médecins (Cdom).

Nous avons procédé par entretiens semi- directifs conduits auprès des acteurs clés des politiques de santé en régions. Les entretiens se sont déroulés entre novembre 2005 et janvier 2006, auprès de :

1. Le DRASS Ile-de-France
2. Le DRASS Rhône-Alpes
3. Le DRASS France-comté
4. Le DRASS Languedoc-Roussillon
5. Le Responsable du pôle santé, Ile-de-France
6. Le responsable santé DRASS, Ile-de-France
7. Le Responsable du pôle santé, Rhône-Alpes
8. Le Responsable du pôle santé, Franche-Comté
9. Le Responsable du pôle santé, Languedoc-Roussillon
10. Le Président d'une URML ;
11. Le représentant d'un Ciss régional
12. Le représentant d'une Cruq
13. Le Bureau de l'Observatoire des Plaintes Rhône-Alpes ;
14. Le médecin conseil régional du service de santé de l'Assurance Maladie
15. Le directeur adjoint de CPAM.
16. Le directeur de la stratégie et du développement, d'un Hôpital
17. Le président du Cdom, Rhône
18. Le président du Cdom, Hérault
19. Le responsable de l'ERSM en Rhône-Alpes

Cette deuxième phase a conduit à la réalisation de la grille *Orsiduss*. Cette grille devait servir pour recenser à la fois les droits individuels et collectifs. Nous l'avons testée auprès des régions prédéfinie, modifiée puis validée avec les acteurs. L'objectif de la co-construction était d'aboutir à une grille utile et utilisable dans l'objectif pratique de recensement qui lui était assigné et analytique des droits des usagers dans l'objet théorique défini par le cahier des charges.

1.2. La ré-exploitation des données de l'étude DGS

05-06

Le caractère national de cette étude est d'un intérêt majeur. En effet, la vision globale de cette étude nous a permis de mobiliser des informations, variées et pertinentes, fournies et construites, concernant les points suivants :

- **L'accès à une information** documentée et construite à partir de documents fournis et de synthèses réalisées. Les déplacements effectués dans les établissements lors des entretiens ont également produit des données d'observations. Enfin, des comptes-rendus d'entretiens ont été rédigés.
- **La relation avec des acteurs** clés du système de santé, notamment dans le partenariat avec les usagers. Cet aspect a permis de comprendre leur point de vue sur la relation de même que la reconnaissance et la légitimité du statut de « partenaire ».
- **La compréhension des enjeux des droits des usagers** à travers l'analyse des dispositifs de mise en œuvre de ces droits et de leur respect. Les questions relatives au rôle et à la place des usagers ainsi que les interrogations liées à l'effectivité de leur action ont été suscitées dans ce cadre. Nous avons ainsi pu envisager des propositions d'analyse pour une recherche de thèse de type exploratoire.
- **L'engagement dans une véritable démarche de recherche-intervention**, qui allait se constituer au-delà de la posture d'observateur. Par la contribution à la réalisation de l'outil Orsiduss, notamment dans la recherche d'indicateurs appelés traceurs (voir outil), le chercheur s'est inscrit dans un style de recherche opérationnelle.

Ce travail a donc été à la fois le début d'une recherche principalement centrée sur la problématique de l'effectivité du pouvoir des usagers dans la décision et le premier matériau d'analyse des propositions à partir de la méthode de réutilisation des données qualitatives sur l'ensemble des **données** : synthèses, compte-rendu d'entretiens, traceurs de la grille *Orsiduss*, rapport final. Par ailleurs, l'étude a révélé l'intérêt d'une problématisation de l'intégration des usagers dans la gouvernance du système de santé, à l'hôpital ou dans les autres sphères de la décision en santé publique. L'existence de nombreux dispositifs de représentation des usagers au niveau régional (dont la Commission des Relations avec les usagers, le Ciss régional) et au niveau national (dont la Conférence Nationale de Santé, le Ciss) démontre que le problème n'est pas dans l'adhésion à la mise en œuvre de la participation des usagers, mais bien dans la conception de ce partenariat et de sa plus-value.

En résumé, le respect mécanique des droits des usagers dont la mise en œuvre des moyens d'exercer les droits collectifs de représentation et de participation ont soulevé de nombreux

débats, colloques et journées d'étude sur l'effectivité de cette participation (DIES 2005, EHMA 2007, SFSP 2007, Ciss-FEHAP 2009). Les associations de patients ne sont pas non plus satisfaites des conditions d'exercice de leur mandat et l'expriment par la remise en cause de la procédure d'agrément, les débats sur la pénurie du nombre de représentants, les revendications autour des modalités de la représentation (congé, rétribution financière, etc).

L'étude DGS 05-06, réalisée en 2005, avait pour objet de *tracer* la prise en compte des droits des usagers par le système. Grâce à la RDQ, nous avons essayé de questionner la participation des usagers comme partie prenante. Ce qui est un objet annexe de l'objet de départ dans la mesure où la reconnaissance des droits des usagers implique juridiquement sa présence aux instances de gouvernance dédiées, donc par conséquent son existence en tant que partie prenante légitime. L'objectif de cette réutilisation est de questionner **le savoir des usagers à travers le droit à l'information**. Nous rappelons que le but étant d'analyser le pouvoir des usagers, nous avons fait le choix d'analyser deux aspects du pouvoir, le savoir et l'expertise.

2. Une expérience de co-construction des données en établissements de santé

2.1. TERRAIN 2 : L'étude Cruq et les représentants des usagers à l'hôpital

Contexte

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades, a constitué un renouveau de la prise en compte des usagers dans le système de santé français. Ce texte consacre les droits individuels du malade et des droits collectifs des usagers du système de santé, principalement la participation à l'orientation et à la définition des politiques sanitaires et la représentation au sein des instances décisionnaires.

Le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers a permis la mise en application des dispositions relatives à la représentation des usagers dans le système de santé par la création de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (Cruqpec, cruq).

La Cruq a pour missions de veiller, au sein des établissements, à la prise en compte des droits individuels et collectifs garantis aux usagers par le système. Garant de l'expression de la parole des usagers et de leur compréhension du système, la Cruq se doit d'être elle-même comprise dans son action.

Le rapport, qu'elle rend chaque année, permet de suivre les actions réalisées par l'établissement sur ses missions comme dictées par le décret de 2005. En effet, « *La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à l'article L. 1112-3* ».

Pour permettre l'élaboration de ce rapport annuel et l'exploitation des données au niveau régional, l'appel d'offres avait pour objet l'élaboration d'un *modèle-type de rapport annuel* des Cruq qui serait diffusé et servirait de structure des rapports.

Dans le cadre de la Conférence Régionale de Santé, l'ARH et la DRASS en collaboration avec la présidence de la Conférence Régionale de Santé ont alors attribué au Graphos d'élaborer un modèle type de rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge³¹³.

Cette étude a été notre deuxième terrain de thèse. Par ailleurs, elle a été un terrain central car la création de la cruq, au-delà du respect des droits des usagers, répond à un souci de gouvernance avec les usagers. En effet, la Cruq est une instance du gouvernement des hôpitaux, entièrement tournée vers la prise en compte des usagers et dans laquelle il a une place importante. Toutefois, cette étude limite les données à la région Rhône-Alpes.

Objectifs

La synthèse des informations relatives au respect des droits des usagers, nécessite d'avoir une information comparable dans sa forme et dans le fond. La diversité des formats mais aussi la disparité des informations contenues dans l'ensemble des rapports 2006 envoyés à la DRASS par les établissements de santé a montré la nécessité d'harmoniser les rapports de Cruq.

Cette harmonisation vise la forme, par une présentation type et conforme au décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers, et le fond par le recueil d'une information jugée pertinente par les établissements interrogés.

L'intérêt de ce modèle type consiste en une meilleure uniformisation des données. A l'heure où l'on parle de classements entre établissements, *la standardisation des données à comparer* est un atout pour les tutelles. Pour les établissements, l'intérêt est également de disposer d'un document de synthèse de l'information relative à leur relation avec les usagers, pour une exploitation simplifiée.

L'étude que nous avons conduit sous la coordination d'un chercheur senior devait produire un outil uniforme et synthétique des données relatives au respect des droits des usagers.

³¹³ Vinot D., Mbouna N., Courtais E. (2007), "Aide à l'élaboration d'un modèle type de rapport des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge", rapport d'étude, Graphos, 18p.

Méthode

La méthode retenue reprenait les principes posés par le cahier des charges de la consultation :

- L'analyse des rapports de Cruq 2006 des établissements sélectionnés.
- L'élaboration d'un modèle type de rapport de Cruq en collaboration avec les établissements sollicités.
- L'expérimentation du modèle type auprès des établissements de santé de la région.

Pour réaliser cette prestation, les travaux du Graphos ont progressivement été suivis par un comité de pilotage composé des instances de tutelle.

L'étude a été menée en trois phases, suivant une démarche interventionniste, avec les établissements de santé de la région Rhône-Alpes. Nous avons ainsi co-construit, professionnels et chercheurs, la grille Cruq, suivant un cheminement précis.

Dans un premier temps pendant le mois de Janvier, nous avons collectivement au sein du Graphos réalisé la phase d'analyse des rapports de Cruq. L'analyse des rapports 2006 a porté sur les rapports envoyés à la DRASS au courant du mois de Janvier 2007.

Pour cette analyse, nous avons utilisé **17 rapports de Cruq**. Sur cet ensemble, l'un des documents constitue un ensemble de propositions pour le contenu des rapports de Cruq (HCL), un autre est en réalité un compte-rendu de réunion (l'hôpital local Saint Bonnet le Château). Nous avons, en outre, une proposition de rapport type de la Cruq communiqué par le Cissra, ainsi que 2 rapports d'activités sommaires pour les établissements de Bouchacourt et Pro BTP. Ces derniers ne présentant pas de réel bilan d'activité.

Finalement, nous avons appuyé nos conclusions sur 12 rapports de Cruq des établissements suivants : CH Vienne, CR Les Massues, CHU Saint-Étienne, CH Tarare, CHI Sud Leman Valserine, Fondation Métallurgique et Minière pour la Santé (Rocheplane), CHS Le Vinatier, CH Montélimar, CMPR « Les Baumes », CHI Neuville Fontaines, centre Léon Bérard, CH Trévoux.

L'analyse de ces rapports a ainsi montré la nécessité d'harmoniser les rapports de Cruq dans leur forme, par une présentation type et conforme au décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers. Nous nous sommes pour cela appuyés sur les mentions obligatoires décrétées pour le rapport de Cruq :

- Le respect des droits des usagers, notamment par le suivi des plaintes et réclamations

- La mise en œuvre de procédures de facilitation des démarches des usagers, notamment une information sur les recours possibles
- L'appréciation des pratiques de l'établissement sur la base du traitement des plaintes, réclamations et témoignages de satisfaction
- L'évaluation des mesures adoptées
- La formulation de recommandations

L'idée était d'aboutir à un contenu, complet et lisible, par une simplification des données et un outil respectueux des thématiques et sous-thématiques prévues par le décret.

Dans un deuxième temps, de Février à Mars, nous avons conduit une phase d'entretiens auprès de 9 établissements qui ont accepté de participer à la construction d'un modèle type provisoire avec les établissements (10 sur les 15 de la première phase). Cette phase a été nourrie d'échanges d'idées et d'impressions sur l'outil à construire. Elle a abouti à la validation d'une grille expérimentale par la DRASS.

Le modèle type a été construit suivant une démarche co-constructive avec l'ensemble des établissements qui ont accepté de collaborer à son élaboration, ceux que nous avons nommés les établissements partenaires.

La phase de construction du modèle type s'est appuyée sur une grille Excel, intitulée « *grille annexe au rapport de CRU* », réalisée par les chercheurs du Graphos et présentée à la DRASS.

Suite à la validation de cette grille préalable, nous avons mené un travail de co-construction d'une grille provisoire avec les établissements partenaires où nous avons réalisé **13 entretiens** auprès des divers membres de la Cruq :

- CH Vienne (1), auprès du médiateur médicale, membre de la Cruq,
- CR Les Massues (1), auprès de la Responsable Qualité, présidente de la Cruq
- CHU Saint-Étienne (1), auprès du Directeur adjoint, président de la Cruq
- CH Tarare (2), auprès du DRH et de la Représentante des usagers, membres de la Cruq
- CHS Le Vinatier (1), auprès du responsable des Relations Usagers, membre de la Cruq
- CH Montélimar (3), auprès des responsables de la Qualité et du Représentant des usagers

- CHI Neuville Fontaines (2) auprès de la responsable qualité et du médecin médiateur, membres de la Cruq
- Hôpital local Saint-Laurent Bouchacourt (1), auprès de la directrice représentant l'hôpital à la Cruq
- CH Trévoux (1) auprès du directeur adjoint représentant le CH à la Cruq

Ces entretiens ont progressivement permis d'affiner la grille et d'arriver à un outil voulu et validé par les professionnels comme grille expérimentale.

Dans un troisième temps, pendant les mois de Mars et Mai, nous avons mené la phase d'expérimentation auprès de 44 établissements (61 contactés). Il s'agissait de vérifier la simplicité d'utilisation de la grille et de contrôler la pertinence des données recueillies pour une double exploitation : interne par l'établissement et externe par la tutelle.

L'ensemble des établissements sollicités (61 dont les 9 établissements partenaires) a reçu la grille expérimentale par mail accompagnée d'une notice explicative rédigée au sein du Graphos et incluse en annexe. Au préalable, nous avons obtenu au téléphone leur accord pour l'envoi de la grille en format électronique. Selon cette démarche, il faut préciser que nous avons obtenu l'accord préalable de 44 établissements.

La majorité des établissements partenaires (7/9) ont accepté de poursuivre la collaboration commencée dans la deuxième phase (co-construction de la grille), dont 4 qui ont remis leur rapport dans les temps de la commande (fin avril 2007). C'est donc 7³¹⁴ établissements partenaires sur 9 qui ont utilisé la grille co-construite comme support de leur rapport annuel 2006 (envoyé à la tutelle en juin 2007).

En revanche, sur les 52 autres établissements sollicités, dont 35 favorables à l'étude, seuls 11 établissements ont confirmé leur désir de participer à l'expérimentation³¹⁵. 8 d'entre eux nous ont remis leur rapport sur le modèle que nous avons construit ensemble.

En résumé, 15 établissements ont rédigé et rendu en avril 2007 (échéance de l'étude) leur rapport de Cruq 06-07 selon le modèle type :

- CHU Saint-Étienne,
- CH Trévoux,

³¹⁴ Dans le rapport final de l'étude nous ne mentionnons que 4 car ils ont rendu leur rapport avant l'échéance prévue. Pour les autres, nous notons qu'ils y ont participé simplement.

³¹⁵ De nombreuses contraintes de temps notamment ont justifié l'impossibilité de rejoindre l'étude pour de nombreux établissements favorables. En effet, l'échéance d'avril comme fin de l'étude a été un facteur limitant même si l'adhésion au projet concernait en réalité 35 établissements sur 61 sollicités.

- CH Montélimar
- CHI Neuville Fontaines
- HL Buis-les-Baronnies,
- CH Saint Luc Saint-Joseph,
- Clinique Saint-Vincent de Paul de Bourgoin,
- Clinique du Val d'Ouest Ecully,
- CHR Mont d'Or,
- Polyclinique de Rillieux.
- HL Belleville
- CH Annecy
- CHI de Neuville-sur-saône
- HL Belleville
- Clinique protestante de Fourvière

2.2. La ré-exploitation des données de l'étude Cruq 06-07

L'étude sur la commission des relations avec les usagers, en plus de constituer un terrain cible sur la gouvernance hospitalière, a été le cadre d'une démarche interventionniste pleinement réalisée par le chercheur.

Ce terrain a également permis de cibler le cœur de la problématique, la pratique des usagers dans la gouvernance hospitalière. Les informations mobilisées au cours de ce terrain (documentation, observations, entretiens) et la diversité des établissements ciblés (CHU, CH, Clinique, centre de réadaptation, Hôpital local, hôpital intercommunal) donnent aux données recueillies un cachet de légitimité soutenable. Par ailleurs, la proximité avec le terrain, nous permet aisément de nous réapproprier les données primaires afin de conduire la réflexion secondaire avec le moins de biais, supposé de la démarche de réutilisation des données qualitatives. En effet, nous avons, sous la direction du chercheur senior, mené cette étude avec l'appui d'un autre chercheur junior et de la documentaliste du laboratoire.

L'étude Cruq avait pour objet d'analyser la mise en œuvre du décret de 2005 relatif à la mise en place des commissions des relations avec les usagers dans les hôpitaux et de fournir un

outil d'élaboration du rapport annuel des Cruq. Nous avons, en analyse secondaire, envisagé de tester l'activité des usagers en tant que partie prenante. Cet objet est testé sur les données des entretiens des membres de Cruq et permet d'observer les enjeux et limites de la participation en établissement de santé dans le Rhône-Alpes. Cet élément permet de tester l'hypothèse de **la recherche de reconnaissance et d'expertise** des usagers, au sein de l'hôpital.

L'étude Cruq offre des données sur la vision des professionnels et quelques fois des représentants des usagers, finalement des professionnels et des apprentis professionnels qui comprennent les enjeux de la démocratie sanitaire. De la collecte des données au rapport d'analyse, en passant par la construction de l'outil « *grille annexe au rapport de CRU* » et les entretiens auprès des responsables hospitaliers, nous avons recueilli ou construit chaque donnée soumise à la re-exploitation.

3. Les enquêtes Cissra, une base de donnée détournée

3.1. TERRAINS 3 et 4 : Les études Cissra et l'avis des usagers engagés

La mise en œuvre des droits des usagers du système de santé a fait entrer dans la gouvernance du système de santé un nouveau type d'usagers, de patients, d'acteurs du système de santé : les usagers engagés dans des collectifs, notamment ceux du Collectif Interassociatif des usagers du Système de Santé (CISS).

Le CISS regroupe une cinquantaine de diverses associations familiales, de victimes ou de patients. Le CISS est devenu un acteur majeur de la démocratie représentative et de la gouvernance hospitalière ou globalement du système par la participation à la gouvernance du système de santé.

Dans le cadre de sa démarche d'ancrage comme acteur privilégié, le CISS mène en région une politique de représentation, d'information, de formation, et d'impulsion des politiques.

Le CISS Rhône-Alpes, Cissra, a depuis été une entité majeure dans la gouvernance du système de santé. Pour exemple, la présidente du Cissra est également présidente de la Conférence Régionale de Santé en Rhône-Alpes. C'est ainsi qu'il a mis en place, dès 2007, une enquête annuelle par questionnaires, de septembre à novembre, sur le respect des droits des usagers à destination des adhérents des associations qui la composent et lancé un appel d'offre pour le traitement et l'analyse des données.

Contexte :

Les deux études réalisées pour le compte du Cissra ont débutées en novembre des années 2006 et 2007 et ce sont achevées en février des années suivantes. Elles portent ainsi le nom d'enquêtes 2006 et 2007 mais d'étude Graphos 2007 et 2008.

5 ans après le vote de la loi sur les droits des usagers, reconnaissant les usagers du système de santé « *comme partie prenantes à part entière* »³¹⁶, le collectif inter-associatif en santé du Rhône-Alpes Cissra regroupant 56 associations d'usagers, a lancée son enquête annuelle sur le respect des droits des usagers.

L'analyse des questionnaires a été confiée au Graphos, constituant par ce biais les terrains 3 et 4 de notre recherche. Le terrain 4 de nos travaux, a été mis en place après le succès de la première version.

Objectif

Le CISS Rhône-Alpes a réalisé une enquête par questionnaires auprès des usagers adhérents des différentes associations du collectif pour recueillir leur appréciation du respect des droits des usagers en 2006 et 2007.

Pour le collectif, cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une nécessaire détermination de l'effectivité des droits des usagers du système de santé. Les différentes prérogatives réaffirmées et renforcées par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, n'ont en effet de sens que si elles sont mises en œuvre et si l'esprit de protection qu'elles induisent est respecté.

Cette étude est d'une importance essentielle et s'insère de manière cohérente dans le cadre de l'action des pouvoirs publics qui adoptent la même démarche (c'est par exemple le cas des rapports sur le respect des droits des usagers du système de santé rendus par les Conférences régionales de santé).

Déterminer si les droits des patients sont respectés est donc une tâche essentielle pour que les usagers du système de santé se sentent protégés et soient en confiance dans la relation qui les unit aux professionnels et au système de santé. C'est probablement dans ce seul cadre que pourront s'établir et se maintenir des relations équitables entre soignants et soignés, évitant les différentes formes de dérives que constituent, de manière caricaturale, un professionnel de santé indifférent mais aussi un patient transformé en consommateur de soins exigeant et abusif.

³¹⁶ Vinot D., Rousset G., Mbouna N. (2007), « Respect des droits des usagers : résultats de l'enquête auprès des associations du Ciss Rhône-Alpes ». Janvier, p.1.

L'objet de ces enquêtes rejoignant notre problématique, nous avons pu intégrer l'équipe du Graphos en charge de la réalisation des commandes.

Méthode

En 2006 et 2007, le Cissra a lancé une enquête annuelle par questionnaires auprès de ses adhérents. 1079 questionnaires ont été recueillis la première année et 692 la deuxième année, dans le but de recueillir leur appréciation du respect des droits des usagers, ce qui fait un total de **1771** questionnaires.

L'analyse a été confiée au Graphos, par appel d'offres. Nous avons intégré l'équipe de chercheurs et participé à l'ensemble de la prestation. Pour répondre à la prestation, nous avons procédé à la saisie des données et au traitement avec l'outil logiciel *Modalisa*, à l'analyse des données et à la réalisation du rapport final remis au mandant, après une première version corrigée en réunion de travail avec ce dernier.

La saisie des données a été réalisée avec le logiciel *Modalisa*.

L'Outil

Un questionnaire de 8 pages (première étude) et 9 pages (seconde étude), réalisé par le Cissra a été diffusé à l'ensemble de leurs associations adhérentes. Ces associations ont été chargées de l'administrer auprès de leurs adhérents selon la méthode de l'auto-administration.

Le questionnaire est subdivisé en rubriques, reprenant les droits acquis par la loi du 04 mars 2002 et les principales préoccupations du commanditaire dans sa perception de ces droits : le droit à l'information, le droit au consentement, le droit d'accès au dossier médical, la réforme du médecin traitant, le droit des patients hospitalisés.

La création de l'enquête

Lors de la première enquête, le chercheur senior, coordonnateur de l'étude, a construit la structure de saisie et sollicité les autres chercheurs pour la saisie et l'analyse.

Lors de la seconde enquête, coordonnée par le chercheur senior, notre implication s'est manifestée dès le début, avec l'élaboration de la structure de saisie, sur *modalisa*, grâce au document explicatif « *Modalisa4* ». Cette étape a nécessité de se mettre à jour sur l'outil logiciel *modalisa*. La formulation de certaines questions du questionnaire a posé quelques problèmes, résolus à l'aide d'autres chercheurs du laboratoire. La création de l'ossature a duré près de 5 jours.

L'architecture (ossature) du questionnaire

Dans le cadre de la première étude 1079 questionnaires ont été recueillis. Après l'élaboration de la structure du questionnaire sur Modalisa, étape préalable avant la saisie, une cinquantaine de questions principales ont été retravaillées en 64 items. Dans le cadre de la seconde étude 692 questionnaires ont été traités sur la base de 125 items. L'enquête 2007 a donc été plus étoffée dans la formulation des questions et les points ciblés par le questionnaire.

La saisie

Pour cette première étude, nous avons réalisé la saisie du tiers des questionnaires. La saisie a duré un mois et demi de décembre 2006 à mi-janvier 2007. Pour saisir les données, les chercheurs ont été aidés par les étudiants du master 2 de l'Ifross. Pour la seconde étude, nous avons saisi l'ensemble des 692 questionnaires à raison de quatre saisies par heure. La saisie a nécessité près de 168 heures de travail. Etant occupée sur d'autres projets, et consacrant 7 heures par jour à l'enquête, l'étape de saisie a duré 24 jours. A noter que sur les 692 questionnaires, la saisie a concerné 670, car 22 questionnaires ont été retirés de l'enquête pour diverses raisons : non adaptation à la structure de saisie, questionnaires non remplis, questionnaires incomplets.

Le traitement des données a nécessité des connaissances approfondies des fonctionnalités du logiciel Modalisa. A cet effet, des lacunes ont pu être comblées grâce à l'aide des autres membres du laboratoire.

Dans la première étude, 800 ont été traités sur les 1079 questionnaires saisis. En effet, une sur-représentation de l'une des associations a justifié de restreindre la part de celle-ci aux seuls répondants de Rhône-Alpes (49). Après la saisie des données, nous avons procédé par codages de données, afin d'en construire l'analyse.

Le codage

Sur la première étude, les 64 questions étaient réparties comme suit : 42 questions uniques (fermées : réponse oui ou non), 1 question multiple (plusieurs réponses possibles), 21 questions textes (zone de libre échange, réponses variées). Sur la deuxième étude, la nature des questions était sensiblement différente : 86 questions uniques, 34 questions textes, 3 questions multiples, 2 questions numériques.

Le recodage

Des recodages ont été pratiqués sur certaines données pour des besoins de traitement.

Le traitement des données

Deux types de traitements ont été réalisés sur les données, un tri simple³¹⁷ sur chaque donnée et un tri croisé pour juger de l'interdépendance des données variables.

Tableau n° 10 : Extrait de l'ossature Modalisa, étude Cissra 08

Variable	Type	Mod.	Code	N°	N° de recodage
Information Existence représentants d'Usagers	Un	2		98	
Observations Conditions de sortie	Text			99	
Devoir Politesse des usagers vis-à-vis des p	Un	4		100	
Devoir Compréhension des contraintes des us	Un	4		101	
Devoir Observation des règles d'hygiène	Un	4		102	
Devoir Respect des rendez-vous	Un	4		103	
Commentaires Devoirs Usagers	Text			104	
Sexe	Un	2		105	
Age	Num			106	3
Classes sur Age	Un	6		106	1
Classes sur Age	Un	6		106	2
Classes sur Age	Un	6		106	3
Lieu de résidence	Un	8		107	
Code postal	Text			108	
Lieu de soins habituel	Un	9		109	
Précision Autre Lieu de soins habituel	Text			110	
Allocataire de la CMU	Un	2		111	
Maladie Chronique	Un	2		112	
Nombre de consultation depuis 6 mois	Un	5		113	
Observations générales ou sur relations avec	Text			114	
Nom	Text			115	
Prénom	Text			116	
Adresse	Text			117	
Code Postal	Text			118	
Ville	Text			119	
Email	Text			120	
Représentant des usagers	Un	2		121	
Date ou Durée de la représentation	Text			122	
Établissement de la représentation	Text			123	
Remarques de l'Enquête	Text			124	
Remarques des Associations membres	Text			125	

Source : Capture écran Modalisa, étude Cissra 08.

La photographie suivante donne un aperçu des codages effectués pour collecter l'information des questionnaires papier qui nous ont été fournis par le Cissra. La colonne « variable » décrit l'item concerné, par exemple la possession ou pas d'une couverture maladie universelle (CMU). La colonne type nous renseigne sur la nature de la question, par exemple « un » pour question à réponse unique. La colonne « mode » renseigne sur les modalités de la réponse (2 pour « oui » ou « non »). La colonne « N° » est réservée au numéro assigné à chaque questionnaire. Enfin, la colonne « N° de recodage » est indiquée chaque fois qu'un recodage a été effectué sur une question.

3.2. La ré-exploitation des données Cissra

Pour un chercheur qui réfléchit à la question des usagers dans le système de santé, les questionnaires du Cissra peuvent représenter une base de données intéressante. Les modalités

³¹⁷ Le logiciel de traitement Modalisa parle de tri plat, dans le cadre du tri simple, et de tri croisé pour le tri variable.

du contrat, c'est-à-dire une étude réalisée sur la base d'un prix modéré avec en échange la possibilité de réutiliser les données, nous a offert la possibilité de l'intégrer à nos travaux.

Les études Cissra 07 et 08 avaient pour objet de mesurer du respect des droits des usagers adhérents et leur appréciation du respect attendu. Ces usagers particuliers car adhérents et par conséquent avertis nous ont fourni des données qualitatives permettant, avec la RDQ, d'observer les attentes, les enjeux ou limites de la participation des usagers.

Cette observation présente l'intérêt d'être un regard sur usagers et non plus sur le système comme les précédents terrains. Elle a permis de tester l'hypothèse du **pouvoir** des usagers, notamment sous l'angle de l'*empowerment*, la capacité à ses saisir de ses droits, de se constituer en pouvoir.

Les études Cissra offre des données sur les adhérents des associations, dont la qualité d'usagers engagés est une particularité. On peut alors en attendre qu'ils aient des connaissances pointilleuses sur le système et la démocratie sanitaire.

Le tableau suivant donne un récapitulatif de l'interaction que nous avons envisagé entre le cadre théorique, les quatre terrains d'études afin de produire l'analyse à venir.

Tableau n° 11 : Articulation propositions /terrains

Propositions	Terrains et matériel	Eléments d'analyse
1. Les usagers en quête de savoir	DGS 05-06, Cruq 06-07, Cissra 07 et 08	Illisibilité du système, Asymétrie de l'information
<i>a) Les usagers : parties prenantes en manque d'information</i>		<i>Difficultés d'accès ou de compréhension de l'information</i>
<i>b) Les usagers : parties prenantes en quête d'information</i>		<i>Création de l'information ou manipulation de l'information</i>
2. Les usagers en quête d'expertise	Cruq 06-07, Cissra 07 et 08	Genèse de la participation, Les modalités de la participation
<i>c) Les usagers : parties prenantes en quête de reconnaissance</i>		<i>Pénurie de la représentation ou ambivalence de la participation,</i>
<i>d) Les usagers : parties prenantes à l'expertise limitée</i>		<i>Limites et incohérences de la représentation</i>

4. L'évolution de la réflexion sur la participation des usagers : interaction permanente entre cognition et conation

Au-delà des quatre terrains mobilisés, le contexte de nos travaux de recherche a été celui du cinquième anniversaire de la loi du 04 mars 2002 fêté en 2007 par les usagers sous forme de revendication supplémentaire, du foisonnement de colloques, séminaires et journées d'étude sur la place des usagers, l'effectivité de la participation des usagers ou l'apport de la participation des usagers dans la conduite du système de santé.

L'intérêt grandissant de cette thématique de la participation des usagers s'est imposé à nous, en marge des terrains définis, à travers des entretiens informels avec des personnalités de la santé (Kepenekian, 2005 ; Mazoyer, 2008 ; Bury, 2008 ; Bremond, 2009). Ces contacts nous ont apporté des pistes nouvelles de réflexion, permettant notamment de disposer d'une documentation supplémentaire.

Dans notre démarche de recherche, nous avons **participé** à des colloques de grande portée scientifique, par exemple :

- Les entretiens Jacques Cartier, éditions 2005, 2006 et 2007 sur les défis de la gouvernance du système de santé,
- Le séminaire du DIES 2005 sur les dispositifs de la participation des usagers hors dispositifs légaux

Nous avons aussi contribué à la discussion dans notre communauté scientifique, en **intervenant** dans deux colloques national et international :

- Le colloque annuel de l'European Association in Health Management (EHMA) où nous avons proposé une communication sur le thème du consumérisme en santé intitulée "Consumerism and patient's rights : a new value ?"
- Le colloque annuel de la Société Française de Santé Publique (SFSP) où nous avons proposé une communication sur le thème de la participation des usagers au système de santé intitulé le représentant de l'utilisateur à l'hôpital : mythe et réalité d'un acteur bivalent).

Grâce à ces échanges scientifiques, nous avons pu :

- Premièrement, mettre nos recherches à l'épreuve de la communauté scientifique
- Deuxièmement, élargir notre réflexion par de nombreuses remarques.

Enfin, nos travaux ont été soumis à deux *conférences annuelles de thèses*, instituées par le laboratoire Graphos dans le cadre de ses séminaires de recherche, au cours desquelles, les remarques de l'assemblée des enseignants-chercheurs ont contribué à construire notre réflexion et à fixer les enjeux d'un tel travail de recherche. Ces différentes confrontations nous ont permis de finaliser le cadre de la recherche et d'éprouver notre réflexion.

Chapitre 6 Le pouvoir des usagers du système de santé au regard des résultats primaires

« Est chose tout ce que l'esprit ne peut arriver à comprendre qu'à condition de sortir de lui-même, par voie d'observations et d'expérimentations ».

Durkheim, (in Thiétard,).

SECTION 1
Le savoir questionné par le droit à l'information
1. Le respect du droit à l'information : une priorité institutionnelle
1.1 L'étude DGS 05-06 ou l'information au centre des droits des usagers de la santé
1.2 L'étude Cruq 06-07 ou les ambiguïtés de la volonté institutionnelle
2. Les usagers, une partie prenante en quête d'information
2.1 Les rapports au droit à l'information des usagers engagés
2.2 Le rôle d'informateur des associations d'usagers en matière d'information ?
SECTION 2
Les faiblesses d'un « empowerment » trop vite déclaré
1. L'enjeu de la pénurie des représentants des usagers
2. Le représentant des usagers et la gouvernance du système de santé
2.1 L'évolution des relations avec les usagers, avancée ou stagnation ?
2.2 Le représentant des usagers à l'hôpital au prise avec ses contradictions : Les limites d'une pratique variable des Cruq
3. Synthèse des résultats

Introduction du chapitre 6 :

Les résultats que nous allons présenter sont le fruit de cinq ans d'observation et de trois années de collecte de données, de construction d'outils, de conseils et d'interprétation dans le cadre des quatre études de recherches qui constituent notre terrain.

Ces résultats émanent donc d'une première orientation construite sur la base des données primaires de l'étude DGS 05-06. De ces premières indications, notre problématique va se dessiner au fil de la participation aux trois autres études du Graphos que sont l'étude Cruq 06-07 et les études Cissra 07 et 08. Pour des raisons de validité temporelle, nos résultats seront parfois mis à jour en utilisant des données de deux enquêtes exposées le 30 janvier 2009 lors du colloque Ciss sur la participation des usagers dans les établissements de santé. Ces enquêtes sont : l'enquête nationale des établissements des fédérations FHF, FHP et FEHAP de novembre 2008 et l'enquête Santé info droits du Ciss d'octobre 2008³¹⁸.

Pour répondre à notre problématique, les résultats desdits terrains sont réinterprétés, selon la démarche de la réutilisation des données qualitatives (RDQ) et orientés dans la recherche des caractéristiques de savoir et d'expertise comme source de pouvoir, selon l'approche conceptuelle de Robert Dhal et des auteurs mentionnés au chapitre 3.

Dans cette partie où nous présentons les résultats des quatre études de terrains, nous mettons l'accent sur la dialogique des relations et des discours qui caractérisent les relations patient-médecin et usagers-système de santé. En effet, la présentation de nos résultats met en parallèle les discours et les représentations des autres acteurs du système avec les discours des usagers en matière de droit à l'information et de la quête de ce droit (section 1). Nous présentons également des résultats qui manifestent d'un côté la quête de reconnaissance des usagers dans leur rôle de parties prenantes à l'hôpital et de l'autre côté, les ambiguïtés de la pratique de la représentation que nous qualifions comme les faiblesses de « *l'empowerment* » des usagers (section 2).

L'analyse de ces résultats sera réalisée dans le chapitre 6 de la thèse, en tant qu'objet de discussion.

³¹⁸ Les mises à jour sont présentées en encart pour montrer une validité de nos données dans le temps. En effet, nos travaux datent de 2005, 2006 et 2007 et les données des enquêtes 2008 semblent produire des données similaires.

Section 1 Le savoir questionné par le droit à l'information

1. Le respect du droit à l'information : une priorité institutionnelle

Comme nous l'avons expliqué dans les précédents paragraphes, notre recherche a été caractérisée par une méthodologie de recherche singulière, la réutilisation des données qualitatives, RDQ.

Les résultats produits par nos données de terrains (recherche primaire), sont donc mobilisés en deuxième analyse, dans le but de produire les résultats de la recherche actuelle (recherche secondaire). Ces données sont décrites dans les prochains développements.

1.1. L'étude DGS 05-06 ou l'information au centre des droits des usagers du système de santé

Les résultats de l'étude DGS 05-06, intégrés dans le rapport intitulé « *Respect des droits des usagers du système de Santé : Outils pour l'élaboration du rapport annuel sur le respect des droits des usagers dans le cadre des conférences de santé* »³¹⁹ remis à la Direction Générale de la Santé en mai 2006, ont tracé le cadre général de notre recherche.

C'est sur la base de ces résultats que nous avons débuté notre recherche concernant la participation des usagers à la gouvernance du système de santé. Progressivement, l'objet de la recherche s'est tourné vers le collectif des usagers comme partie intégrante de la gouvernance du système de santé pour une analyse de type managériale. Au-delà de l'ensemble des résultats de la recherche primaire, quelques points (résultats) encensent particulièrement notre recherche secondaire ; c'est ce que nous soulignons dans les paragraphes suivants.

L'étude note l'existence d'une liste des **dispositifs de représentation** des usagers au niveau régional (CRS³²⁰, Cruq et la CRCI³²¹) et au niveau national (Conférence Nationale de Santé). Cependant, les personnes interviewées reconnaissent que la participation des usagers ne peut se limiter à une participation institutionnelle.

Les jurys citoyens, les débats, forums, en tant que dispositifs informels sont également une voie pertinente (Caniard, 2000). En effet, lorsqu'on aborde la participation des usagers, il peut s'agir à la fois d'une participation de type « représentative », formelle et institutionnalisée ou d'une participation de type « non représentative » et informelle, celle des forums et jurys

³¹⁹ Claveranne JP, Vinot D, Rousset G, N Mbouna et alii. (2006), Op.cit. (lire annexe 3, cédérom).

³²⁰ Conférence régionale de santé, instance de définition des priorités régionales de santé.

³²¹ Commission régionale de conciliation et d'indemnisation

citoyens, celle qui ne nécessite pas l'agrément, mais qui sonde en amont les attentes des usagers et les fait connaître au moment de l'orientation des politiques de santé.

La distinction entre le représentatif et l'informel n'étant pas au cœur de notre problématique qui est l'effectivité de la participation des usagers à la gouvernance du système de santé, donc une participation institutionnalisée, nous nous éloignons de ce débat pour présenter l'ensemble de nos résultats.

De nombreux **dispositifs d'information** du patient existent dans l'ensemble du système de santé. Le droit à l'information a été mis au cœur des dispositifs des droits des usagers. Cependant, l'information des usagers reste limitée car elle est souvent disparate et très fortement dépendante des options du management des établissements. Par exemple, certaines actions seront ciblées sur la prévention des plaintes auprès des professionnels, d'autres traiteront exclusivement les plaintes reçues.

La localisation des informations sur le respect des droits des usagers, ou sur la participation des usagers, est matérialisée dans différents dispositifs. En effet, de nombreuses structures ont développé des **outils d'observation et de recueil de l'information** sur la prise en compte des usagers et de leur satisfaction.

Les synthèses réalisées montrent par exemple que les services médicaux de l'Assurance-Maladie disposent localement d'un registre d'enquêtes et des plaintes utilisé à des fins internes. Les informations disponibles en URCAM sont variables selon les régions. La DGCCRF³²² produit également des informations sur le coût de la consultation et des dépassements d'honoraires en médecine libérale. Concernant la médecine de ville, l'information disponible est incomplète quantitativement et qualitativement, et au mieux ne traite que des aspects liés aux cas de non respect des droits.

Par ailleurs, les organismes producteurs d'information de santé publique de type « Observatoires régionaux de la santé » n'ont pas, à notre connaissance, un système d'information structuré permettant de répondre clairement au respect des droits des usagers, tant en hospitalisation qu'en ambulatoire. Seule exception, le rapport annuel de la CRCI qui est adressé à la Commission nationale d'indemnisation des accidents médicaux.

Ces bases de données ne sont pas toujours accessibles au grand nombre. Quelques Observatoires régionaux des plaintes se mettent progressivement en place. Leur suivi technique est porté, soit par l'Assurance-Maladie, soit par l'Etat, soit par le Conseil de l'Ordre

³²² Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

des médecins. Ces Observatoires recensent la plupart du temps des réclamations en établissements de santé.

Chaque région, dans laquelle nous nous sommes rendus, a mis en place un dispositif de recueil des plaintes ou de réclamations, plus ou moins formalisé et suivi par un interlocuteur différent : CRAM, DDASS, CdOM, ARH... Les acteurs sont sensibilisés, mais les pratiques sont hétérogènes et les systèmes d'information incomplets, structurés par l'organisme chargé de leur suivi.

Les associations, les collectifs inter-associatifs sur la santé ont pu produire des rapports d'activité instructifs, qu'il convient de se procurer au niveau national. Les services téléphoniques sur les questions de santé peuvent également être des sources d'information précieuses sur les motifs des appels. Le rapport d'activité de Droits des malades Info Services est une illustration intéressante.

Les personnes interrogées constatent le respect mécanique des droits qui ne va pas toujours jusqu'à une mise en place effective. L'**effectivité** du respect des Droits des usagers doit être évaluée de même que l'effectivité de leur participation au système : leur influence, leur pouvoir, leur capacité à agir lors des prises de décision.

L'outil Orsiduss, co-construit avec les professionnels, permet de recenser un panel non négligeable des lieux où il y a l'information et du type d'information donnée sur ces différents aspects.

1.2. L'étude Cruq 06-07³²³ ou les ambiguïtés de la volonté institutionnelle

Essentiellement re-exploitée pour analyser la pratique des représentants des usagers (RU), l'étude Cruq 06-07 nous donne quelques éléments sur la question du droit à l'information, que nous présentons ici.

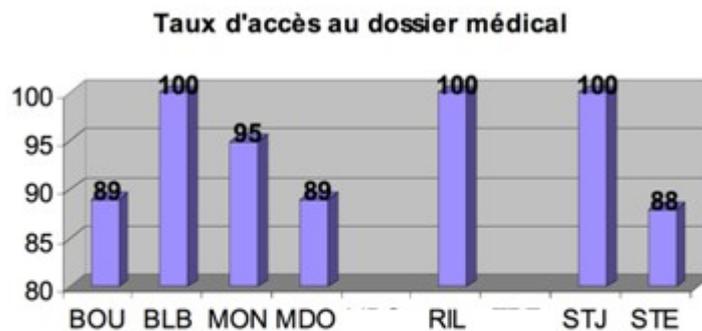
Au-delà du droit d'information, le droit à l'information est également organisé comme un droit d'accès au dossier médical. Dans ce cadre, l'étude Cruq 06-07 apporte des éléments confirmant la quête d'information des usagers.

La figure suivante nous informe sur le taux d'accès au dossier médical dans 9 établissements de la région Rhône-Alpes. A la question du taux d'accès au dossier médical, les données de ces établissements nous ont permis de réaliser le graphique suivant révélant un taux d'accès

³²³ Vinot D., Mbouna N., Courtais E. (2007), Op. cit. (voire annexe 3, cédérom).

supérieur à 80%, en comptabilisant les retours favorables à une demande d'accès au dossier médical.

Graphique n° 2 : L'accès au dossier médical en établissement



■ Pourcentage des demandes de dossier ayant eu une issue positive

Pourcentage des demandes de dossier ayant eu une issue positive

L'étude Cruq 06-07 a permis dans le cas du droit à l'information de révéler la volonté institutionnelle de favoriser le droit à l'information en répondant presque systématiquement de manière positive à la demande d'accès.

L'étude Cruq 06-07 fait également ressortir que le **livret d'accueil** est l'outil traditionnel de transmission de l'information à destination des usagers. Il est révisé périodiquement, en général tous les 2 ans.

S'il est toujours remis au patient hospitalisé, les explications orales qui l'accompagnent ne sont pas systématiques. Par ailleurs, il n'existe pas de protocole unique dans chaque établissement pour son utilisation. A cet effet, un professionnel précise : « *il est remis soit à l'entrée, soit dans la chambre, avec des explications s'il est remis par le corps soignant mais il n'y a pas de formalisme* ».

On remarque donc que la volonté des autorités à se mobiliser sur la question du droit à l'information est atténuée par des pratiques disparates pouvant nuire à ce droit. En effet, la non systématisation d'explications orales au moment de la remise du livret d'accueil peuvent constituer un frein dans l'accès à l'information notamment pour les analphabètes ou les étrangers.

Cet élément peut, entre autres, expliquer un activisme permanent des usagers en matière du droit à l'information, que nous avons pu observer à travers les questionnaires du Cissra en Rhône-Alpes.

2. Les usagers, une partie prenante en quête d'information

La quête d'information des usagers est assez manifeste lorsqu'on s'intéresse aux associations d'usagers et à leurs adhérents, ici ceux du Cissra (collectif interassociatif sur la santé en Rhône-Alpes).

Les questionnaires Cissra nous ont ainsi permis d'observer les usagers engagés dans leur quête d'information en permettant de comprendre la structure de ces associations. Nous présentons ici des éléments pouvant être réappropriés dans le cadre de la recherche secondaire (pour l'ensemble des données voire le cédérom en annexe 3). **Notons que pour ces deux études, nous distinguons l'enquête (année n) et l'étude (année n+1).** L'année de l'enquête Cissra précédant l'année de l'étude Graphos, une double datation volontaire est fréquemment utilisée. Par exemple, l'enquête 2006 est mentionnée telle quelle ou comme étude Cissra 07.

Profil des usagers engagés

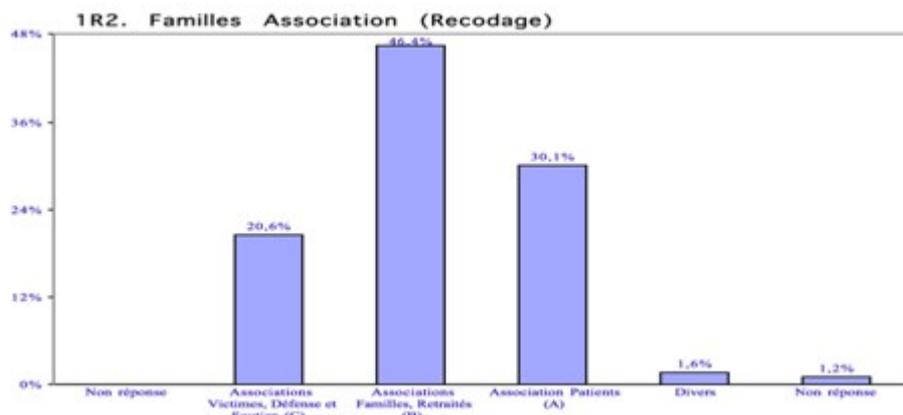
La représentativité de la population interrogée

Une population **représentative** : Si l'enquête 2006 a montré une majorité des femmes à 60% dans les répondants, la représentativité de la population des usagers du système de santé s'est équilibrée en 2007 grâce à une parité entre hommes et femmes (47% et 47,8%). Notons aussi un écart d'âge assez important (5- 94 ans).

Une **représentativité associative** : les associations adhérentes du Cissra ont compté parmi les répondants une majorité d'associations de patients (malades) en 2006 à 53,9% alors que cette proportion a baissé en 2007, au profit des associations de familles (et retraités) à 46,4%.

Le tableau suivant reprend les données de l'enquête 2007 et donne des éléments concernant la part d'usagers effectifs (patients) et usagers potentielles (qui n'ont pas consulté de médecin dans les six derniers mois).

Graphique n° 3 : Usagers effectifs et usagers potentiels



Une population **d'usagers effectifs** du système de santé : L'enquête 2007 a révélé une majorité à 90,4% de répondants ayant consulté un médecin au moins une fois dans les 6 derniers mois. Cette information a son intérêt dans la mesure où on peut supposer que les personnes enquêtées ont une relation récente avec le système de santé.

2.1. Le rapport au droit à l'information des usagers engagés

La question tarifaire, « nerf de la guerre »?

L'enquête a révélé un **relatif désintérêt pour les dispositions tarifaires des professionnels** : la qualité d'adhérents des personnes enquêtées a suscité une interrogation sur leur capacité à saisir les droits acquis par la loi du 04 mars 2002.

Sur la question tarifaire, l'enquête 2007 (non inclus dans l'enquête 2006) a montré que la majorité n'était pas allée chercher l'information sur les tarifs lorsque celle-ci n'était pas affichée comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 12 : Intérêt des usagers pour la tarification

	Effectifs	Fréquence
Non réponse	388	57,9%
OUI	63	9,4%
NON	219	32,7%
Total	670	

De même, les enquêtés 2007 ont répondu ne pas impliquer la question tarifaire dans le choix de leur médecin. Pour la majorité des répondants exprimés (83,2%) le tarif pratiqué par les

professionnels n'entre pas en compte au moment du choix du médecin. Seulement 16,1% s'y réfèrent en privilégiant des tarifs bas.

A partir de ces données, on peut s'interroger sur les débats actuels autour des dépassements d'honoraires et le projet de loi qui envisage de les sanctionner. En outre, le volet tarifaire, nouveauté du questionnaire Cissra Rhône-Alpes 2007, a apporté des éléments démontrant un intérêt relatif des usagers d'un point de vue quantitatif pour l'aspect économique de la relation médicale. Ce qui rejoint notre interrogation sur la question tarifaire et semble sous-tendre une distorsion entre le discours des associations et les usagers adhérents de ces associations.

Les questions du droit à l'information

Les enquêtes 2006 et 2007 ont donné une place importante au droit à l'information de manière générale ou au moment d'un traitement, à l'accès à l'information et aux comportements des adhérents en cas de non respect de leurs droits. Sur ce dernier point, nous pensons pouvoir analyser l'*empowerment* des usagers engagés.

En matière d'**information du patient**, l'enquête Cissra met l'accent sur les informations données au moment des traitements. Sur l'utilité des examens, des traitements et actions de prévention, 86,9 % des répondants ont un avis positif voire très positif en 2007, et en nette progression par rapport à l'enquête 2006 où ils étaient 72,4%. En revanche, près d'un tiers des personnes interrogées estime que les informations sur les autres traitements possibles sont insuffisantes. Seuls 37,2 % des répondants s'estiment satisfaits en 2007 contre 31,1% en 2006.

Il semble donc que non seulement les enquêtés ne soient pas satisfaits de l'information reçue à propos des autres traitements possibles, mais que ce thème les préoccupe également de plus en plus.

Sur la question des modalités de **transmission de l'information**, la très grande majorité des répondants estime avoir été informée oralement (83% en 2006 et 88,1% en 2007 voire tableau). Si aucune modalité de transmission de l'information ne doit être privilégiée de manière exclusive, ce taux peut être vu comme un élément positif puisque ce mode de communication est probablement plus adapté à la prise en compte du degré variable de compréhension du patient.

Tableau n° 13 : Les usagers et le droit à l'information.

	Effectifs	Fréquence
--	-----------	-----------

Non réponse	28	
ORALE	590	88,1%
ECRITE	79	11,8%
AUCUNE	33	4,9%
Total / interrogés	670	

Globalement l'enquête révèle une satisfaction positive pour le respect du droit à l'information sur les traitements, mitigé sur l'information ayant trait aux conséquences et aux risques, et moindre sur les solutions alternatives (37% en 2006). Malgré tout, les répondants ont su profiter de l'espace de libre propos pour approfondir leur pensée. Le tableau suivant regroupe quelques remarques et leur répartition dans l'ensemble des propos de l'enquête 2007.

Tableau n° 14 : Observations à faire sur la façon dont votre droit à l'information est respecté

	Effectifs	Fréquence
Information fournie par Médecin	26	29,5%
Information fournie par Association	7	8,0%
Information Médicale insuffisante	14	15,9%
Manque de temps pour informer	8	9,1%
Refus d'information et infantilisation	9	10,2%
information après insistance	8	9,1%
Information orientée, manipulation du patient	2	2,3%
recherche personnelle d'informations	6	6,8%
Information incompréhensible	5	5,7%
Divers	5	5,7%
Total / répondants	88	

Si la majorité des répondants plébiscitent leur praticien sur l'utilité de l'information liée aux traitements et examens, leurs observations stigmatisent les modalités d'informations : sur les 10 items de retraitement, 8 items (hormis information fournie par le médecin et divers) traitent du défaut ou de la défaillance du mode d'information par les médecins.

On note pourtant une volonté minimale des usagers d'aller chercher l'information en déployant diverses ressources (associations, recherche personnelle, insistance...). A titre d'exemple, la

recherche personnelle d'information est passée de 2,9% en 2006 à 6,8% en 2007 et l'information après insistance de 4,8% à 9,1%, mais reste faible.

Ces comparaisons montrent à la fois l'évolution des mentalités dans la relation entre le patient et son praticien sur le droit à l'information. La compilation des libres propos des enquêtés ci-dessus illustre un changement de cap.

Encart n°4 : Paroles d'usagers sur la quête d'information

<i>Expressions</i>	<i>du</i>	<i>« patient-acteur » :</i>	<i>solliciter</i>	<i>l'information !</i>
<i>« Il faut soutirer les informations »</i>				
<i>Il est nécessaire de questionner le médecin qui ne donne pas de lui-même les informations »</i>				
<i>« Il faut souvent demander plus d'informations sur les conséquences des examens ou des traitements, car n'est donné que le strict minimum »</i>				
<i>« Cette information n'est suffisante que si on questionne le professionnel ou si l'on est déjà soi-même assez au courant pour poser des questions pertinentes »</i>				
<i>« Il faut solliciter l'information, elle n'est pas spontanée de la part des soignants »</i>				
<i>« Lorsque je ne comprends pas bien je pose des questions jusqu'à ce que j'ai l'impression d'avoir compris, j'anticipe mes demandes de renseignements en les préparant par écrit si besoin pour ne rien oublier. »</i>				
<i>« Il a fallu l'intervention du ministre pour avoir accès à mon dossier médical »</i>				
<i>« Il faut poser des questions, c'est-à-dire que le médecin ne prend pas l'initiative d'expliquer, il se contente de répondre aux questions.</i>				
<i>« Pas toujours explicite il faut toujours poser beaucoup de questions pour avoir des réponses »</i>				

La question de l'accès aux informations

Les enquêtes Cissra ont cependant révélé une curiosité intéressante sur la question de l'accès au dossier médical. En effet, en 2006 comme en 2007, le droit **d'accès au dossier médical est peu sollicité.**

La majorité des enquêtés déclare ne pas avoir demandé le dossier médical, seule une minorité en a fait la démarche (autour de 15% dans les deux enquêtes).

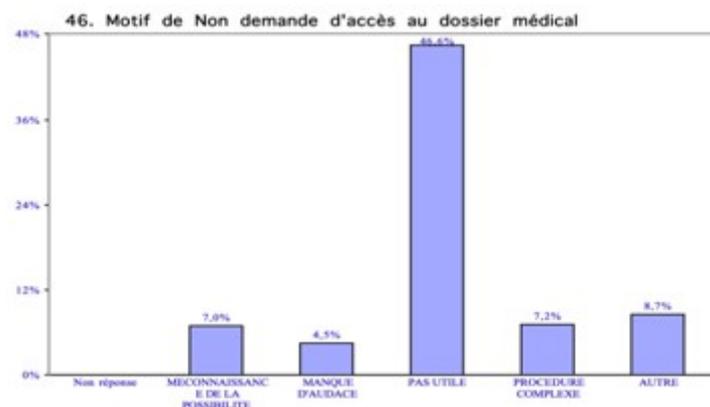
L'accès direct au dossier patient étant un des piliers de la loi du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, il peut paraître étonnant que les usagers ne s'en soient pas davantage saisis.

Les questions suivantes du questionnaire nous renseignent fort heureusement sur le non-exercice de ce droit. Alors que 36,9% déclarent ne pas avoir eu besoin de demander leur dossier médical, ce taux monte à la majorité relative de 46,6% en 2007 le plus souvent par satisfaction. Pour le reste des répondants, des raisons négatives sont à l'origine de la non-demande.

En 2007, 18,7% évoquent des motifs tels que la complexité de la procédure, ou la méconnaissance de la démarche alors qu'ils étaient 23,5% à redouter la difficulté à obtenir le dossier en 2006. Par ailleurs, le faible taux de demande ne s'explique pas, dans la majorité des cas, par un système d'obstacle face à la mise en œuvre de cette prérogative, mais par une simple inutilité d'espèce. Il semble ainsi corroborer une sorte de satisfaction par rapport au droit à l'information.

Le graphe suivant montre les données 2007 que nous comptons mettre en parallèle avec les données de l'étude DGS 05-06.

Graphique n° 4 : Satisfaction dans l'accès au dossier médical



La relative satisfaction des répondants sur la question de l'accès au dossier médical semble rejoindre une certaine confiance dans les informations contenues dans leur dossier.

Sur les 60 répondants qui renseignent le motif de non demande d'accès au dossier, la majorité estiment avoir connaissance de leur dossier, par des copies, compte-rendu ou une information suffisante de la part de leurs praticiens. Ils précisent également leur satisfaction du suivi coordonné entre les professionnels qu'ils consultent.

Enfin, ils accordent leur confiance au praticien et n'éprouve pas le besoin de demander leur dossier, comme ces propos de l'enquête 2007 :

« Dans la mesure où j'ai une copie de tout ce qui m'est prescrit, j'ai moi-même constitué mon dossier »,
 « J'essaye de conserver un maximum des courriers et descriptifs des actes médicaux »,
 « Je m'estime correctement informé »
 « Je peux avoir en ma possession tous les documents me concernant ».

En analysant les propos des répondants qui ont fait la demande d'accès au dossier, on peut constater que 50% ont fait leur demande de dossier directement, oralement, de divers moyens, directement ou avec l'aide d'un tiers, association d'usagers ou autre praticien, avec 80% d'obtention :

« En me présentant au bureau de l'établissement, en demandant de faire suivre mon dossier dans un autre établissement »,
 « Par l'intermédiaire d'une association lyonnaise »,
 « Par l'intermédiaire du chirurgien ».
 « Directement avec le médecin, oralement ».

L'analyse des propos libres des répondants sur le droit d'accès au dossier médical, définit des types d'usagers variés (rappelons qu'il s'agit d'usagers engagés) :

Encart n°5 : Paroles d'usagers autour de l'accès au dossier médical

Catégories	des	répondants	sur	l'accès	au	dossier	médical
Les	répondants	qui	ignoraient	leurs	droits		
							« J'aurai aimé savoir qu'il était possible de consulter mon dossier médical », « Je ne savais pas qu'on pouvait demander le dossier, et à qui ? »
Les	répondants	qui	réitèrent	leur	confiance	au	praticien
							« Je n'ai rien réclamé, les explications étaient nettes et précises », « Je ne l'ai pas demandé, mon généraliste me suit régulièrement », « J'ai toujours eu accès à mon dossier de santé ». « Le médecin traitant m'a conseillé de toujours avoir mon dossier en copie »
Les	répondants	qui	s'interrogent	sur	le	coût	de l'accès au dossier
							« La demande de dossier est très onéreuse et très variable selon les établissements », « On ne m'a jamais proposé de le consulter et il m'a coûté 220 euros pour l'obtenir », « 45 euros pour obtenir mon dossier. Le dossier devrait être donné au praticien à chaque sortie d'hospitalisation ».

*Les répondants qui s'interrogent sur les délais d'obtention du dossier
« 3 mois que j'attends la suite à ma demande; je trouve qu'il est difficile de voir presque impossible d'avoir son dossier ».*

*Les répondants qui se méfient du contenu de leur dossier
« En fait, les médecins ne sont pas réticents pour communiquer les dossiers, mais ils n'y inscrivent pas les vraies informations. Lorsqu'il y a erreur médicale, ils omettent de l'inscrire »*

*Les répondants qui font intervenir un tiers pour obtenir leurs droits
« Trop difficile pour des patients qui ne sont pas dans le milieu médical »,
« Il a fallu l'intervention du ministre pour avoir accès à mon dossier médical »,
« Inacceptable d'avoir besoin de l'aide extérieure pour voir son dossier et les explications ».*

*Les répondants qui appréhendent la réaction du praticien destinataire de la demande
« Je pense que l'accès au dossier médical est très mal perçu par les médecins, qui y voient une source d'ennui »
« Il est toujours pénible de faire cette démarche. On a l'impression de déranger... il en découle une certaine agressivité en retour ».*

La demande d'accès au dossier médical pour la minorité qui a fait la démarche est principalement motivée par le besoin d'information supplémentaire (ou complémentaire) soit les deux tiers des demandeurs. Hormis les répondants qui ont demandé leur dossier pour information, la deuxième raison est la volonté de mener une action judiciaire en cours ou envisagée contre les professionnels (19,6%). Cependant, cette raison ne représente que 1/5 des motifs de demande de dossier, non loin du changement de praticien ou d'établissement.

En somme, les répondants ne privilégient pas la méfiance, ni les rapports conflictuels avec les professionnels mais plutôt une certaine continuité de leur prise en charge, ce qui est une information notable.

2.2. Le rôle d'informateur des associations d'utilisateurs ?

Les droits des utilisateurs à l'hôpital

Ce volet est important si l'on veut analyser les droits des utilisateurs car il reprend la majorité des droits de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de

santé (information, confidentialité, respect de l'intimité), dans un cadre lié par la certification du respect de ces droits (établissement de santé).

Cependant, les données recueillies ont une portée relative car, pour la majorité des questions, le taux de « non réponse » est en moyenne très élevé (plus de 60% en moyenne).

L'intérêt de ces données est de les articuler avec les données de l'étude Cruq afin de mieux comprendre les usagers engagés dans leur rapport au système de santé.

Tableau n° 15 : Observations sur le respect des droits des usagers en hospitalisation

	Effectifs	Fréquence
Mécontentement Professionnels en général	9	25,0%
Mécontentement Médecins	6	16,7%
Satisfaction	13	36,1%
Mécontentement Personnel soignant	6	16,7%
Mécontentement Personnel non soignant	4	11,1%
divers	1	2,8%
Total / répondants	36	

L'étude fait ressortir une **satisfaction hétérogène des usagers en fonction du professionnel** avec lequel ils sont en rapport. Par ailleurs il nous indique que ¼ des usagers semblent mécontents dans leur relation avec les professionnels.

Face à ce mécontentement, nous avons mis en lien des données de la même enquête sur l'intérêt des personnes hospitalisées pour les représentants des usagers. Car le système permet aux usagers de se référer à un représentant des usagers par la voie des dispositifs traditionnels (Cruq) ou informels (Maison des usagers) en cas de besoin. Nous pensons donc qu'en qualité d'adhérents Cissra, les usagers engagés maîtrisent ces dispositifs et leur recours.

Les usagers engagés et le représentant des usagers

Les données des enquêtes montrent un **intérêt minime** des usagers engagés pour le **représentant des usagers** lors de leur hospitalisation.

A la question sur l'information relative à l'existence des représentants des usagers, très peu de répondent être informés de l'existence de représentants d'usagers dans l'établissement où ils sont hospitalisés. Rappelons que le livret d'accueil, la charte du patient hospitalisé, la

sollicitation de la Cruq ou la demande auprès de son association permettent d'obtenir cette information.

Sur 670 enquêtés, 427 ne renseignent pas cette question (63%), et seulement 34 personnes, sur les 243 répondants, ont été informées de l'existence d'un représentant des usagers, comme le montre le tableau suivant réalisé pour l'enquête 2007.

Tableau n° 16 : Le rapport aux représentants d'usagers

	Effectifs	Fréquence
OUI	34	14,0%
NON	209	86,0%
Total	243	

Clairement, l'établissement se contente de l'affichage dans le livret d'accueil pour renseigner cette question, aux usagers de le lire.

Ces données posent la question de l'intérêt des usagers en cas de défaillance de l'information sur l'existence de leurs représentants. Aucune remarque ou anecdote dans le questionnaire ne fait penser que les personnes hospitalisées ont cherché cette information, ce qui peut paraître surprenant au vu du profil spécifique des personnes enquêtées.

Par ailleurs, il n'est pas anodin de relever le cas d'un répondant assez surprenant qui déclare ceci :

« *Les représentants d'usagers, je ne sais pas ce que c'est* ».

En outre, parmi ceux qui ont eu connaissance de l'existence des représentants des usagers, une partie a été informée par des amies ou connaissances travaillant dans l'établissement.

« *Le RU est un ami, ce qui m'a permis de connaître son existence dans l'établissement. Pas d'information de la part des soignants ou des services* ».

On remarque également que les usagers ne semblent pas insister auprès des professionnels pour avoir l'information sur l'existence des représentants des usagers et pour l'avoir préférée voir dans le livret d'accueil que de poser directement la question.

« Pour avoir connaissance de l'existence de représentants d'usagers il a fallu que je demande le livret d'accueil ».

Il y a là comme une crainte ou une réticence à manifester sa volonté d'usagers engagés ou son intérêt pour le droit de représentation. Ce que l'étude nous apprend aussi c'est que seulement 4% des répondants sont représentants des usagers.

Tableau n° 17 : Répartition des RU dans les adhérents Cissra, enquête 07

	Effectifs	Fréquence
Non réponse	312	46,6%
OUI	31	4,6%
NON	327	48,8%
Total	670	

Cela rejoint la question de la pénurie des représentants. Il est assez étonnant de voir que moins d'un cinquième des adhérents ayant répondu au questionnaire sont Représentants de Usagers et que juste 15% s'interrogent sur leur existence lorsqu'ils sont en contact avec le système de santé.

Un usager engagé qui ne connaît pas l'existence des RU, des usagers engagés peu adeptes de la représentation (4%), des usagers engagés peu informés sur ce droit, des professionnels retranchés derrière le livret d'accueil... Et les associations membres du Cissra, quel rôle dans le droit à l'information ?

On retiendra pour conclure que les velléités consuméristes des usagers engagés restent un mythe relatif. En effet, les opinions émises par les adhérents des associations du Cissra ne semblent finalement exprimer ni conflit ni combat, mais bien un décalage idéologique entre les usagers engagés et leurs représentations associatives.

L'étude Cruq 06-07 et les représentants des usagers à l'hôpital

Dans l'étude Cruq 06-07, nous avons retenu les résultats relatifs aux thèmes que nous avons mobilisés pour notre argumentation.

Le droit à l'**information** semble être le droit le plus respecté à l'égard des patients. La mise en place de protocoles et le respect de ces protocoles sont acquis dans un peu plus de la moitié des établissements. Les professionnels de santé sont sensibilisés par des actions d'information et par la distribution de documents. Les réunions et actions de formation sont moins fréquentes mais existent dans certains établissements.

Les établissements sollicités n'ont pas éprouvé ni mentionné des difficultés à recueillir les informations relatives au droit à l'information ou à le faire respecter. L'organisation des soins semble avoir adopté les règles du droit à l'information, même si du chemin reste à faire.

En matière de droit d'accès au dossier médical, par exemple, l'écart entre le nombre de demandes reçues et le nombre de demandes traitées est faible ainsi les taux d'envoi de copies du dossier personnel sont forts. Un tiers des établissements accède à 100% des demandes. Le nombre de non-traitements et de rejets de demandes est peu important. Le rejet des demandes semble la cause principale des refus dénombrés, un seul établissement indique n'avoir pas traité 3 demandes en dehors du cadre du rejet de la demande.

Des résultats qui présagent d'un « *empowerment* » à interroger. C'est ce que nous verrons dans la section 2 présentant les aspects critiques de la pratique des représentants des usagers.

Section 2 Les faiblesses d'un « *empowerment* » trop vite déclaré

Les données des quatre études ont révélé des informations concernant les usagers engagés, c'est-à-dire membres d'associations des usagers et/ou des instances de gouvernance des structures sanitaires et sociales qui peuvent être traités globalement pour appréhender leur perception ou leur « captation » du rôle de partie prenante.

Ces études font ressortir notamment des informations sur la pénurie des représentants des usagers et des ambivalences dans la pratique de la représentation.

1. L'enjeu de la pénurie des Représentants d'usagers

Les données de nos quatre études se rejoignent sur la pénurie des représentants des usagers.

L'étude DGS 05-06 pose d'emblée le problème, particulièrement l'entretien avec un responsable de Ciss régional où on estime la pénurie à 300 Représentants d'usagers de moins que prévue. Il se pose donc un problème de **pénurie de représentants** :

« les établissements peinent aujourd'hui à trouver des représentants qui soient disponibles et formés » (rapport, p.12).

La mise en place des instances de représentation des usagers (en Cruq ou en CA dans les établissements, notamment, ou leur présence consultative dans des instances régionales, telles les SROS ou des projets de réseau) a sollicité fortement les personnes des associations. En effet, il faut compter 3000 Cruq, 1000 CA d'établissements publics, 100 CpAM, 100 instances régionales de types CRCI, CRS, CROS où il faut que les usagers soient représentés.

A raison de deux représentants des usagers par instance³²⁴, il faudrait environ 8400 RU sans même envisager leurs suppléants. Les Collectifs interassociatifs d'usagers sont plus ou moins actifs selon les régions. Si on note des efforts pour la formation des représentants, force est de constater aujourd'hui l'effectif restreint des « forces en présence » pour assurer la représentation des usagers prévue par la loi en institutions sanitaires ou organismes financeurs.

A notre sens, la question de la pénurie de la représentation est à relativiser car le nombre d'adhérents des associations d'usagers met en porte à faux certaines déclarations. C'est que nous tentons d'expliquer en reprenant des données sur la diversité des circuits de représentation et les retards dans l'application des textes de la représentation.

Les enquêtes Cissra nous révèlent qu'il existe une grande diversité des associations d'origine pour les représentants des usagers au niveau des instances hospitalières de la région. En revanche, dans la majorité des cas, les représentant des usagers titulaires et leurs suppléants viennent de la **même association**.

Ces associations ne sont pas forcément des associations membres des collectifs associatifs, ce qui peut expliquer une relativité dans les propos du collectif en matière de pénurie de la représentation. En effet, certaines associations sont choisies comme représentantes car elles existent depuis toujours au sein de l'établissement, c'est le cas des Blouses roses³²⁵. De ce

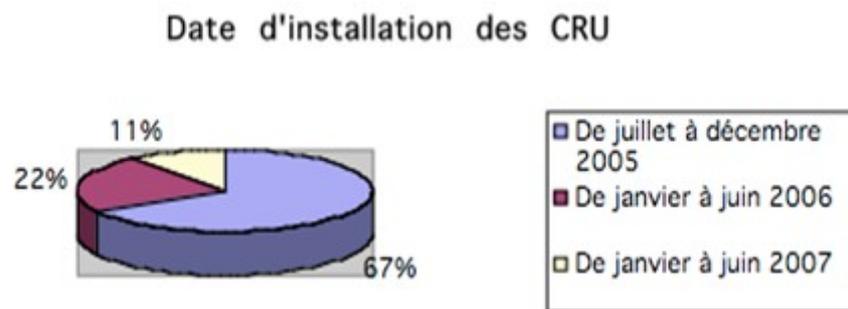
³²⁴ Avec les réformes, le nombre de RU a augmenté passant notamment de 2 à 4 minimum voire 6 en établissement hospitalier.

³²⁵ Association de représentants à TRE.

point, les données du collectif sur la pénurie de la représentation sont à relativiser si elles ne prennent en compte que leurs représentations.

La **pénurie des RU** semble avoir pour conséquence un retard dans la mise en application des textes, faute de représentants. En effet, l'étude Cruq 06-07 nous apprend que même si la majorité des Cruq a été installée dès 2005, deux ans après le décret, de nombreux établissements n'ont toujours pas de Cruq à cause du manque de représentants d'usagers. Les Cruq ont en majorité été créés en 2005, ainsi 67% d'entre elles ont été installées entre juillet et décembre 2005 comme le montre ce graphique.

Graphique n°5 : Existence des Cruq dans les établissements de santé



Source : Etude Cruq 06-07

La pénurie des représentants est un problème souvent soulevé par les responsables d'établissements mais aussi par les représentants des usagers en exercice que nous avons rencontrés lors des entretiens.

Encart n°6: Petite mise à jour des données sur la pénurie des RU

Le colloque sur la participation des usagers dans les établissements de santé, organisé le 30 janvier 2009 par le Ciss et publié en juillet 2009 est l'occasion de faire une petite mise à jour sur la question de la pénurie. Ce colloque a exposé les données d'une enquête réalisée par la FHF, la FHP et la FEHAP auprès de 667 établissements sur 2500 sollicités : Dans 95% des établissements répondants les RU participent à la Cruq. 53% des établissements admettent avoir des usagers administrateurs, donc 47% manquent de représentants dans leurs CA. La question de la pénurie persiste, il est difficile de trouver le nombre requis de représentants des usagers.

2. Les représentants des usagers et la gouvernance du système de santé

Dans le cadre de l'étude Cruq 06-07, nous avons pu réaliser des entretiens avec un certain nombre de représentants des usagers à la commission des relations avec les usagers et de la

qualité de la prise en charge. Cette étude a constitué une opportunité par la spécificité des acteurs interviewés et la nature des entretiens.

En effet, nous avons pu entretenir à fois des responsables des relations avec les usagers dans les établissements retenus (directeur de la qualité, directeur adjoint) mais également des représentant des usagers.

Les résultats de ces travaux ont été enrichissants, particulièrement la réflexion sur le positionnement de la Cruq au sein de la gouvernance des établissements de santé ainsi que le positionnement des représentants des usagers dans leur rôle de parties prenantes.

2.1. L'évolution des relations avec les usagers, avancée ou stagnation ?

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge (Cruq) est née de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et installée par le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers. Cette commission remplace, au sein des établissements, la commission de conciliation.

Il nous a semblé opportun de voir l'évolution des relations avec les usagers dans l'ensemble de nos entretiens. Ces entretiens nous apportent quelques avis sur l'organisation de la Cruq, à partir de celle de la commission de conciliation et donnent une vision de la volonté politique et institutionnelle d'accorder aux usagers un rôle de parties prenantes effectives.

Une première remarque est que, si la Cruq n'est pas une suite logique de la commission de conciliation, parce que cette dernière posait un cadre restreint de la relation avec les patients alors que la Cruq est plus en cohérence avec la volonté initiée depuis 1996, elle est ***installée sur ses fondements***.

En effet, le CH Vr, l'un des rares établissements (hors HCL) de la région Rhône-Alpes, doté d'une direction des relations avec les usagers, reconnaît que la réussite de la mise en place de la Cruq est essentiellement liée à l'existence de son ancêtre la commission de conciliation.

Notre étude montre que l'ensemble des établissements, qui s'étaient engagés sur une réflexion autour d'une commission de conciliation plus performante ont, aujourd'hui, réussi le passage vers la Cruq. Depuis que la loi a imposé la mise en place d'une Cruq, les établissements qui n'avaient pas compris la nécessité d'une relation différente avec les patients sont entrés en phase de réflexion, alors que les autres ont déjà à leur actif, deux années d'exercice. De là vient le décalage entre les dates d'installation de la Cruq dans les établissements enquêtés.

Cette première remarque en appelle une deuxième : certains établissements ont simplement modifié le nom de la commission de conciliation, ***sans revoir les attributions ni les nouvelles responsabilités.***

Le cadre étroit de la conciliation est celui de la plainte comme unique relation entre les usagers et le système. Le cadre élargi de la Cruq est celui de la prise en charge globale et de la satisfaction comme uns des éléments de la relation médicale. Dans la première relation, les usagers sont des adversaires alors que dans la seconde les usagers sont des partenaires.

L'analyse des rapports d'activités des Cruq, lors de l'étude Cruq 06-07 nous donne quelques exemples. Ainsi nous avons constaté que certains établissements s'étaient exclusivement organisés autour de la question de la plainte, déroulée dans toutes ces approches : répartition par motifs, par service, par sites... En résumé, ils n'ont pas mis en place une véritable analyse des plaintes ni donné une véritable place à l'ensemble des éléments du décret de 2005 (respect des droits des usagers, procédures de facilitation des démarches des usagers, appréciation des pratiques de l'établissement sur la base du traitement des plaintes, évaluation des mesures adoptées, formulation de recommandations).

A travers l'analyse des rapports de Cruq, nous avons ainsi constaté l'existence de deux formules de Cruq : la Cruq « conciliatrice », et la Cruq « qualitative ».

Une Cruq de conciliation, fille de l'ancienne commission de conciliation

La Cruq « conciliatrice » est axée sur l'analyse des plaintes, elle succède à une commission de conciliation aux compétences restreintes. Pour elle l'amélioration de la prise en charge se mesure par la faiblesse des plaintes. L'établissement doit mettre tout en œuvre pour qu'il y ait moins de réclamations et de situation d'insatisfaction. Globalement, cette Cruq est présente dans les petites structures.

Nous l'avons également observé dans la peur qui anime les représentants légaux de ces petites structures dès lors qu'on leur parle des attributions de la Cruq. Dans la mise en œuvre des compétences de cette Cruq, la gestion des plaintes et des politiques de diminution des réclamations est au centre.

Le cas du CH SLV est exemplaire en ce sens que le rapport de Cruq présente, sur 36 pages, une série de tableaux et d'indices analytiques des questionnaires de sortie, des plaintes et réclamations, de demande de dossiers médicaux, ainsi que du contentieux patient.

Cet exemple montre bien le fort lien que garde la Cruq, au sein de cet établissement, avec l'ancienne commission de conciliation. L'autre indice de ce lien est l'analyse de l'aspect

contentieux. En effet, le contentieux patient était admis dans les attributions de la commission de conciliation, pourtant la loi de 2002 ainsi que son décret d'application exclut cet aspect dans les attributions de la Cruq.

Par ailleurs, un nombre important de rapports de Cruq font une analyse parfois poussée de cet aspect de la relation avec les usagers alors que la Cruq n'envisage les plaintes que dans la mise en place de l'appréciation des pratiques de l'établissement. En d'autres termes, il ne s'agit pas d'analyser les plaintes mais de présenter les dispositifs mis en œuvre pour répondre aux plaintes, dispositifs dans lesquels les usagers doivent une place de choix par le biais de la représentation.

Dans ce cas de figure, la Cruq n'a pas rompu avec les attributions de l'ancienne commission de conciliation, ce qui démontre la difficulté des structures concernées à accepter l'évolution de la relation avec les usagers.

La contradiction de cette formule c'est que les structures ne peuvent pas s'octroyer la possibilité de faire évoluer la relation avec les usagers, dans la mesure où elles perçoivent par cette évolution une crainte accrue de la judiciarisation de leurs rapports avec ces derniers.

Une Cruq « qualitative », cousine de la commission de conciliation

La seconde configuration de la Cruq est axée sur la référence qualité. Au sein des structures, on a la mise en lien relations avec les usagers - département qualité. D'ailleurs, cette configuration est essentiellement visible dans les structures qui ont un département qualité.

Les points essentiels du rapport de Cruq du CH Mo, où le chargé des relations avec la Cruq est le responsable de la qualité dans l'établissement, expriment bien cet aspect : mesures relatives à la politique de prise en charge, fonctionnement de la Cruq, plaintes et remarques des usagers, recours en indemnisation, évènements indésirables concernant les usagers, demandes de dossiers médicaux, indices de mesure de la qualité des soins, remarques et recommandations. Cette situation a également été observée au CH Ma où le rapporteur des activités de la Cruq est le qualicien de l'établissement.

Dans ce cas de figure, la Cruq s'attache à analyser l'amélioration de la prise en charge sur la base des dispositifs d'amélioration de la qualité comme la gestion des évènements indésirables ou les indices de qualité.

En les interrogeant sur l'historique de leurs relations avec les usagers, nous avons appris que ces établissements ont développé très tôt une relation plus évoluée avec ceux-ci. L'ensemble de ces établissements ont, avant les textes, cherché à élargir le cadre trop étroit de la

commission de conciliation dans leurs relations les usagers. La crainte d'une judiciarisation de la relation médicale est également à l'origine de cette position. Alors, comment la même crainte a-t-elle pu favoriser des comportements distincts ?

Dans le cadre des structures conciliatrices, le constat a été de rester confiner dans la diminution des réclamations pour éviter des plaintes, alors que, dans le cas des structures « qualitatives », le constat a été de prendre le risque d'anticiper les attentes des usagers pour éviter les plaintes.

La démarche qualité instituée en 1996 par l'ANAES (devenue HAS depuis la loi du 13 août 2004) a été saisie comme tremplin pour cerner les points d'éventuels désaccords, permettant ensuite de composer un bouclier de « qualité » de la prise en charge du patient. C'est la raison pour laquelle ces Cruq s'organisent essentiellement autour des recommandations de leurs rapports d'accréditation.

On peut également remarquer que leurs rapports de Cruq commencent par un rappel des recommandations et réserves du rapport d'accréditation et qu'elles finissent sur le modèle de l'accréditation avec des recommandations pour l'exercice suivant, sans parfois réaliser une évaluation des pratiques de l'établissement en faveur d'une amélioration des relations avec les usagers.

En somme, la Cruq est, parfois une commission de conciliation bis, parfois un relais des mesures d'accréditation, sans être ce dispositif de mutualisation des compétences professionnelles et profanes d'observation des pratiques hospitalières en matière de rapprochement avec les usagers et de reconnaissance de leurs droits.

Encart n° 7 : Petite mise à jour sur la collaboration en Cruq

Le colloque du Ciss du 30 janvier 2009 est également l'occasion d'une petite mise à jour sur la collaboration entre expertise savante et expertise profane. L'enquête Santé Info Droits réalisée auprès des représentants d'usagers indique les résultats suivants :

L'avis des RU est systématiquement (43,2%) ou régulièrement (35,1%) sollicité, mais pour 4,1% il n'est jamais sollicité 54,1% des RU n'ont jamais pu imposer un problème dans l'ordre du jour des réunions de Cruq, seul 8,1% y sont parvenus seul 14,9% ont participé à l'élaboration du dernier rapport annuel de la Cruq alors que 40,5% ne l'ont ni préparé, ni élaboré ni relu.

Les représentants des Cruq n'entretiennent pas de relation avec les associations ou bénévoles présents dans les établissements

L'intérêt d'une Cruq au-delà de la commission de conciliation

La mise en place d'une commission des relations avec les usagers a été justifiée par la volonté de faire évoluer la relation médicale au-delà de la plainte et du contentieux. Elle a été instituée

en cohérence avec la volonté de donner aux usagers une position d'acteur et de partenaire des politiques de santé.

Certains entretiens nous ont permis de constater l'amalgame qui subsiste entre les attributions de l'ancienne commission de conciliation et la Cruq et entre cette dernière et la cellule qualité des établissements.

Nous avons pu entendre, à propos des compétences concernant « l'appréciation des pratiques de l'établissement sur la base du traitement des plaintes, réclamations et témoignages de satisfaction, l'évaluation des mesures adoptées, la formulation de recommandations », des propos du genre

« nous ne sommes pas une instance d'accréditation ».

D'autre part, nous avons aussi recueilli la crainte du texte, à propos de l'analyse des plaintes, de la manière suivante :

« Ce texte nous envoie tout droit vers la judiciarisation, car nous avons peur en disant aux usagers leurs droits, de passer notre temps au tribunal plutôt qu'en consultation ».

Notre point de vue est que la Cruq n'a joué ni un rôle restreint de conciliation, ni un rôle élargi de cellule qualité. Les attributions de la Cruq ne concernant pas l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de compétence en soins, mais l'observation des pratiques hospitalières au regard du respect des droits acquis par les usagers.

Il est crucial que les professionnels comprennent que la Cruq observe la mise en œuvre de dispositions, au sein de l'établissement, pour une pratique des soins dans le respect de la dignité, de la prise en compte de la parole de l'utilisateur, de la prise en compte de ses attentes...

La différence avec les évaluations de l'HAS concerne l'objet à évaluer, observer ou analyser. En prenant l'exemple du droit à la dignité, nous pouvons dire ceci : alors que l'HAS évalue la pratique professionnelle dans un sens d'amélioration de la qualité notamment avec, comme indicateur, la prise en compte des référentiels de respect de la dignité, la Cruq évalue la mise en œuvre d'actions permettant cette prise en compte de la dignité dans l'établissement.

2.2. Le représentant des usagers de l'hôpital au prise avec ses contradictions : les limites d'une pratique variable des Cruq

Un deuxième résultat clé montre l'ambiguïté des représentants des usagers dans leur rôle de parties prenantes. En effet, la pénurie des représentants a entraîné comme effet pervers des contradictions dans le positionnement des usagers, ce qui se pose, parfois, comme une faiblesse de leur action face aux autres acteurs de la gouvernance.

En matière de représentation, les usagers peuvent être membres du conseil d'administration des établissements de santé depuis 1996. Par ce système, les représentants des usagers sont administrateur de l'hôpital. On a vu qu'à 47% ce rôle n'est pas garanti faute de représentants.

De même, et ce depuis la loi de 2002, les usagers ont la possibilité, par la représentation, d'être membre de la commission des relations avec les usagers. Par ce système, le représentant des usagers est, comme les différents membres de cette commission, investi d'une responsabilité d'analyse et d'évaluation de la pratique hospitalière.

Par ailleurs, la normalisation de la représentation des usagers, nécessaire et légitime, notamment par le dispositif d'agrément des associations représentantes, a conduit au constat suivant : le nombre de représentants d'usagers est insuffisant, comme nous l'avons mentionné à la section précédente.

Face à cette carence, la représentation des usagers, devenue progressivement obligatoire, s'est organisée au sein des établissements, de manière assez peu organisée. Au cours de nos entretiens, pour l'étude Cruq 06-07, le cas d'un représentant des usagers siégeant au conseil d'administration du CHU Ve et membre de la Commission des Relations avec les Usagers, a permis de révéler cette situation.

La situation au CHU Ve

Le décret de 2005 organise la relation avec les usagers du système de santé, notamment la prise en compte de la parole et l'analyse de la prise en charge des plaintes et réclamations.

Dans le cadre d'une plainte d'un patient du CHU Ve, le médiateur a été saisi. Selon que l'objet de la plainte présentait des caractéristiques thérapeutiques, c'est le médiateur médical qui a été saisi.

Dans une démarche de prise en compte des usagers et du respect de son droit à la représentation, le médiateur médical a invité son collègue de la Cruq, le représentant des usagers à la médiation.

Le représentant des usagers saisi est à la fois, membre du CA et membre de la Cruq. Lors de la médiation, le représentant des usagers s'est mis en position de défenseur non pas de l'utilisateur mais de l'établissement, en essayant parfois de remettre en cause le témoignage du patient et surtout son mécontentement face au corps soignant.

Cette situation, a semble-t-il, surpris le médiateur médical qui n'avait pas pensé se trouver face à un administrateur mais seulement face à une représentation du patient. On peut voir par cet exemple, que le représentant des usagers a assuré, lors de cette rencontre, son rôle d'administrateur hospitalier.

La confusion des genres

La carence du nombre de représentants d'utilisateurs en effectifs, selon les propos du Ciss, pose un réel problème au système de la représentativité. Pour des besoins de près de 600 représentants des usagers, la région Rhône-Alpes n'en compterait que 300.

Ainsi, la solution qui s'est présentée, aux dirigeants hospitaliers et au collectif de la représentation, c'est de proposer au CA et à la Cruq, et parfois à l'ensemble des instances dédiées, les mêmes représentants d'utilisateurs.

En plus d'une situation de pénurie et de double casquette, nous avons pu constater que le Rua, titulaire, et le RUB, suppléant, seraient à la fois et dans le même ordre, représentants d'utilisateurs au CA, à la Cruq, au Clin...

Pourtant c'est un cas de figure qui pose, aujourd'hui, des problèmes de confusion des genres, et au-delà de réels problèmes quant à la partialité de leur positionnement. L'élément de partialité est un enjeu majeur dans la mesure où le même représentant des usagers participe à des instances et à fonctions qui se percutent. C'est le cas de la fonction d'administrateur qui percute celle de consultant membre de la Cruq.

Dans ce schéma, le représentant des usagers a une double fonction d'administrateur hospitalier et de consultant membre de la Cruq. Ce qui arrive souvent, et c'est le cas exposé au CH Ve, c'est que le représentant des usagers endosse entièrement l'un des rôles parfois aux dépens de l'autre. En l'espèce, au CH Ve, le RU a endossé son rôle d'administrateur aux dépens de son rôle de consultant. Cette situation est d'autant plus étonnante que l'invitation à la médiation reposait sur cette autre fonction de membre de la Cruq.

Encart n°8 : Quid d'une double casquette

Les conséquences de la double casquette : Maladresse ou adresse ?
Dans le cadre de la représentativité aux instances hospitalières, « l'expertise profane » semble poser la question du sens, de

CE sens de la compétence de l'expérience.
En tant membre de la Cruq et partie prenante consultative, le représentant des usagers voit s'amoinrir son empowerment. On peut donc envisager qu'en tant qu'être rationnel, il s'attribue une position plus imposante. Si le rôle d'administrateur ne lui confère pas une expertise différente, il lui donne un pouvoir de délibération qu'aucune expertise professionnelle ne peut remettre en cause.
C'est l'empowerment qui a toujours régi l'activisme associatif ; c'est naturellement l'empowerment qui est le leitmotiv de chaque positionnement au sein des instances.
Dans le jeu de pouvoirs qui organise le fonctionnement hospitalier, il est à craindre que le représentant des usagers, s'il a le choix entre un positionnement de membre de la Cruq et celui d'administrateur, ait plus d'élan en direction de son rôle d'administrateur, là où l'expertise professionnelle ne peut remettre en cause son expertise non savante.

3. Synthèse des résultats

Si les quatre études abordent le droit à l'information, l'étude DGS 05-06 et les enquêtes Cissra 07 et 08 soulèvent des questions sur l'information donnée ou acquise par les usagers de manière qualitative ou quantitative.

De manière générale, l'information à destination des usagers existe. En effet, de nombreux dispositifs ont été mis en place montrant ainsi la volonté institutionnelle de garantir le droit à l'information. Cependant, l'étude DGS 05-06 montre que le manque d'information supposé n'est que le reflet de la méconnaissance et la parcellisation de l'information fournie. Outre la parcellisation de l'information, le manque d'information est lié à une absence de formalisme. Par exemple, dans une institution très protocolaire comme l'hôpital, où la délivrance du livret d'accueil et des informations qu'il contient est dépourvue de tout formalisme hormis le fait qu'il soit publié en plusieurs langues. Ainsi, certains patients l'obtiennent sans explication et sans pouvoir discuter de la compréhension des informations avec les professionnels (étude Cruq 2007).

Pour nous, la priorisation institutionnelle du droit à l'information est également un indicateur sur le besoin et le manque d'information des usagers. La multiplication des sources d'informations montre bien la carence informationnelle des usagers vis-à-vis du système de santé et le besoin de s'en procurer. Les enquêtes Cissra sont révélatrices de ce besoin d'information dans la mesure où la recherche d'information est passée de 2,9% en 2006 à 6,8% en 2007

Dans ce cadre, les usagers se sont organisés pour construire une information ou recueillir l'information existante, à travers des forums santé, des cafés santé, des sites d'information sur les pathologies ou le système de santé (avisanté...), les enquêtes des associations (Cissra) ou des baromètres (Ciss). Cependant, l'activisme des usagers en matière de recherche

d'information est à questionner car nos données révèlent un relatif désintérêt. Nous avons notamment constaté que le droit d'accès au dossier médical est peu sollicité.

Au-delà de l'aspect informationnel, important pour agir effectivement en tant que parties prenantes, les usagers sont confrontés à une pénurie de la représentation. En effet, le besoin croissant en représentants d'usagers, formés et disponibles est un des effets pervers de l'obligation de représentation à tous les niveaux du système de santé. Face à cet enjeu, les usagers ont opté pour une représentation à double casquette dans les instances hospitalières, entre administrateur et consultant, entraînant parfois une confusion dans leur rôle de parties prenantes.

Compte tenu de ces éléments qui décrivent l'information des usagers et la pratique de la représentation, nous allons analyser le pouvoir à travers le savoir et l'expertise comme source du pouvoir.

Chapitre 7 Savoir et expertise : Pouvoir et empowerment des usagers du système de santé

« Avec l'essor des sociétés par actions, le XIXe siècle avait vu l'activité économique être soumise au contrôle des apporteurs de capitaux. Au XXe siècle, avec le développement des mouvements syndicaux et des instances représentatives du personnel, ce contrôle s'était étendu aux salariés. Parions que le XXIe siècle verra une emprise croissante des autres parties prenantes, c'est-à-dire les agents impliqués, concernés ou affectés par les décisions de l'entreprise, y compris ceux qui n'entretiennent pas de relations contractuelles avec elle, mais qui peuvent subir les effets de ses activités ou avoir une influence sur celles-ci. »

Michel Capron, Préface, Frédéric Parrat (2003)

SECTION 1

Enjeux et limites de l'information comme mode de savoir

1. Les usagers, une partie prenante en manque d'information

1.1 Un droit à l'information construit progressivement

1.2 Un besoin accru d'être informé en pratique

2. Les usagers, une partie prenante en quête d'information

2.1 Savoir et équilibre dans la relation médicale

2.2 L'internet et la construction des savoirs des usagers

Synthèse de l'analyse des résultats 1 :

Manipulation et Informations, les limites de l'information comme mode de savoir

SECTION 2

« L'expertise profane » en question : le constat d'un pouvoir schizophrène

1. De la quête de reconnaissance à une expertise limitée : de l'hôpital au RU schizophrène.

1.1 La construction d'une « expertise profane systémique ».

1.2 « L'expertise profane » à l'épreuve du système de santé ou le mythe de *Janus Bifrons*.

2 Les typologies des usagers : une partie prenante à géométrie variable.

2.1 Les catégories de représentants d'usagers.

2.2 Les figures du « pouvoir » des représentants d'usagers.

Synthèse de l'analyse des résultats 2 :

Des usagers différents pour un pouvoir variable.

Introduction du chapitre 7 :

Notre recherche s'est donné comme enjeu de comprendre la participation des usagers à la gouvernance du système de santé en recourant au cadre théorique de la typologie de Mitchell et alii. (1997). Cette typologie fonde l'influence des parties prenantes sur la possession de trois attributs que sont l'urgence, la légitimité et le pouvoir.

Les chapitres qui précèdent ont posé comme acquis la légitimité³²⁶ et l'urgence à intégrer les usagers comme partenaires, à travers la consécration des droits des usagers³²⁷. La question du pouvoir comme attribut des usagers a été le fondement de la problématique de la recherche.

³²⁶ Différents dispositifs sur la place des usagers du système de santé

³²⁷ Ce qui justifie que notre recherche ne s'appuie pas sur ces deux critères et se recentre sur le critère de pouvoir, dans la typologie de Mitchell et alii. (1997).

Les quatre études que nous venons de présenter ainsi que leurs résultats ont apporté des éléments d'analyse sur l'information des usagers et leur pratique de la représentation. Auparavant, nous avons inscrit la question du pouvoir des usagers sur les aspects du savoir et de l'expertise comme visages du pouvoir en référence aux théories du pouvoir mentionnées dans nos développements.

La question de la gouvernance avec les usagers propose deux approches, celle de la gouvernance clinique et celle de la gouvernance du système. Si en matière de gouvernance clinique, des réponses ont été avancées en termes de décision thérapeutique partagée³²⁸, l'approche systémique n'est pas tranchée. En tant que champ de recherche nouveau de la théorie des parties prenantes, notre travail s'est engagé dans une démarche exploratoire avec comme premier enjeu la caractérisation des usagers- parties prenantes.

Après avoir formulé des propositions, pour l'analyse exploratoire, et réutilisé des données essentiellement qualitatives (démarche de RDQ) des quatre terrains, nous souhaitons proposer une analyse critique du pouvoir des usagers dans ses aspects de savoir (1 et 2) et d'expertise (3 et 4), à l'hôpital et dans l'ensemble du système de santé. L'objectif de cette analyse est explicatif : comprendre les composantes du pouvoir des usagers, au regard de nos données de bases³²⁹. Cette analyse permettra de représenter les usagers dans la typologie de Mitchell et alii.(1997), pour en déduire leur influence³³⁰ dans la gouvernance du système de santé. L'intérêt d'une telle recherche, au-delà de la caractérisation des usagers et de la compréhension de leurs influences, nourrit un enjeu de management qui est celui de leur constitution en partie prenante nécessaire en termes d'amélioration du fonctionnement du système de santé et de la prise en charge des patients.

Section 1 Enjeux et Limites de l'information comme mode de savoir

Les droits des usagers ont consacré le droit à l'information comme droit fondamental du patient. Selon nous, **le droit à l'information est un droit majeur** et prépondérant, dans la

³²⁸ L'idée d'une décision partagée ou du diagnostic partagé est admise. Dans ce cadre, l'implication des usagers permet d'améliorer la décision thérapeutique. Voir Moumjid N., Nguyen F., Bremond A., et alii, « Préférences des patients et prise de décision : état des lieux et retour d'expérience en cancérologie », Revue d'Epidémiologie et de Santé publique, Dossier « l'implication de l'utilisateur », Actes de la 7^{ème} Journée de recherche de la HAS du 21 nov 2006 (Paris), n° 3, vol. 56, juillet 2008, pp. 231-238.

³²⁹ En admettant le concept de rationalité limitée, selon lequel tout n'est que « étude de cas » et que rien n'est universel, nous posons ces données comme limitant la rationalité de nos recherches sans remettre en cause cette rationalité (Séminaire de Recherche du 15 mai 09, IFROSS, notes de la présentation du Pr. Jacques Rojot).

³³⁰ Influence potentielle car très théorique et peu empirique

mesure où le respect de la majorité des droits des usagers passe par le respect du droit à l'information : droit au consentement, droit d'accès au dossier médical, droit de participation et de représentation, etc.

Globalement ce droit crée de fait la pratique même des droits des usagers et transforme le patient en sujet. En effet, pour exercer ses droits il faut en avoir connaissance, il est donc primordial pour les usagers d'être informés de l'éventualité d'exercer l'ensemble de leurs droits. En outre le droit à l'information se pose comme élément de rééquilibrage de la relation au système de santé en essayant de limiter l'asymétrie d'information.

L'une des caractéristiques de la relation patient/ médecin, et au delà de la relation entre les usagers et le système de santé, est celle de l'asymétrie d'information. Une asymétrie tout somme logique dans la mesure où le savoir accumulé durant de nombreuses années d'études en médecine ne peut être égalé même après plusieurs cycles de formation (Caniard, 2000). Le savoir « savant » et expert qui, entre autres, caractérise les professionnels de la santé les différencie des usagers du système de santé. Ce droit réservé aux professionnels est dans l'absolu inaccessible.

Avec les évolutions sociologiques et juridiques, les usagers, dans leur rôle de parties prenantes, ont mis en avant un tout autre savoir combinant l'expérience de la maladie et/ ou du système sous la dénomination « *d'expertise profane* » portée par les sociologues (Marc Jacquemin³³¹, Janine Barbot³³², séminaire DIES 2005).

« *L'expertise profane* » est donc le savoir qui transforme les usagers, malades effectifs ou potentiels ordinaires en malades « sachant » selon Claude Le Pen³³³ (2009).

La quête du savoir, le « know » de Dhal (1957), est un versant important de l'acquisition du pouvoir des usagers du fait d'une double asymétrie de l'information médicale et de l'information juridique dans la relation au système de santé.

Cette quête a donc été le premier cheval de bataille de la modification des rapports entre l'administré et son administration, entre l'utilisateur et le service public, notamment hospitalier, sous d'autres revendications (transparence, précaution, qualité...), ainsi que nous l'expliquons dans les prochains développements.

³³¹ Marc Jacquemin est sociologue à l'Institut des Sciences humaines à l'Université de Liège. Lors du séminaire 2005 du DIES sur la « Participation des usagers en dehors des cadres légaux de représentation », il proposait une réflexion sur les processus démocratiques à partir de la participation dans l'insertion socio-professionnelle.

³³² Janine Barbot est sociologue et chargée de recherche à l'INSERM, CERMES. Elle travaille notamment sur les associations du Sida et leur participation dans la constitution des connaissances sur l'épidémie. Elle aborde notamment le concept de « *l'expertise profane* ».

³³³ Le Pen C., (2009), « Patient » ou « Personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins, *Revue économique*, vol.60, n°2, p. 257-272

1. Les usagers, une partie prenante en manque d'information

D'abord absent des préoccupations dans les rapports entre l'administration, le manque d'information des usagers progressivement s'est manifesté à travers l'évolution des lois et la mise en œuvre de dispositifs facilitant l'accès à l'information. C'est ainsi que s'est construit un droit à l'information comme indicateur du manque d'information, des usagers en général, et des malades en particulier.

C'est à travers la notion « d'asymétrie relationnelle » que se manifeste le manque d'information. Dans le colloque singulier c'est-à-dire, la relation traditionnelle entre **le patient objet, faible et non informé**, et **le médecin sujet, dominant et informé**, fonde en premier lieu l'asymétrie d'information.

La démocratie sanitaire qui a ouvert la voie à un colloque pluriel où les usagers sont parties prenantes à la gouvernance du système de santé propose le ré-équilibre du colloque singulier en réduisant l'asymétrie d'information qui le caractérise.

On peut donc dire que la démocratie sanitaire, qui implique un partenariat thérapeutique et managériale entre les usagers et les professionnels, a imposé le droit à l'information comme droit fondamental des usagers et comme mode d'acquisition d'un statut imposé de parties prenantes.

1.1. Un droit à l'information construit progressivement

La construction du droit à l'information a cela de particulier que c'est une progression à double sens. En effet, elle émane d'une volonté de l'administration à l'égard de ses administrés, mais également de l'activisme des usagers.

La réduction des asymétries relationnelle informationnelle entre l'administration et les administrés

La multiplication des contestations des usagers face aux nombreux dysfonctionnements de l'appareil d'Etat et le besoin de modernisation de ce dernier sont à l'origine de l'évolution juridique des rapports entre l'administration et les administrés en faveur de ces derniers.

La défense des intérêts des usagers est, d'ailleurs, à l'origine de textes fondamentaux sur la protection des administrés. L'idée qui sous-tend les revendications des usagers est assimilable à celle qui construit le mouvement consumériste. Ce qui a nourri l'angoisse des professionnels quant aux « dérives consuméristes des patients ».

En effet, les deux premiers arguments qui fondent l'émergence du consumérisme sont également à l'origine de l'activisme des usagers du système de santé :

- Le motif des velléités revendicatrices est le même : la contribution financière (impôt pour les usagers et pouvoir d'achat pour les consommateurs) donne un droit : celui d'intervenir dans le processus de décision ou du moins celui d'avoir un droit de regard sur les politiques réalisées. Pourtant nous avons constaté qu'il existe un décalage entre cette revendication née des principes de « *l'accountability* » et la réalité manifestée par les adhérents du Cissra.
- L'origine de ces velléités revendicatrices est également la même : l'impression d'être infantilisé et le besoin d'exprimer son point de vue.

La modification des rapports entre l'administration et les administrés, initiée par l'Etat, s'est construite autour de ce double constat en mettant l'accent sur les problèmes d'asymétrie informationnelle mais également de rééquilibrage de la relation de dominant/dominé, d'imposant/subissant, de savant/profane.

La Loi Informatique et Liberté de 1978 est le premier texte en faveur de la reconnaissance des droits des usagers. On parle alors de « droits des administrés ». Elle permet, avec la création de la Commission nationale Informatique et Libertés (CNIL), de réduire l'asymétrie relationnelle qui existe entre l'Etat et ses administrés.

Avec ce texte, les administrés ont acquis le droit de contrôler le fichage et l'archivage des données personnelles qui les concernent. La CNIL veille à ce que ces données personnelles ne soient pas utilisées avec abus par les autorités. Ce texte est fondateur en ce qui concerne les droits des patients, car il encadre les données informatisées dans leur ensemble, protégeant ainsi l'utilisateur d'une utilisation abusive de ses données personnelles et d'une éventuelle atteinte à ses libertés.

La protection des données informatisées touche l'hôpital qui est par nature un vaste réseau informatique. L'enjeu est d'autant plus important que les professionnels de la santé gèrent une information très intime, contenue dans le dossier médical. Si le serment d'Hippocrate et le code de déontologie servent à protéger la vie privée des personnes soignées, ces derniers restent en position de faiblesse face au soignants et face à la conservation de leurs données par l'administration.

Notons que l'asymétrie mise en cause par la loi Informatique et Libertés en 1978 est surtout celle de la position dominante et exorbitante de l'Etat (administration) sur les administrés

(usagers), c'est ce que nous appelons une « **asymétrie relationnelle** ». De même, cette asymétrie est basée sur l'utilisation exorbitante des informations concernant les usagers à des fins de raisons d'Etat. L'information reste donc un point de discorde et constitue presque l'origine de cette discorde entre l'Etat et les usagers.

Le deuxième texte majeur est la Loi sur le droit d'accès aux documents administratifs en 1979. Ce texte introduit, avec la création de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA), le droit de regard sur les actes administratifs et l'obligation de motiver les décisions défavorables.

En instaurant les conditions de consultation du dossier médical, ce texte innove. En effet, au-delà de la possibilité donnée aux usagers de demander des comptes aux administrations sur la base des actes de ces derniers, la loi lie l'acte sanitaire aux autres actes administratifs. Il est donc du devoir de l'administration sanitaire de s'aligner sur les obligations relevant de son statut d'établissement public.

L'Etat a, ainsi, pris l'habitude de se remettre en question pour répondre aux exigences des usagers et à leur besoin d'information, manifestation du manque.

Avec la loi sur l'accès aux documents administratifs, l'Etat se préoccupe également de « **l'asymétrie informationnelle** » qui existe entre l'administration et les administrés et pose les prémisses d'un droit à l'information pour les usagers dans leurs rapports avec l'administration, principalement en cas d'insatisfaction de ces derniers (motivation du refus) et donc clairement en leur faveur. C'est donc un processus de rééquilibrage de la relation administration-administré qui est en marche.

La volonté de modernisation de l'Etat, durant les deux septennats de François Mitterrand, poursuivie depuis lors par les gouvernements successifs, a permis de donner plus de pouvoir aux usagers, en réponse à leurs revendications. Les lois Rocard de 1989 sur la modernisation du service public ou les lois Juppé de 1995 sur la qualité du service public en sont des illustrations.

Les différents textes qui construisent ce qu'on a appelé « la modernisation de l'Etat », en plus de poser un nouveau cadre d'exercice des missions de service public, ont accompagné la consécration de droits nouveaux pour les usagers.

Le patient, en tant qu'utilisateur du service public de santé, s'est vu doté de droits importants comme la protection des informations le concernant (Loi 1978), la réglementation des données personnelles sur sa santé (1979), la possibilité de réclamer des comptes sur une décision le concernant (Loi Rocard), le droit à des services de qualité (Loi Juppé), etc.

Ces droits acquis au fil de la modernisation de l'Etat et des services décentralisés ont fait une place importante au droit à l'information et même, à recevoir agréablement cette information³³⁴. Sans doute parce que les revendications contre l'opacité et les lourdeurs administratives ont longtemps pointé le manque d'information des usagers.

Ainsi, et comme l'écrit Marie-France CALLU, « de tout temps, les patients ont eu des droits en tant que personnes. Ce qui est nouveau, c'est que ces droits leur soient affirmés en tant que malades... »³³⁵.

1.2. Un besoin accru d'être informé en pratique

Nous avons vu que les droits des usagers du public, qui incluent les droits des usagers du système de santé, ont nettement évolué depuis la fin des années soixante-dix et continuent de s'étendre occupant au fur et à mesure les terrains de l'asymétrie relationnelle et de l'asymétrie informationnelle, dans une volonté de répondre aux attentes des usagers.

Spécifiquement, l'évolution juridique en faveur des droits des usagers du système de santé est en revanche une lente progression depuis la reconnaissance des droits des usagers du service public.

Cette évolution s'est d'abord produite par l'alignement successif des droits du patient sur ceux des usagers du service public.

Le législateur innove, ainsi, avec la loi du 04 mars 2002 lorsqu'il attribue expressément des droits aux malades. En réaction à ce qui n'est alors qu'un projet de loi, Marie-France Callu explique le caractère inédit de l'attribution des droits à « *une catégorie particulière à l'intérieur des personnes juridiques* »³³⁶ c'est-à-dire à l'intérieur d'une portion des usagers du service public, les malades ou les usagers du système de santé. Pour la première fois, le patient n'est pas seulement reconnu comme un usager du service public, mais comme ayant droit du fait de son état de « maladie ».

Globalement les données des études démontrent que les usagers manifestent un manque réel d'information, à la fois en revendiquant ce droit et en cherchant par leurs moyens cette information.

L'objectif de cette quête est certainement double :

³³⁴ La charte du service public compte parmi les indicateurs de qualité un accueil agréable.

³³⁵ Callu M-F., (2000), « L'émergence d'un droit des patients. Ou comment se construit le droit ? », Colloque du 21 avril, p. 17. Groupement Scientifique Santé, IFROSS, Faculté de Droit, Université Jean Moulin Lyon 3.

³³⁶ Callu M-F. (2000), Op.cit.

- Entrer dans une nouvelle relation avec les professionnels (effet de l'évolution sociologique de désacralisation de la médecine) et ;
- Se poser en interlocuteur légitime et pertinent dans l'orientation et la définition des politiques de santé.

En somme, il s'agit de passer d'une légitimité légale à une légitimité de fait et de compétence, à travers une influence réelle et non plus théorique.

2. Les usagers, une partie prenante en quête d'information

La quête d'information des usagers du système de santé découle de l'évolution sociologique, qui a accompagné la relation médicale, notamment depuis l'arrivée de l'épidémie du Sida, les limites de la médecine ainsi que les différents scandales sanitaires, dont le scandale du sang contaminé qui ont entaché la capacité étatique d'assurer la santé des populations en France.

Comme les consommateurs et les usagers du service public, les usagers du système de santé se sont constitués en associations pour construire leur expertise et affirmer leur savoir à travers une quête d'information et la mise à disposition de leur connaissance dans l'évolution des pratiques et des recherches médicales.

2.1. Savoir et équilibre dans la relation médicale

La représentation du patient a évolué suivant un processus en trois étapes : la désacralisation de la médecine, la révolution technologique et la montée des exigences des patients. Luc Audouin et Martine Orlewski (2000) nous expliquent qu'avec la désacralisation de la médecine,

« La technique a remplacé la magie, l'attitude scientifique s'est substituée au dévouement et à la charité. Le médecin est devenu homme de science et non plus homme de foi »³³⁷.

La désacralisation de la médecine est ici vue comme une nouvelle vision sociale des rapports entre le patient et son médecin dans laquelle ce dernier quitte son traditionnel statut « divin »³³⁸ du fait des évolutions scientifiques. L'homme a appris à repousser les limites de la fatalité, du fait des découvertes scientifiques, et le médecin a perdu « son pouvoir de guérison » et un peu de son charisme naturel.

³³⁷ Audouin L., Orlewski M. (2000), Du patient au client. L'art de fidéliser la clientèle médicale, MMI Editions, Paris.

³³⁸ Le médecin de l'époque est un lien entre Dieu et les hommes, c'est Dieu qui décide de la vie ou de la mort. Par l'intermédiaire du médecin, il peut sauver la vie, et la mort est une fatalité et non une limite de la science.

Pour Prahalad et Ramaswamy (2004)³³⁹, la désacralisation de la médecine et de l'autorité du médecin sont autant imputables aux progrès scientifiques dans les domaines de la médecine et des recherches biomédicales qu'à la révolution technologique et à la banalisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).

Si Sylvie Faizang (2006) affirme que le patient est aujourd'hui « *doté d'un véritable pouvoir de décision fondé sur une information croissante* »³⁴⁰, les usagers en tant qu'entité ne semblent pas totalement dans ce cas de figure. Deux raisons motivent cette différence de position.

Premièrement, « *l'expertise profane* » s'entend bien au-delà de l'expérience de la maladie et d'une information par pathologie, selon nous. En effet, la connaissance de SON état de maladie n'inclut pas la connaissance du complexe pathologique. En effet, les nombreux sociologues qui ont étudié la notion « *d'expertise profane* » tendent à la décrire comme expérience de la maladie. Le mot « expérience » a selon nous, toute sa place dans cette définition, dans le sens où il caractérise « *une partie du vécu subjectif d'une personne* »³⁴¹ c'est-à-dire une connaissance difficilement généralisable mais doit inclure la connaissance du système dans une relation de gouvernance partenariale.

Deuxièmement, le cadre du colloque singulier où le patient peut échanger avec le médecin sur son état diffère du cadre de la gouvernance du système de santé. En effet, si l'expérience de la maladie est enrichissante dans le cadre du colloque singulier, où elle contribue à aider à une prise de décision, en tant que cas spécifique, elle ne constitue pas une information attendue en termes de management du système.

Les usagers en tant qu'acteur de la gouvernance du système de santé doivent, en effet, pouvoir aborder leur relation avec les autres parties prenantes du système de santé en ayant une connaissance du système de santé et pas seulement une connaissance des aspects pathologiques en débats. Le problème de la pénurie des représentants complique donc l'équation, dans la mesure où les carences d'effectifs peuvent amplifier des carences de connaissances. D'ailleurs Christian Saout (2009), président du collectif des associations d'usagers parle des représentants en termes « *d'équation complexe* »³⁴².

³³⁹ Prahalad C.K., V. Ramaswamy V., (2004), *The Future of Competition : Co-creating Unique Value with customers*, Harvard Business School Press, Boston

³⁴⁰ Faizang S., (2006), *La relation médecins- malades : Information et Mensonge*, PUF, p. 147

³⁴¹ [http://fr.wikipedia.org/wiki/Exp%C3%A9rience_\(homonymie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Exp%C3%A9rience_(homonymie))

³⁴² Actes du colloque « participation des usagers dans les établissements de santé : des principes aux expériences, des expériences aux principes », Juillet 2009.

Pour exemple, l'étude Cruq 06-07 nous a appris, comme l'indiquent les résultats, que la pénurie des représentants disponibles et formés s'est installée, notamment en Rhône-Alpes où elle est estimée à 300 représentants d'utilisateurs en moins³⁴³. Cet état crée, *de facto*, des limites en matière d'acquisition des connaissances pour les représentants effectifs, qui ne peuvent objectivement être à la fois dans des instances et en formation.

Sans tenir compte de cette situation de pénurie, la quête de l'information, quand elle est nécessaire, est un réflexe minimaliste. Car, si les études Cissra 07 et 08 expriment de diverses manières le patient-acteur dans sa quête de l'information à travers l'insistance, la ruse, le questionnement ou la sollicitation par exemple d'une tierce autorité³⁴⁴, la quête de l'information n'est pas systématique³⁴⁵.

En résumé, une volonté des autorités et des professionnels d'admettre le droit à l'information et un activisme accru des utilisateurs sur la question de l'information, des décalages persistent entre l'idéologie collective des attentes (associations) et les nécessités individuelles manifestées par les utilisateurs enquêtés.

Paradoxalement, le besoin d'information continue de s'exprimer notamment à travers l'outil internet. Peut-être parce que l'information donnée par les professionnels ou recueillie par les utilisateurs est parfois, inutile, inaccessible, incomplète ou orientée³⁴⁶. Ce qui ne contribue pas à diminuer l'asymétrie d'information.

Dans ce cadre, il arrive que de leur côté, les malades instrumentalisent le mensonge pour se protéger ou se défendre, et ainsi atténuer l'asymétrie d'information (Sylvie Faizang, 2006) ou s'orientent vers l'internet comme mode d'information.

2.2. L'Internet et la construction du savoir des utilisateurs

La quête de l'information répond au constat d'asymétrie de l'information entre les utilisateurs et les autres acteurs du système de santé notamment les praticiens. L'objectif des utilisateurs est donc de construire leur participation en se posant comme acteurs « sachant » et informé lors de la discussion et ou de la prise de décision

³⁴³ Entretien informel avec Mme V, représentante des utilisateurs, en 2007.

³⁴⁴ « *Il a fallu l'intervention du ministre pour avoir accès à mon dossier médical* », Propos libres, Extraits de l'Enquête Cissra 07, Expressions du patient -acteur : Solliciter l'information !

³⁴⁵ Notons que l'enquête Cissra 07 montre un intérêt faible de l'information tarifaire par les utilisateurs qui estiment ne pas la prendre en compte dans le choix du praticien (83,2% des répondants exprimés).

³⁴⁶ « *On a vu que les médecins ne donnaient souvent une information au malade qu'en vue de parvenir à leurs objectifs thérapeutiques* », Faizang S., (2006), Op.cit., p. 63.

Pour faire face au droit à l'information, sur la pertinence de l'information recueillie par les usagers, la compréhension, l'opportunité ou la limitation de cette information à la médecine dite traditionnelle, les autorités et les usagers eux-mêmes ont développé des plateformes formelles ou virtuelles d'information.

L'évolution du patient est donc très intimement liée à la révolution technologique dans la mesure où elle crée un patient informé, connecté et actif³⁴⁷. Le XXIème siècle a entamé la désacralisation annoncée de la médecine et l'éveil des patients. En effet, grâce à l'internet, et comme le consommateur, le patient est passé, selon cette formule de Prahalad et Ramaswamy (2004), « d'isolé à connecté, d'ignorant à informé, de passif à actif »³⁴⁸.

En la matière, les nombreux sites et forums sont devenus de véritables vecteurs d'une information (fiable ?) avec l'avantage d'un débat contradictoire dans les forums, donnant ainsi à l'internaute la capacité de juger de lui-même, d'être actif. Les forums santé, les maisons des usagers, les sites d'information sur la santé, les baromètres et enquêtes sur les droits des usagers sont autant d'exemples de la volonté de capter l'information mais probablement aussi des lieux de perversion de l'information.

Le rôle pervers de l'information virtuelle ne semble pas être mis en avant par les auteurs qui la jugent comme une information utile et fiable à l'instar de Prahalad et Ramaswamy (2004) ou Faizang (2006) grâce notamment au travail des « infomédiaires »³⁴⁹ comme l'explique Hervé Nabarette.

Dans son analyse sur les aspects de l'information dans la relation médicale, Sylvie Faizang³⁵⁰ indique **l'importance de l'internet** dans la tentative de résorption de l'asymétrie d'information entre les malades et les médecins. Pour cet auteur,

« internet ne produit pas seulement des patients plus réfléchis, n'accordant pas toute leur confiance aux sources conventionnelles d'autorité mais leur permet de questionner ou de contester les avis des professionnels »³⁵¹.

La banalisation d'internet, l'augmentation des maladies chroniques ainsi que le « vent consumériste » venu des pays anglo-saxons ont produit une modification des rapports d'agences entre les soignants et les soignés. En effet, l'augmentation des connaissances des

³⁴⁷ Prahalad C.K., Ramaswamy V.,(2004), Op.cit.

³⁴⁸ Prahalad et Ramaswamy, Op.cit, traduit de l'anglais, p.2.

³⁴⁹ Nabarette H., « Les services Internet orientés vers les patients : vers de nouvelles relations d'agence en santé », <http://www-eco.enst-bretagne.fr/Archives/Workshop2000/Actes/format%20pdf/nabarette.pdf>

³⁵⁰ Faizang S., (2006), Op.cit.

³⁵¹ Faizang S., (2006), Op.cit, p. 99.

patients (grâce à internet) ainsi qu'une meilleure expression de leurs attentes (dans les débats publics) « rétablit en partie le déséquilibre constitutif de la relation médicale »³⁵².

La quête d'information des patients est cependant complexe, dans la mesure où elle englobe divers domaines du tarif de la consultation à la compréhension du système. Hervé Nabarette dont plusieurs publications analysent le rôle de l'internet dans l'information des patients³⁵³ a réalisé une étude³⁵⁴ sur la modification des relations d'agence entre assureurs et assurés, entre producteurs de soins et patients.

Les résultats de cette étude montrent, en matière d'asymétrie de l'information, que les patients sollicitent les producteurs de soins en leur qualité d'expert détenteur du savoir médical, de la compréhension du système de soins, de la maîtrise de la qualité des services et de la capacité à cerner les besoins du patient en matière de traitements et prescriptions.

L'asymétrie informationnelle qui existe entre les patients et les professionnels de la santé, et au-delà entre assureurs et assurés, est un enjeu que les « infomédiaires »³⁵⁵ ont très vite compris en mettant en place des outils d'information, de discussion et d'analyse de l'information sur les pathologies, les thérapies et la connaissance du système de santé. Les connaissances produites au sein de ce qu'Hervé Nabarette appelle le « service informationnel » sont le plus souvent alimentées par les communautés de soutien³⁵⁶, les internautes, patients, professionnels et les autres acteurs du système de santé.

Schéma n° 15 : Réseau informationnel.

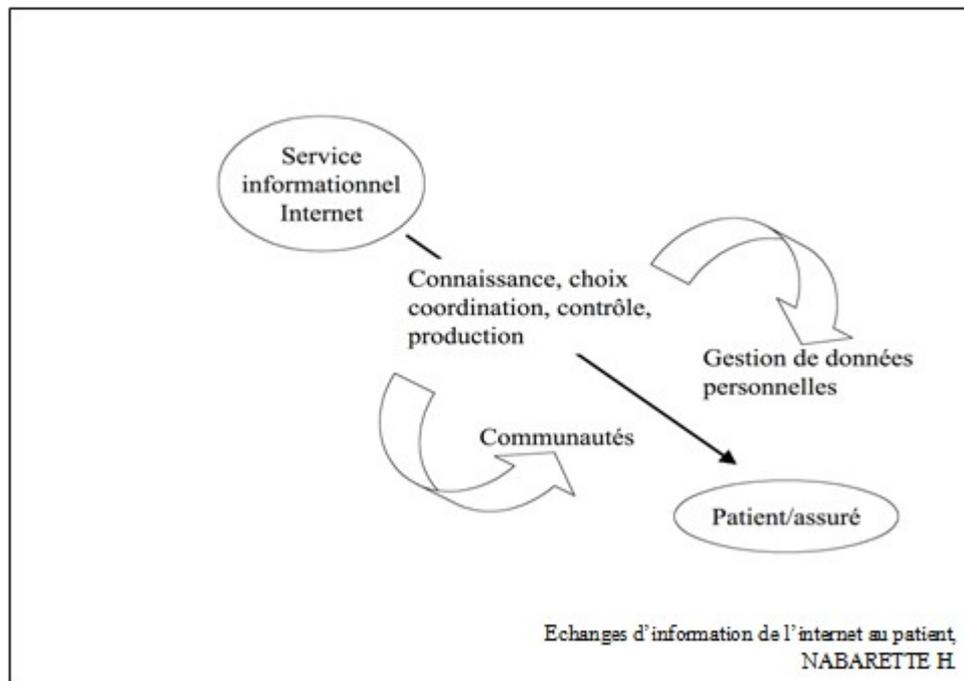
³⁵² Nabarette H. (2000), Op.cit.

³⁵³ On peut trouver certaines de ces publications sur le site <http://www.medcost.fr>. Medcost est une société de services spécialisée dans la conception, le développement et l'animation de systèmes d'information médicaux.

³⁵⁴ Nabarette H. (2000), Op.cit.

³⁵⁵ Terme utilisé par Hervé Nabarette, les « infomédiaires » sont des intermédiaires de l'information qui, grâce à des outils de traitement et de publication des données électroniques, aident les internautes à gérer leurs données personnelles et à tenir un rôle de consommateur efficace.

³⁵⁶ Les communautés de soutien sont des communautés qui portent une cause, par exemple l'association de lutte contre les maladies nosocomiales...



Au-delà de schématiser le processus de production de l'information sur internet, cette figure montre bien que la connaissance produite par l'internet est en perpétuelle discussion entre les membres de la communauté, ce qui lui procure une certaine fiabilité. C'est, en effet, une information perfectible, par les internautes, patients, médecins, autres spécialistes, et de ce fait, pertinente.

Le rapport Ferguson (1999) repris par Hervé Nabarette, va dans ce sens, en proposant un classement des critères de choix des internautes qui naviguent sur des sites en quête d'information médicale. Ce classement établit l'utilité comparée entre les communautés de soutien et des médecins³⁵⁷. En d'autres termes, le rapport compare l'utilité de l'information reçue par les praticiens ou par les usagers sur internet. Les résultats confortent l'assurance de Prahalad, Ramaswamy et Faizang par rapport à l'information virtuelle car les praticiens comme les usagers semblent la trouver utile.

Tableau n° 18 : Classement comparée de l'utilité de l'information médicale virtuelle

Critères	Communautés	Médecin	Médecin
	électroniques	spécialiste	généraliste
Le plus économique	83	8	9
Pertinence de l'information	77	21	2
Aide psychologique	75	10	15

³⁵⁷ The Ferguson Report, janvier-février 1999, in Nabarette (2000), Op.cit. Le sondage a été réalisé parmi les membres des communautés de soutien. Les taux de satisfaction sont calculés par question.

Commodité	73	14	13
Ouverture vers d'autres ressources	69	14	17
médicales			
Meilleure connaissance pratique	69	23	8
Accompagnement vers la mort	58	15	27
Compassion et empathie	53	17	30
Continuité de l'attention	49	21	30
Meilleures connaissances techniques	47	45	8
Prise en charge après diagnostic	34	43	23
Aide au bon diagnostic	11	74	15

Source : Nabarette H., 2000

Ce tableau nous indique la satisfaction des internautes « profanes » et des praticiens généralistes et spécialistes face à l'information médicale recueillie sur l'internet. Globalement, les communautés semblent satisfaites. Les généralistes reconnaissent que l'internet aide au bon diagnostic et les spécialistes sont moins certains de l'utilité de cet outil. En résumé, l'information est majoritairement utile dans les deux catégories d'acteurs, excepté le cas des spécialistes. Cependant, la quête d'information comme mode de savoir trouve ses limites dans la mesure où les connaissances des usagers sont généralement remises en cause par les professionnels. La différence de perception est-elle que sur la meilleure connaissance pratique les internautes sont à 69% satisfaits alors que seulement 8% des spécialistes le sont.

Cette différence de perception impacte notamment sur la crédibilité des usagers auprès des autres parties prenantes et leur influence dans la stratégie des acteurs du système de santé. Par exemple, en proposant une décision visant l'hôpital, un directeur va d'abord analyser les points d'appuis et de résistances à cette décision. L'influence de chaque acteur du conseil d'administration va orienter cette décision, du moins la manière de la proposer. Le représentant des usagers va être considéré comme partie influente s'il peut constituer un appui ou une résistance à la décision. En d'autres termes, le représentant des usagers ne sera considéré comme acteur stratégique crédible que si sa participation permet d'orienter la politique de l'établissement.

La quête d'information contribue à asseoir la légitimité et à construire la crédibilité des usagers dans le colloque singulier (en consultation, avec le médecin) et dans le colloque pluriel (en débat et délibération, avec les autres parties prenantes). Pour Serge Vallon (2002), la quête d'information des usagers est symptomatique de l'*empowerment*, c'est-à-dire d'une capacité à capter le pouvoir. Selon lui, l'évolution des savoirs des usagers, à travers une

meilleure information, s'apparente à un phénomène de contestation de l'expertise médicale et même à un partage partiel de celle-ci³⁵⁸.

Synthèse de la section I La complexité ou les limites de l'information comme mode de savoir

L'information médicale, aujourd'hui, est offerte par divers acteurs. Autrefois, l'apanage de la communauté scientifique médicale et des professionnels de santé, elle tend à se banaliser sous le coup de la révolution technologique et de l'évolution sociologique des acteurs sociaux. Élément de modernité et de développement, l'accessibilité à l'information de quelque type que se soit, au-delà de poser un débat éthique, pose en termes de sincérité³⁵⁹ de l'information, un enjeu de gouvernance, car ne peut intervenir comme acteur que celui qui détient une information fiable et objective pouvant au mieux guider la décision collective. L'information, en tant que visage du savoir, est donc un moyen de l'expertise.

Les usagers du système de santé ont d'abord manqué d'informations avant de manifester ce manque, suite à des scandales sanitaires. Les autorités, quant à elles, ont longtemps préservé l'information avant d'en acter le manque et de traduire comme droit fondamental l'accès à une information fiable et de qualité.

C'est donc une politique convergente des usagers et des autorités sanitaires qui découle du constat du manque d'information des usagers et qui s'inscrit dans la résorption de ce manque, à travers des dispositifs d'accession à l'information. Cependant, comme nous avons eu à le découvrir lors de nos observations, l'information médicale comporte quelques caractéristiques déviantes lorsqu'elle est livrée par les autorités et par les usagers eux-mêmes. En effet, l'information construite sur les plateformes usagers est caractérisée par sa relative partialité. Elle est souvent construite à dessein, c'est-à-dire orientée par la subjectivité de l'auteur (forum) ou par l'enjeu soutenu par les associations (baromètres, enquêtes). Nous avons pu constater que la construction et le traitement des enquêtes Cissra a pu donner lieu à une volonté d'orienter l'analyse sur des aspects jugés prioritaires.

Dans un autre cas, l'information est gérée par des professionnels de santé (sites usagers) ce qui induit à la fois la possibilité de veiller à la fiabilité mais également de canaliser l'activisme des usagers. De même, l'information construite par les autorités, porte aussi une

³⁵⁸ Vallon S. (2002), « La place de l'utilisateur », *Revue Vie sociale et traitements* n°76, numéro spécial, octobre, pp.20-23.

³⁵⁹ Nous envisageons le mot « sincérité » comme en finances publiques, où il fait référence, au-delà de fiabilité, à l'objectivité.

marque de neutralité de l'activisme des usagers, notamment à travers l'incompréhension qui se crée entre propos savants et capacité de compréhension profane. Le caractère profane des usagers est donc un élément de compréhension de l'activisme des usagers et de l'effectivité de leur participation, notamment à la gouvernance du système de santé. C'est ce que nous verrons dans la deuxième section.

Section 2 « L'expertise profane » en question : le constat d'un pouvoir schizophrène

Pour répondre à notre problématique sur l'effectivité de la participation des usagers du système de santé, nous avons entrepris d'analyser les critères d'urgence, de légitimité et de pouvoir comme caractéristiques de l'influence des usagers. Ainsi, nous avons posé la typologie de Mitchell et alii. (1997) comme cadre théorique.

En nous aidant de la caractérisation du pouvoir de Dhal (1957), articulée autour de quatre composantes, le charisme, le savoir, le pouvoir financier et l'expertise, et après avoir encadré notre propos (postulats de la recherche qui ont exclu le charisme et le pouvoir financier), nous avons dans une première section analysé le savoir comme composante du pouvoir.

L'objet de cette deuxième section est d'analyser l'expertise comme autre composante du pouvoir, en questionnant un oxymore bien connu dans l'activisme des usagers, « l'expertise profane ».

De « *l'expertise profane* », il est nécessaire de comprendre à la fois les sens de « *expertise* » et « *profane* », deux termes opposés, *a priori*, et les enjeux de leur juxtaposition dans l'expression « *expertise profane* ».

A partir des résultats présentés précédemment, nous ferons l'analyse des propositions relatives au pouvoir à travers « l'expertise profane » comme quête des usagers (1) et comme limite à l'activisme des usagers (2). Pour cela, nous soulèverons progressivement les points suivants :

- Les deux variantes de l'expertise en tant qu'expertise de savoir et expertise d'usage, puis les deux formes de l'expertise profane en tant qu'expertise profane pathologique et expertise profane systémique
- L'influence et les logiques de l'*empowerment* dans le cadre de la gouvernance. En effet, en matière de gouvernance, le degré d'influence et de pouvoir étant lié selon

Savage (1991) au degré de menace et de coopération des parties prenantes, le concept d'*empowerment* ne peut que trouver son sens dans notre analyse.

Lorsque nous abordons la question de l'expertise des usagers du système de santé, deux ambiguïtés apparaissent, un besoin d'être reconnu comme expert et les limites de cette expertise. En effet, lors du séminaire SFSP de novembre 2007³⁶⁰, où nous avons pu débattre de ces aspects, nous nous sommes rendu compte que ces ambiguïtés sont à la fois révélées et problématiques pour les chercheurs dans leur compréhension de l'activisme des usagers, pour les professionnels dans leur relation aux usagers experts, mais aussi pour les usagers engagés dans leur expression en tant que partie prenante.

La conception de la notion d'expertise est au cœur de ces ambiguïtés. En effet, elle oppose deux conceptions de l'expertise : l'expertise de savoir et l'expertise d'usage.

Traditionnellement, l'expertise de savoir des professionnels de santé pose la légitimité à intervenir dans le management des structures sanitaires. Aujourd'hui, cette expertise en tant que savoir certifié ou compétence éprouvée est « *contestée voire contredite par l'intervention d'acteurs sociaux qui se réclament d'une autre expertise* »³⁶¹. L'expertise d'usage ou « expertise profane », en tant que compétence de l'expérience ou du vécu, intervient comme cette nouvelle capacité légitime à agir.

Avec l'intégration des usagers à la gouvernance du système de santé, l'expertise de savoir est amenée à côtoyer l'expertise d'usage. Cependant, les études que nous avons mené sur ces aspects ont soulevé des questionnements que nous abordons dans les chapitres suivants sur la reconnaissance de l'expertise d'usage et ses limites.

1. De la quête de reconnaissance à une expertise limitée : de l'hôpital au RU schizophrène

La légitimité légale qui a conduit à intégrer les usagers dans la gouvernance du système de santé, suite à la reconnaissance de leur capacité à être expert (« expertise profane ») a semblé-t-il fait place à une quête de légitimité pratique en termes d'effectivité de leur participation. De ce fait, la quête de reconnaissance est devenu un des enjeux de leur intégration du fait de la loi dans la gouvernance du système de santé.

³⁶⁰ Colloque annuel de la Société Française de Santé Publique (SFSP) du 22 au 24 nov 2007 où nous avons proposé une communication sur le thème de la participation des usagers au système de santé intitulé « *le représentant de l'utilisateur à l'hôpital : mythe et réalité d'un acteur bivalent* ».

³⁶¹ Boy D., (2003), « L'expert citoyen, le citoyen expert », *Cahiers français*, dossier « les nouvelles dimensions de la citoyenneté », n° 316, sept -oct 2003, pp.20-24.

1.1. La construction d'une « expertise profane systémique »

La notion « *d'expertise profane* » a été introduite par les sociologues pour qualifier l'intérêt de la participation des associations du Sida aux recherches cliniques³⁶². Aujourd'hui, « *l'expertise profane* » comme compétence de l'expérience et du vécu permet aux usagers d'asseoir leur participation dans le cadre de la gouvernance des structures dans lesquelles leur avis est requis.

C'est le mouvement des malades du Sida qui a institué l'évolution des rapports entre les associations de malades et le monde institutionnel. Cette évolution a conduit, notamment, à la prise en compte de la parole des malades et de leurs expériences dans les protocoles de recherche ainsi que dans les orientations politiques des autorités sur cette pandémie.

La modification de la représentation du patient-malade s'est accrue avec la modernisation de l'Etat et le nouveau management public au point de considérer l'utilisateur comme un acteur légitime de la gouvernance publique (Bartoli, 2002).

A travers, une expertise, dite « *expertise profane* » et définie comme « **un processus de mise en capacité, de mise en forme politique de l'expérience** »³⁶³, les usagers ont imposé une légitimité pratique à intervenir et à décider avec les professionnels, très rapidement approuvée par une légitimité légale à décider en tant qu'acteur de la stratégie du système de santé. Ainsi, de la reconnaissance de « *l'expertise profane* » naît la partie prenante « usagers du système de santé ». Cependant, cette notion a connu une évolution. On est passé d'une variante à une autre.

La participation des associations du Sida a été très vite admise du fait de leur implication (malades et familles) dans la construction des connaissances sur la maladie et l'éducation des patients. Dans ce cadre, les associations sont reconnues comme personnes ressources à travers :

- Les réunions d'information et la co-construction de documents
- Les réunions de concertation autour des protocoles d'essais cliniques

Nous distinguons la participation des malades du Sida, fondée selon nous sur une « *expertise profane pathologique* », de la forme que nous étudions dans ce travail de recherche en tant

³⁶² Barbot J. (2002), *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du Sida*, Balland, coll. "Voix et regards", 307p.; Pourette D. (2002), "Janine Barbot, les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve des du Sida", *L'homme, Revue française d'anthropologie* n°164, oct-déc, pp.188-190.

³⁶³ Janine Barbot, notes du Séminaire DIES, décembre 2005.

qu' « *expertise profane systémique* ». La première variante est établie sur l'expérience et la connaissance de la maladie alors que la deuxième variante s'inscrit dans la connaissance du système, qui elle n'est pas acquise.

Pour nous, « *l'expertise profane systémique* » se distingue donc de « *l'expertise profane pathologique* » car la seconde qualifie une connaissance subjective³⁶⁴ alors que la première qualifie une connaissance objective auto-construite par la formation, les recueils de données, la documentation et les débats.

Au-delà donc du cadre clairement établi des associations du Sida, les nombreux outils d'information du malade ou des usagers du système de santé témoignent de la volonté des usagers à acquérir des connaissances suffisantes pour dialoguer avec les praticiens notamment en consultation dans un cadre où l'asymétrie d'information est amoindrie. De même, les enquêtes et études réalisées par les associations d'usagers se donnent pour objectif de construire le savoir et l'expertise des représentants en matière de santé.

« *L'expertise profane systémique* », pour expertise professionnelle du profane, opère une sorte de triangulation des connaissances des usagers entre le vécu (expérience de la maladie), l'acquis (formation) et le recueilli (information) afin de structurer une sorte d'objectivité de la connaissance possédée.

L'acquisition de « *l'expertise profane systémique* » est l'une des préoccupations des associations d'usagers comme le Ciss. En effet, les représentants des usagers auprès du Cissra pour le cas que nous avons étudié sont généralement des malades ou professionnels de la santé à la retraite.

Dans le second cas, les représentants anciens professionnels ont une vision du système de santé et acquièrent par leur engagement et les échanges au sein du collectif des associations de malades, de victimes et de retraités les deux autres versants de l'expertise profane systémique. En revanche dans le premier cas concernant les représentants malades, la formation et l'information contribuent à construire une expertise systémique nécessaire et légitimante.

C'est ainsi que le Ciss porte au rang de ses activités annuelles de nombreux séminaires de formation, des journées d'information, des enquêtes bilan et des baromètres évaluatifs afin d'apporter aux représentants une formation de qualité sur la connaissance du système, les enjeux de la représentation et les atouts de la participation.

³⁶⁴ En tant que connaissance de la maladie et du vécu, « *l'expertise profane pathologique* » est une connaissance subjective.

1.2. « L'expertise profane » à l'épreuve du système de santé ou le mythe de Janus Bifrons

L'intégration des usagers dans la gouvernance du système de santé constitue un véritable enjeu de gouvernance tant elle est à la fois multiforme (forme consultative ou délibérative) et multi-structures.

Le cadre juridique de la représentation des usagers est décliné dans la loi du 04 mars 2002 qui encadre la représentation et la participation des usagers au système de santé sous condition de l'agrément. Cette loi met en cohérence les dispositifs antérieurs notamment ceux prévus par l'ordonnance de 1996 qui instaure l'intégration des usagers au CA des hôpitaux et crée deux types de participation : la participation consultative et la participation délibérative.

En effet, depuis 1996, les usagers sont membres du CA des hôpitaux mais c'est en 2002 que le droit légitime le rôle d'administrateur. Nous le notons bien lors de l'étude Cruq 06-07, en ces termes : « *la représentativité des usagers a donc changé, tout d'abord atomisée et libre, elle est aujourd'hui fortement marquée par les associations (du fait de l'agrément³⁶⁵) et par le fait que leur consultation ne relève plus d'une faculté mais d'un droit* ».

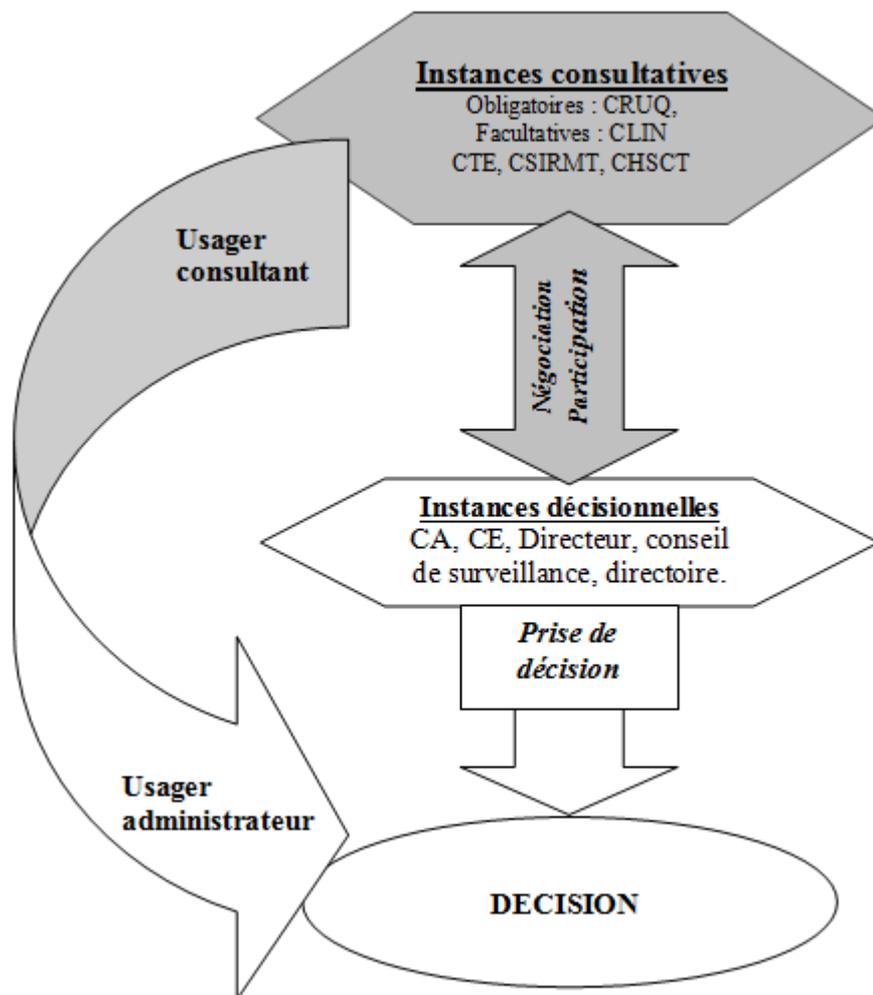
La participation des représentants des usagers (RU) est prévue dans le cadre de l'orientation et de la définition des politiques de santé, au sein de différentes structures de la gouvernance du système de santé à titre consultatif (RU consultant) **ou** à titre délibératif (RU administrateur). Si nous soulignons l'alternative par l'utilisation de la conjonction « ou » c'est parce que ces deux types de participation introduisent la notion de conflits d'intérêt comme nous avons pu le constater sur le terrain. En effet, la pénurie des représentants des usagers, constatée dans le cadre de nos travaux de recherche, a conduit à une pratique ambivalente du rôle du RU sur le terrain.

Le caractère multiforme et multi-structures de la participation des usagers a transformé l'architecture de la gouvernance tant à l'hôpital qu'au niveau du système de santé.

Le schéma suivant montre l'exemple de l'intégration du représentant des usagers à la gouvernance à l'hôpital (schéma 16) ainsi que les formes de sa participation. Il décline deux types de parties prenantes « usagers », une partie prenante consultative et une partie prenante délibérative.

Schéma n° 16 : La « double casquette » de stakeholder des usagers

³⁶⁵ Vinot D., Mbouna N., Courtais E. (2007), Op.cit ; Article 20 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 ; art 5 & 6 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 ; Décret n° 2005-300 du 31 mars 2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.



Ce schéma nous montre les types de participation des usagers et donc les différents rôles qu'ils jouent en tant qu'acteurs consultatifs ou décisionnaires de la gouvernance hospitalière. Il nous montre ainsi l'omniprésence des usagers³⁶⁶ dans la chaîne de décision hospitalière, en tant qu'acte de fonctionnement et d'organisation notamment leur présence facultative dans des instances où leur intégration n'est pas institutionnalisée telles que les sous-commissions de la CME.

Ce schéma illustre également la figure de double *stakeholder* des usagers : ils sont « parties prenantes », par la négociation et toutes autres formes de participation ; il sont par ailleurs administrateurs en tant que membre du conseil d'administration à l'hôpital, par exemple.

Par ailleurs, l'étude Cruq 05 a révélé les ambiguïtés de ce double *stakeholder* dans la pratique. En effet, la pratique des représentants des usagers confrontée à la pénurie des représentants a conduit à la transformation de ce double *stakeholder* en une représentation à double casquette, celle d'un RU à la fois administrateur et consultant, bien que ces deux casquettes définissent

³⁶⁶ Il s'agit en l'occurrence d'une omniprésence qualitative et pas quantitative

des rôles contradictoires en cas de conflit entre la position d'administrateur garant de la structure et celle de consultant garant des intérêts des patients.

La double casquette ou cumul des mandats a cela de problématique qu'elle inscrit le représentant des usagers dans le *mythe de Janus Bifrons*. Rappelons nous que *Janus Bifrons* est le dieu romain aux deux visages évoquant le commencement (mois de janvier) et symbolisant à la fois la dualité, la versatilité et la contradiction.

Dans la pratique, le cumul des mandats d'administrateur au CA et de consultant à la Cruq a ainsi créée un représentant des usagers *bifrons*, à deux visages, empreint de contradictions. En lieu et place d'un RU consultant *ou*³⁶⁷ d'un RU administrateur, nous avons constaté l'existence d'un RU qui se décline sous deux types nouveaux, un RU pro-administrateur et un RU pro-défenseur.

D'un côté, notre étude montre que certains représentants « à deux casquettes » agissent systématiquement en tant qu'administrateur de l'établissement. Dans le cas où ils sont sollicités comme RU à la Cruq pour défendre un usager dans une procédure de réclamation ils n'en tiennent pas compte. En effet, le médecin médiateur membre de la Cruq de l'hôpital Ve nous a révélé, en entretien, son étonnement face à un RU à la fois membre de la Cruq et membre du CA de cet établissement, qui invité à défendre l'intérêt d'un usager en médiation a au contraire cherché à contredire ce dernier.

De l'autre côté, il existe aussi des RU pro-défenseur, qui agissent systématiquement en tant que défenseur des usagers, au mépris de leur rôle d'administrateur et de garant du fonctionnement de l'établissement. Dans ce cadre, l'intervention systématiquement défensive d'un RU au CA de l'hôpital Te a conduit le directeur à nous confier que la logique de collaboration ne semblait pas réalisable entre les professionnels et le RU cité.

Au-delà des conflits personnels qui se posent entre le RU ambivalent et les autres acteurs, un conflit de type schizophrénique nous interpelle. Ce positionnement ambivalent sous-tend un enjeu de pouvoir manifeste. En effet, les usagers qui cumulent sont à cheval entre un rôle de décideur qu'ils jugent imposant et un rôle de consultant moins valorisant.

Force est donc de constater que la volonté d'*empowerment* pousse les usagers à s'inscrire perpétuellement en quête d'une expertise clairement affichée. L'idée est d'être clairement reconnu soit comme administrateur soit comme consultant et d'appartenir à un groupe précis.

³⁶⁷ L'alternative entre les deux rôles a fait place à un cumul à cause de la pénurie des représentants d'usagers

Finalement, notre étude a permis de comprendre que la quête de reconnaissance s'apparente à un aveu du manque d'expertise, ou de la limite de celle-ci. De même, nous avons pu observer que cette limite est contournée à travers la personnalisation du pouvoir des usagers.

Le pouvoir des usagers semble exister réellement à travers les figures emblématiques qui incarnent la représentation des usagers, ce qui crée des pouvoirs variables des usagers et de parties prenantes diverses. Nous avons essayé de les décrire suivant la typologie de Mitchell et alii.(1997).

2. Les typologies des usagers : une partie prenante à géométrie variable

A travers nos différents positionnements théoriques, nos terrains et l'analyse qui en découle, nous pouvons retenir que l'ensemble des usagers du système de santé sont des parties prenantes urgentes et légitimes.

Dans leur globalité, les travaux menés montrent les limites du pouvoir des usagers. Ce constat est sans doute la source de la perpétuelle remise en cause de leur rôle. Il fonde ainsi la question autour de l'effectivité de leur participation.

Ainsi, ce ne sont pas la légitimité ou l'urgence de travailler avec eux qui pose débat, mais le poids de leur participation comme levier du management.

Les résultats terrain nous apprennent que l'ambiguïté du positionnement du RU en établissement, de type bifrons, est en cause. Ce positionnement affecte donc un « *empowerment* » déjà mis en doute par le statut même de « patient » effectif ou potentiel. Au-delà de cette faiblesse globale, nous avons pu noter une variation de « *l'empowerment* » des représentants des usagers, matérialisée par ce que nous avons qualifié de « principe de personnalisation du pouvoir des usagers ».

2.1. Les catégories des représentants d'usagers.

La personnalisation du pouvoir des usagers est le constat que certains usagers emblématiques et charismatiques portent haut le pouvoir des usagers alors que celui-ci est absent pour la majorité des RU³⁶⁸. Nous sommes donc confrontés à une diversité d'usagers face au critère de pouvoir c'est-à-dire une diversité du type « usagers parties prenantes ».

Pour illustrer cette diversité, nous reprenons la typologie de Mitchell et alii.(1997), énoncée en chapitre 3.

³⁶⁸ Quelques rappels qui démontrent la faiblesse du pouvoir des usagers au contact du système : « *Je ne savais pas qu'on pouvait demander le dossier et à qui ?* » ; « *Les représentants des usagers, je ne sais pas ce que c'est* ». Extraits des enquêtes administrées auprès des adhérents des associations d'usagers.

Des 8 types énoncés par Mitchell et alii.(1997), nous retenons les types qui impliquent le critère « pouvoir » en tant que capacité à influencer le système de santé. Les types que nous mobilisons sont la « non partie prenante » (type 8 de Mitchell) qui exprime une absence de pouvoir, la partie prenante dépendante (sans pouvoir mais ayant la légitimité et l'urgence), et la partie prenante définitive (avec pouvoir).

- L'utilisateur lambda est pour nous une « non partie prenante » au sens où il n'a pas d'influence dans la gouvernance du système de santé. Cela n'exclut pas qu'il puisse influencer la gouvernance clinique dans le cadre de la décision thérapeutique partagée, comme l'expliquent de nombreux travaux. Cependant, la différence que nous faisons entre « *expertise profane pathologique* » exclusive à l'expérience de la maladie et « *expertise profane systémique* » nécessitant la connaissance du système justifie cette conclusion. En effet, comme nous l'avons démontré, le pouvoir des usagers est fondé sur l'information. L'enjeu informationnel est si important que l'internet est devenu un outil de construction du savoir. Mais force est de constater que la connaissance du système de santé est loin de pleinement profiter de cet outil dans la mesure où la connaissance de la maladie est la priorité des patients internautes. Bien qu'instituée, la démocratie sanitaire n'est donc pas assumée par les usagers, comme en témoignent les incohérences entre la volonté d'information des usagers et le recours aux dispositifs d'information des adhérents des associations d'usagers. Par ailleurs, notre analyse peut être rapprochée à la théorie de *l'agir communicationnel* de Jürgen Habermas dans laquelle il explique que la différence entre le mode du vécu et le monde institutionnel pose d'emblée un problème de communication où la démocratie participative trouve ses limites³⁶⁹.
- L'utilisateur engagé est une « partie prenante dépendante » car son pouvoir au sein de la gouvernance n'est pas clairement établi. En effet, la loi et l'évolution sociologique donnent à cet usager représentant du pouvoir en tant que droit d'agir dans la gouvernance. Cependant, l'application de ce droit nécessite une connaissance du système de santé en termes de compétence à agir du fait du type d'organisation. Nous l'avons expliqué, l'hôpital est une bureaucratie professionnelle où le pouvoir est assis sur des compétences médicales et techniques. Au-delà de l'expérience de la maladie, quelle compétence peut valoriser la voix du RU dans la décision hospitalière ? Cette

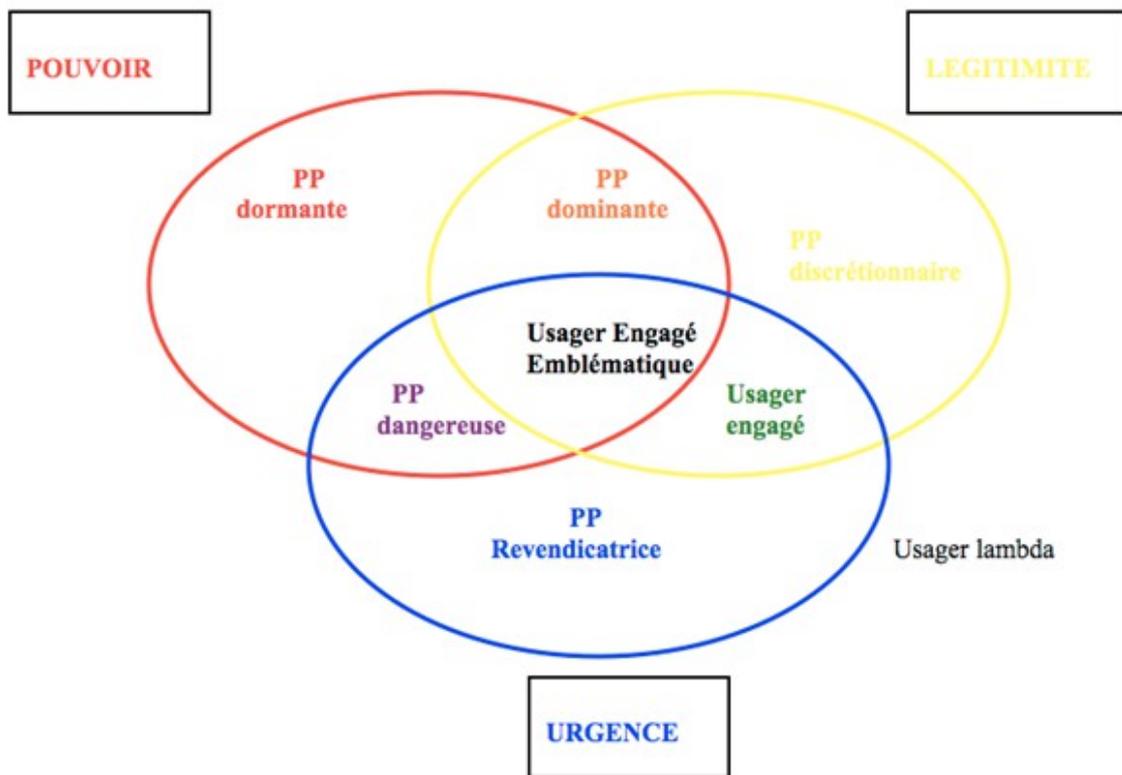
³⁶⁹ Aubert I., Flügel O., (2007), "Procéduralisme et pratique délibérative, la philosophie politique de Jürgen Habermas", *Philosophie* n°2, août, pp.31-45 ; Granjou C. (2003), "Note de recherche sur l'expertise scientifique à destination politique", *Cahiers internationaux de sociologie* CXIV, pp.175-183.

question n'a pas encore trouvé de réponse, mais des pistes sont mises en œuvre telles que la formation des RU (option prise par les associations) ou le recours à des RU emblématiques dont le charisme porte au-delà de la connaissance du système. Dans le cadre de la typologie de Mitchell et alii. (1997) il faut garder à l'esprit que ce type de partie prenante, « expectative », demeure importante. En effet, elle est à la fois dangereuse (ayant déjà les attributs de légitimité et d'urgence) et en attente d'une meilleure considération. Il n'est donc pas dans l'intérêt du manager de l'ignorer car elle a les moyens d'attirer l'attention notamment par la médiatisation, le lobbying, l'élection ou l'appel à l'opinion.

- L'utilisateur engagé emblématique est une « partie prenante définitive » dans la mesure où elle semble bénéficier d'un pouvoir certain. A travers une figure symbolique, le lobbying médiatique et un réseau associatif légitime, les usagers emblématiques sont les porte-étendards de la cause des usagers. De ce fait, ils ont un pouvoir charismatique affirmé également par le pouvoir légal et une connaissance du système de santé du fait d'une grande expérience activiste.

C'est donc à travers trois catégories que les usagers sont appréhendés dans la typologie de Mitchell. Les différentes figures de la partie prenante « usagers » sont reprises comme suit dans la typologie de Mitchell et alii.(1997).

Schéma n° 17 : Les usagers dans la typologie de Mitchell.



Il en ressort finalement que la typologie de Mitchell et alii.(1997), qui classe les parties prenantes par catégorie d'acteurs, **ne semble pas avoir pris en compte la vision politique des parties prenantes** c'est-à-dire leur configuration en fonction du rôle politique qu'ils s'assignent. A travers cette vision, les parties prenantes peuvent apparaître multiples comme nous l'avons démontré.

Si le dynamisme de la théorie de Mitchell et alii.(1997) permet de représenter l'évolution d'une partie prenante, elle se trouve figée dès qu'apparaît une représentation multiple de la même partie prenante. **Elle est certes dynamique dans le temps, mais elle apparaît statique dans l'espace.**

Par ailleurs, elle peut trouver ses limites dans la traduction managériale des différents types de parties prenantes. En effet, elle nous a permis de caractériser les usagers du système de santé en tant que parties prenantes en posant toutefois l'enjeu managérial de ce positionnement sans y répondre. C'est pourquoi nous avons eu recours aux différentes conceptions du pouvoir (Dhal, 1957 ; Maati, 1993 ; Etzoni, 1998) pour définir les opportunités stratégiques de la participation des usagers d'après l'échelle de la collaboration adaptée des thèses d'Harrison et St John (1998).

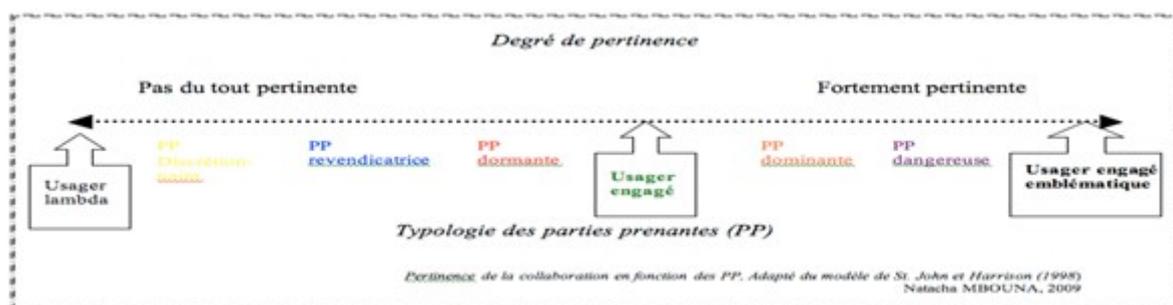
2.2. Les figures du pouvoir des usagers.

En combinant les différentes typologies de la partie prenante « usagers » avec les concepts de pouvoir développés par Dhal (1957) et Etzioni (1998), il faut se référer aux figures du pouvoir développées dans le chapitre 4 (tableau n°7) pour retenir que :

- L'usager lambda n'a pas de pouvoir. Il n'est pas une partie prenante utilitariste pour la gouvernance. Rappelons que ce pouvoir est défini par Etzioni (1998) comme capacité à agir, à influencer le comportement d'autrui.
- L'usager engagé gagnerait à développer son pouvoir utilitariste, car il bénéficie déjà du pouvoir normatif au sens d'Etzioni (1998), en tant qu'acteur de management. Pour cela, il lui faut continuer à marquer l'enjeu de sa présence et utiliser la formation comme moyen privilégié d'acquisition du savoir systémique.
- L'usager engagé emblématique est une partie prenante utile car son pouvoir lui donne la capacité d'être un levier de management. Détenant à la fois le pouvoir charismatique au sens de Dhal (1957, pouvoir moral), le pouvoir normatif au sens de Chaize (1992, par la loi), et la connaissance du système, savoir au sens de Etzioni (1998), cet usager est un acteur que la stratégie de l'organisation hospitalière doit prendre en compte dans son management.

Le pouvoir « utilitariste » des usagers conduit à l'intérêt de leur collaboration, et donc à l'opportunité de collaborer avec eux. En effet, une partie prenante ne devient pertinente que s'il est utile de collaborer avec elle. L'échelle de la pertinence à collaborer adaptée de St. John et Harrison (1998) nous permet de situer le degré de collaboration possible entre les usagers et les managers du système de santé. Ci-dessus notre proposition :

Schéma n° 18 : Opportunités de collaboration avec les usagers.



On voit à travers ce schéma que l'intérêt à collaborer et donc à prendre en compte varie au rythme de la diversité des figures des usagers dans le système de santé.

Synthèse de la section 2

La diversité des RU comme limite du pouvoir des usagers

Au terme de notre analyse, nous pouvons tenter de répondre à la question de Freeman (1984) et de Mitchell et alii. (1997) : « *who and what really counts ?* », en l'occurrence quelle est la capacité des usagers à compter dans la gouvernance du système de santé.

Pour y répondre, nous faisons d'abord les remarques suivantes. Il en ressort de la combinaison entre la typologie de Mitchell et alii. (1997), les conceptions du pouvoir et les opportunités de collaboration que trois types de collaboration sont possibles dans le cadre de la participation à la gouvernance du système de santé :

- Une participation inexistante et donc nulle, c'est la « non participation » sous-entendue par le type « non partie prenante ».
- Une participation en construction mais faible, c'est la « participation faible » traduite par le type « partie prenante dépendante ».
- Une participation effective, c'est la « participation forte » traduite par le type « partie prenante définitive ».

Nos conclusions au terme de cette confrontation entre les théories et les faits sont que deux conséquences de la diversité de la partie prenante « usagers » apparaissent :

- Ils sont trop variables pour être fort collectivement. Globalement leur collaboration n'est pas opportune sauf dans le cas des usagers emblématiques ou leaders charismatiques.
- Ces leaders sont forts individuellement mais c'est un système qui n'est pas pérenne comme pour tout pouvoir *intuitue personae*.

A la question « *what counts* », nous pouvons avancer que la clé est le critère pouvoir, qui malheureusement crée une diversité d'usagers face à l'enjeu de gouvernance.

A la question « *who counts* », force est de reconnaître que seul l'utilisateur emblématique peut s'imposer au détriment du pouvoir collectif.

De ces conclusions, un enjeu se dessine, non pas de répondre à la pénurie des représentants pas la diminution des lieux de représentation comme cela a été suggéré³⁷⁰, mais de construire

³⁷⁰ Dossier « Associations et représentation des usagers », coordonné par Caniard E. et Ghadi V., *Actualité et dossier en santé publique*, n°68, p.13-54, sept 2009.

le « collectif » comme partenaire au-delà de « l'individuel ». Dans ce sens, la formation est une clé cependant elle doit s'appuyer sur une appartenance idéologique commune au-delà des multiples logiques d'action.

Conclusion générale : Enjeux, apports et limites

« Un projet de recherche constitue un système permettant le passage d'une intention générale à des éléments de réponse »
Koenig, Conduite et présentation d'un projet de recherche, 2006,
in Gavard-Perret et alii.,2008.

1. Propos conclusifs

La finalité d'un travail de recherche aussi enrichissant qu'une thèse de doctorat s'inscrit dans le cadre d'une démarche scientifique codifiée par la discipline et nourrie par le chercheur. En sciences de gestion, ce qui est codifié définit le cadre de recherche, les critères de validité épistémologiques et méthodologiques. Ce qui est nourri répond à la fois à la cumulativité de la science par les apports à proposer notamment à la doctrine et/ou à la pratique managériale. Cependant, l'objectivité relative de la discipline doit s'accommoder de contraintes qui manifestant les limites de la recherche.

Notre recherche s'inscrit clairement dans cet esprit. C'est pourquoi nous vous proposons l'analyse *in situ* de cet esprit par l'analyse des apports et limites de notre travail de recherche. En termes d'apports, nous reviendrons sur l'ensemble de ses éléments novateurs. En termes de limites, nous relativiserons le caractère reproductible de notre analyse. Au préalable, nous revenons sur la réflexion que nous avons menée et ce qu'elle a induit comme résultats.

Le travail que nous avons réalisé durant ces années est parti, comme nous le précisons en chapitre introductif, du débat autour de la participation des usagers. D'ailleurs, depuis notre première immersion dans ce projet, la question n'a cessé de devenir cruciale.

D'abord tournée vers le rôle et la place des usagers dans le système de santé, ainsi que le montre l'ensemble des écrits emmenés par Etienne Caniard (1999) entre autres, cette question s'est ensuite orientée vers l'apport managérial de la participation des usagers. Les deux actes majeurs qu'ont été la consécration des usagers comme parties prenantes par la loi du 04 mars 2002 et la consolidation du pouvoir des usagers par la constitution en collectif d'usagers n'ont pas suffi à taire l'idée qu'ils n'étaient qu'un « alibi démocratique » à l'heure où la démocratie sanitaire devenait le mode de fonctionnement voulu et imposé par les institutions. C'est peut-être que finalement leur présence n'aura su ni rassurer ni convaincre les autres parties prenantes. N'ont-ils pas depuis leur intégration été un atout dans la définition des besoins ? N'ont-ils été des acteurs majeurs dans l'orientation des politiques ? Une seule réponse s'impose à ces questions, si. Il existerait donc d'autres éléments qui freinent l'adhésion massive à leur apport dans la gouvernance du système de santé. Si oui, quoi ? C'est cet enjeu de management qui a été au fondement de notre réflexion. Notre volonté de travailler sur ce thème a donc été inspirée par la demande sociale que constitue le débat sur la place des usagers.

La réflexion sur participation des usagers a imposé les notions de gouvernance et de parties prenantes dans notre recherche. C'est pourquoi nous avons entamé notre recherche par l'explicitation de ces concepts venus du monde de l'entreprise, en essayant au mieux de les faire interagir avec les particularités du système de santé français en recourant à des auteurs tels que Charreaux, Mordelet (2006) ou Fray (2009).

Le recours à différents niveaux, différentes problématiques, différents systèmes et différents enjeux du concept de gouvernance fait de lui un « concept-valise » qui demandait alors d'être cerné dans l'ensemble de nos positionnements.

En nous situant au niveau infra-hospitalier, nous avons entrepris d'expliquer de *quoi et de qui on parle* en matière de gouvernance en proposant une analyse autour des instances, acteurs et enjeux de la gouvernance hospitalière. Ce choix a été guidé par l'ordonnance du 02 mai 2005 qui est pour nous le point de départ de notre réflexion sur la gouvernance du système de santé. En effet, cette ordonnance marque le début de nos questionnements et se pose comme point de référence à notre travail. Nous avons pu constater que si la gouvernance est un « concept-valise », il traduit toujours l'organisation d'un système autour d'instances précises que sont le conseil d'administration et les conseils spécifiques. Nous avons également constaté que cette structure de la gouvernance se retrouve à l'hôpital avec quelques spécificités de fonctionnement. En effet, nous avons pu décrire la différence entre le conseil d'administration

de l'entreprise qui est souverain et le conseil d'administration de l'hôpital qui est encadré par la tutelle et le pouvoir médical. De même, les spécificités de l'institution, qui font de l'hôpital une organisation « composite » aux multiples « îlots bureaucratiques » et logiques de régulation et une institution « schizophrène » au pouvoir parcellaire, s'inscrivent comme une difficulté supplémentaire à son fonctionnement. L'intégration des usagers dans la gouvernance du système de santé intervient donc dans ce cadre spécifique.

Comme nous l'avons mentionné, l'évolution de l'intégration des usagers s'est inscrite dans une évolution parsemée de volonté politique, de coups de pouce juridiques et de velléités revendicatrices sur fond de scandales sanitaires. Parce que cette évolution a été maintes fois traitée notamment dans les disciplines voisines que sont la sociologie et le droit, nous avons pris le parti de ne l'aborder qu'en termes de changement du rapport à la médecine et au système de santé. Il en résulte qu'en clamant la responsabilité médicale, le droit ouvre les brèches d'une désacralisation de la médecine qui se poursuivra avec la volonté politique.

Ces deux aspects que sont les spécificités de l'organisation publique et le mouvement d'émancipation des usagers constituent le cadre matériel de notre recherche en ce qu'ils sont compris comme éléments de différenciation de la gouvernance hospitalière et du rôle de partie prenante des usagers.

Après avoir expliqué de *quoi et de qui on parle*, en matière de gouvernance à l'hôpital, nous nous sommes mis en quête d'une définition appropriée de la gouvernance et du concept de partie prenante. La mobilisation des théories de la gouvernance d'entreprise a été notre voie d'entrée.

Depuis le début de ce travail de recherche, chaque année nous a apporté son lot de scandale financier sur fond de problèmes de gouvernance. « L'affaire Enron » de 2002 décrite comme un « exemple de gouvernance déplorable » n'aura pas servi de leçon. La gouvernance des entreprises est régulièrement médiatisée en termes de mauvaise gouvernance. La faillite de géants de la finance en 2006, 2008, 2009 traduit la permanence des enjeux de gouvernance. Dans ce cadre, nous sommes revenue sur la crise de gouvernance la plus médiatisée en Europe en 2007, « l'affaire EADS » qui confirme les enjeux de la gouvernance.

A travers une revue de littérature en chapitre 1, nous inscrivons notre analyse à la fois descriptive et critique sur les fondements, les enjeux et les approches de la gouvernance d'entreprise comme clé de compréhension du concept de gouvernance. Nous retiendrons de cette partie que la gouvernance remonte aussi loin que le commerce et qu'elle peut être appréhendée selon des approches différentes.

Parler de gouvernance c'est également aborder le gouvernement des entreprises. Contrairement à Roland Pérez et Kimon Valaskakis, de nombreux auteurs se positionnent dans la confusion des deux termes. Pour nous l'explication est que la distinction n'est en soi pas fondamentale pour comprendre le concept de gouvernance. En effet, le concept est en lui-même multiple et unique au point qu'il nous rappelle « *l'unitas multiplex* » d'Edgar Morin. En effet, le concept de gouvernance se traduit par des définitions multiples d'Edgar Morin qui le qualifie de « *management du management* » à Gérard Charreaux qui l'inscrit dans la délimitation et l'encadrement du pouvoir des dirigeants. Cependant, l'ensemble des visions de la gouvernance s'attache à réguler le monde des affaires, réguler le fonctionnement des organisations, réguler les pouvoirs dans l'organisation en structurant les *shareholders* et les *stakeholders*. Réguler pour construire une bonne gouvernance.

Afin de remplir cet enjeu unique de régulation, différentes approches toutes fondées sur les travaux précurseurs de Berle et Means et ancrées sur la théorie des droits de propriété d'Alchian et Demsetz constituent les théories de la gouvernance. L'analyse des théories telles que la théorie de l'agence où la relation principal/agent est fondatrice, la théorie des coûts de transaction, la théorie des contrats incomplets avec la notion d'asymétrie de l'information ainsi que de la théorie des parties prenantes ont permis de comprendre les cadres théoriques de la gouvernance d'entreprise et les enjeux qui le sous-tendaient. De même, l'analyse des trois approches de la gouvernance autour de la notion de « *nœud de contrats* » nous ont permis finalement construire l'évolution de ce « *nœud de contrats* » dans l'approche actionnariale vers un « *nœud d'investissements* » prôné par l'approche partenariale puis vers un « *nœud de processus décisionnels* » engendrée par la démarche cognitive. De ces approches, nous retenons que la rente organisationnelle est fonction de l'approche de la gouvernance et que celle-ci peut se construire au-delà des actionnaires. Il n'est donc plus nécessaire au manager de ne se concentrer que sur le seul intérêt de l'actionnaire, mais de se préoccuper également des autres parties parce qu'elles supportent le risque résiduel au même titre que l'actionnaire en apportant l'investissement en compétences par exemple. En ce sens, l'ensemble des acteurs constitue les parties prenantes.

Cette conception de risque résiduel partagé s'inscrit comme base de la théorie des parties prenantes et s'articule clairement dans notre démarche de recherche dont le fondement est l'apport managérial des usagers en tant que parties prenantes. Parce que les usagers sont des parties prenantes, la réflexion que nous menions sur les enjeux de leur participation se devait de rechercher dans la théorie des parties prenantes des éléments de décodage. C'est ainsi que

nous avons mené un travail autour du concept de partie prenante et les théories qui l'encadrent.

Notre analyse du concept de partie prenante nous a fait remonter à Freeman en 1984 qui le définit comme une partie affectant ou affecté par le système c'est-à-dire une partie qui décide ou qui subit la décision. Sur la base de cette définition, différentes taxinomies des parties prenantes se sont développées, qui engendraient les distinctions entre parties prenantes primaires et secondaires, économiques et non économiques, influentes et non influentes, etc. L'enjeu de notre réflexion nous a conduit à opter pour une classification caractérisant les parties prenantes selon le critère de l'influence.

Nous avons alors réalisé que la classification selon le critère de l'influence, de l'ascendance sur les décisions, non pas au sens de degré de menace développé par Savage et alii. en 1991 mais au sens de Mitchell et alii. qui décrivent en 1997 trois attributs caractéristiques du degré d'influence d'une partie prenante. Ils inscrivent ainsi la typologie de Mitchell comme mode de classification des parties prenantes et de détermination de l'influence d'une partie prenante. L'intérêt de la typologie de Mitchell se manifeste pour nous dans la volonté d'analyser la participation des usagers en tant que partie prenante au sein d'une organisation à la gouvernance spécifique. En effet, comme nous le décrivions, la gouvernance du système de santé et particulièrement de l'hôpital confrontent des bureaucraties et des logiques d'actions parallèles sinon contradictoires. L'intégration des usagers dans cette gouvernance constitue un bouleversement en théorie avec la reconnaissance de ceux-ci comme *stakeholders affectants*, donc décideurs, et en pratique sous l'intrusion de la logique consumériste. Passant d'objets passifs à sujets actifs, peuvent-ils être considérés comme « trouble-fête » dans une organisation déjà complexe ? A considérer que oui, comment, dans quel sens, dans un sens positif ou négatif ? Ont-ils un rôle décisif ou sont-ils simplement portés comme « alibi démocratique » ? En somme, notre problématique consiste à questionner l'effectivité de leur participation.

Pour répondre à cette problématique, nous aurions pu faire le choix de mesurer l'effectivité de la participation des usagers, cependant, nous l'avons écarté, non pas qu'elle constitue un enjeu moindre mais parce que nous n'en avons pas les outils. C'est donc sur le questionnement de leur participation que nous avons orienté notre réflexion. De constats en théories, de théories en enjeux, nous avons traduit notre problématique sur la base de la caractérisation d'une partie prenante, à travers le *qui* et le *pourquoi*. En résumé, il s'agissait de s'interroger sur la nature de partie prenante.

L'analyse de la participation des usagers au prisme de la typologie de Mitchell et alli. (1997) revenait alors à analyser les attributs des usagers, sur la base des trois attributs que sont la légitimité, l'urgence et le pouvoir, pour théoriser leur influence et par ricochet l'effectivité de leur participation. Les évolutions sociologique et juridique, largement débattues par la doctrine, nous ont conduit à considérer comme acquis les attributs de légitimité et d'urgence. Il nous restait donc à nous prononcer sur l'attribut de pouvoir.

Nos quatre terrains de recherche, mobilisés dans le cadre méthodologique de la réutilisation des données qualitatives avaient pour objet d'analyser le pouvoir des usagers en faisant appel aux conceptions du pouvoir de Robert Dahl (1957), qui le structure autour de quatre sources, et d'Amitai Etzioni (1998), qui le structure autour de trois manifestations. De ces choix conceptuels, nous avons dégagé quatre propositions d'analyse autour de deux sources de pouvoir, le savoir et l'expertise, qui ont été observés sur les résultats des quatre études.

Les quatre terrains, que nous décrivons en chapitre 4, ont la particularité de positionner notre analyse à la fois au niveau national avec l'étude DGS 05-06 et au niveau régional avec l'étude Cruq 06-07 tout en permettant un regard à la fois des institutions et des associations d'usagers, instances dédiées des représentants d'usagers.

D'un point de vue épistémologique, ces terrains du fait de leur caractère d'appels d'offres ont inscrit la réflexion dans une approche constructiviste traduite par la démarche interventionniste réalisée auprès des établissements de santé. En effet, nous avons eu à co-construire avec les professionnels des outils de management dans leur analyse du respect des droits des usagers au niveau national et local. Nous avons également construit avec les associations d'usagers leur analyse du respect des droits des usagers. Suite à ces travaux, des éléments d'analyse primaire se sont dégagés que nous avons réinterprété dans le cadre de notre analyse secondaire selon les principes de la réutilisation des données qualitatives.

Les résultats secondaires fournis ont mis l'accent sur le droit à l'information et la quête d'information comme indicateurs du manque d'information. En effet, les nombreux efforts réalisés par les autorités sur la mise en place de dispositifs construits autour du droit à l'information ou à l'accès au dossier médical de même que l'activisme des usagers autour de cet enjeu démontrent des limites de celui-ci. Cela nous a donc conduit à penser que finalement les usagers manquent d'information, et par conséquent ont un savoir faible, insuffisant, limité.

L'autre versant du pouvoir des usagers a été analysé par rapport à la question de l'expertise comme source de pouvoir. A cet effet, les résultats nous montrent qu'il y a une évolution certaine de la reconnaissance de l'expertise d'usage mais que celle-ci se trouve confrontée à la

pénurie de représentants et aux ambiguïtés de la pratique des représentants des usagers. Ces deux faits sont en réalité liés car la pénurie des représentants crée une participation double à la fois aux instances exécutives et aux instances consultatives. Ce double positionnement que nous avons qualifié de « double casquette » ainsi que le qualifie la science administrative a engendré une représentation et une participation « bifrons », contradictoire et inscrite dans le mythe de *janus bifrons*. Le problème ici est que cette logique contradictoire crée une remise en question de l'expertise des usagers face aux professionnels. Et dès le moment où leur expertise entretient le doute, leur degré d'influence s'en trouve limité.

Ces résultats ont cependant été relativisés par des observations concernant la pratique des représentants des usagers. En effet, nous avons remarqué que nous avons, dans cette catégorie, différents types de représentants certains influents, donc au pouvoir incontesté, et la majorité peu ou pas influents. Nous avons ainsi eu recours à la typologie de Mitchell pour traduire cette diversité de représentants d'usagers.

La confrontation de nos résultats au cadre théorique de la typologie de Mitchell combiné aux conceptions du pouvoir de Robert Dahl et d'Amitai Etzioni a ainsi permis de distinguer trois types de représentants d'usagers, et de répondre à la question de la caractérisation des usagers du système de santé :

- Un usager lambda dépourvu de pouvoir
- Un usager engagé au pouvoir discutable
- Un usager emblématique au pouvoir assis

Pour conclure notre réflexion sur l'effectivité de la participation des usagers au système de santé, nous avons ensuite soumis ces premières conclusions qui caractérisent les usagers au cadre théorique de St. John et Harrison pour déterminer l'opportunité de collaborer, qui comme nous le décrivions en chapitre 2 donne une clé d'analyse du degré d'influence d'une partie prenante. Il en ressort que l'opportunité de collaborer varie en fonction du type d'usagers en présence, en fonction de la catégorie de représentants en présence. Ainsi, il paraît opportun de collaborer avec l'usager emblématique et de lui accorder un pouvoir, une influence que de collaborer avec un usager lambda dont l'utilité à optimiser la décision n'est pas considérée.

2. Apports de la thèse

Le caractère pionnier de la recherche : La théorie des parties prenantes en santé,

la typologie de MITCHELL et alli. revisitée

Au cours de notre réflexion, des éléments théoriques, méthodologiques ou analytiques ont pu apparaître à la fois comme clé d'analyse ou freins. Chemin faisant nous avons également eu à produire notre thèse sur la compréhension d'un concept, d'une méthode ou d'une pratique. Ces éléments sont rappelés dans les développements suivants.

Les apports de notre recherche s'insèrent dans les enjeux soulevés en introduction et portant sur l'intérêt de la réflexion sur la gouvernance avec les usagers comme parties prenantes. Ces enjeux sont à la fois ceux des sciences de gestion en tant que doctrine des parties prenantes et ceux du système de santé en tant qu'organisation complexe et financièrement instable à la recherche d'un agencement optimal de ses ressources.

Le recours à la théorie de la gouvernance pour décoder la gouvernance des organisations publiques a été progressivement utilisé notamment sous l'impulsion de la conception de la gouvernance de Charreaux. En effet, Gérard Charreaux explique que la gouvernance peut s'appliquer aux organisations privées et publiques. Il précise cependant que l'approche actionnariale ne sied qu'au système anglo-saxon et que l'approche partenariale convient, entre autres, aux organisations publiques. Dans ce cadre, la théorie des parties prenantes a été mobilisée pour expliquer les relations des entreprises lucratives avec leurs parties prenantes devenant la théorie dominante avec la responsabilité sociale des entreprises. Ces travaux se sont ouverts aux parties prenantes non lucratives, comme les associations pour l'environnement. Ce n'est donc pas sur le recours à la théorie des parties prenantes que se situe notre apport.

Nos principaux apports théoriques se situent dans l'exploitation de la théorie des parties prenantes pour expliquer les relations entre l'hôpital et ses partenaires et clairement sur le recours à la typologie de Mitchell comme cadre.

Si de nombreux auteurs parmi lesquels Anne Bartoli ou Patrick Mordelet ont appréhendé cette relation à travers les théories de la gouvernance, leur analyse n'a pas été construite autour du rôle des usagers en tant que parties prenantes. Par ailleurs, les travaux sur les usagers des services publics comme parties prenantes n'ont pas questionné la nature de partie prenante ni l'effectivité de leur participation. Enfin, la science de gestion a, semble-t-il, laissé

aux disciplines annexes que sont la sociologie, la science politique et le droit, le soin de traiter de la participation des usagers en tant que mode émergent du fonctionnement des organisations dans le cadre de la démocratie participative.

Notre propos se distingue, premièrement, sur le recours à la théorie des parties prenantes pour clarifier les relations que l'hôpital entretient avec les usagers dans leur rôle de parties prenantes, avec comme enjeu la caractérisation de celles-ci. Il participe ainsi à la définition des parties prenantes dans les organisations publiques et à la compréhension du rôle des usagers dans la gouvernance du système de santé. Cet apport théorique s'inscrit dans la compréhension en sciences de gestion de la définition des parties prenantes dans le secteur non lucratif. En ce sens, la réflexion revêt le caractère de recherche pionnière en ce qui concerne l'analyse des usagers du système de santé comme parties prenantes.

Notre propos se distingue, deuxièmement, par l'appropriation de la typologie de Mitchell et al. comme cadre d'analyse de la définition des parties prenantes à l'hôpital. A travers la confrontation de cette théorie à la pratique de la représentation, nous avons soulevés des questions sur son adéquation. Bien qu'elle soit reconnue comme une classification dynamique dans le temps, nous avons remis en question son utilisation pour expliquer les figures multiples et donc son dynamisme spatial. En résumé, la typologie de Mitchell a été revisitée en ce qu'elle est dynamique dans le temps mais statique dans l'espace. Cet apport constitue également un enjeu théorique pour les sciences de gestion dans la mesure où il revient sur l'idée figée qu'une partie prenante est unique à l'instant t .

Notre propos se distingue troisièmement par le recours au cadre méthodologique de la réutilisation des données qualitatives (RDQ) pourtant timidement admis dans les sciences des gestions. Ce choix a notamment suscité l'intérêt de la ré-exploitation de nombreux travaux constructivistes réalisées au Graphos. La réflexion autour de la légitimation épistémologique et méthodologique de cette démarche a permis de concevoir l'analyse secondaire des travaux issus d'appels d'offre dans le cadre de la RDQ.

Notre propos se distingue, enfin, par la conception d'une typologie variable des parties prenantes. Cet apport conceptuel décrit trois types de participation des usagers du système de santé. Ainsi, la question du pouvoir des usagers ne peut s'appréhender qu'au regard de cette considération. De même, une réponse unique ne peut être apportée à la question de l'effectivité de la participation des usagers. Elle s'inscrit obligatoirement dans la distinction entre les différentes variantes de la partie prenante « usagers ».

3. Limites et perspectives de la thèse

Notre propos a également été contraint par des limites. Ces limites tiennent notamment à la particularité de la réflexion. En effet, le caractère pionnier en sciences de gestion de la recherche sur la définition des parties prenantes dans le secteur sanitaire nous a confronté à innover dans la structuration de notre analyse notamment en recourant à des combinaisons conceptuelles. Si cette approche a été innovante, elle recouvre cependant des limites quant à sa légitimation théorique.

Par ailleurs, la clarification de la nature des usagers du système de santé comme parties prenantes a eu recours à des concepts flous tels que le pouvoir ou le degré d'influence dont les délimitations théoriques ne sont pas simples. Cette limitation a été ressentie au départ de nos travaux, ce qui nous a conduit à questionner la participation des usagers au lieu de la mesurer. Enfin, la construction récente et progressive de la participation des usagers a été représentée deux limites : un manque de recul sur cette participation et l'effet-chantier comme limite à une réflexion sur la mesure de l'effectivité de la participation. Cet enjeu aurait été plus intéressant en termes de management stratégique.

Constituant pour nous un élément essentiel, la mesure de la participation des usagers a continué à accompagner notre réflexion. Nous avons dans ce but construit un questionnaire qui pourrait servir à aller dans le sens de la mesure de la participation des usagers, en posant au rang de postulat, la diversité des types d'usagers dans la gouvernance du système de santé. En effet, nous considérons le projet ainsi achevé comme le début d'une démarche dont la finalité recherchée serait la mesure de l'effectivité de la participation des usagers. Ce projet pourrait être l'objet de recherches futures.

Au titre de mot de la fin, nous souhaitons revenir sur la relativité des recherches en sciences de gestion, en considérant avec Von Glaserferld (1998) que :

« L'activité... de connaître ne mène jamais à une image du monde qui soit certaine et vraie, mais seulement à une interprétation conjecturale »,
(Von Glaserfeld, 1998 : 4).

Le voyage à *Itaque* est alors une évidence...

Bibliographie

(2004), *Dictionnaire des politiques publiques*, Science Po Les presses, Paris.

ALAIN (1985), *Propos sur les pouvoirs*, Gallimard, Folio, Essais, 1985, pp. 192-265.

ALBERTINI J.-M., SILEM A. (2001), *Comprendre les théories économiques, Petit guide des grands courants*, 3^e édition, Seuil, Paris, pp. 9-81 (644p).

ALBERTINI L. (2009), « Associations et participation des usagers du système de santé », *Actualité et Dossier en Santé Publique* n°68, pp.14-17.

ALCHIAN A., DEMSETZ H. (1972), « Production, Information, Costs and Economic Organization », *American Economic Review*, vol. 62-5, pp.777-795.

AMBLAND H., BERNOUX P., HERREROS G., LIVIAN J-F. (1996), *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Seuil, Paris, 144p.

AMOUREOUS C. (2004), *Que faire à l'hôpital ?*, L'Harmattan, Paris, 369p.

ANKRI J., HENRARD JC. (1996), *Systèmes et Politiques de santé*, Editions ENSP, 223p.

AUBERT I., FLÜGEL O., (2007), « Procéduralisme et politique délibérative, la philosophie politique de Jürgen Habermas », *Philonsorbonne* n°2, août, pp.31-45.

AUBY J.-M. (1976), « La responsabilité médicale en France (aspects de droit public) », *Revue internationale de droit comparé* n°3, vol.28, pp.511-529.

AUDOUIN L., ORLEWSKI M. (2000), *Du patient au client. L'art de fidéliser la clientèle médicale*, MMI Editions, 149p.

AUTRET J. (2002), *Le monde des personnels de l'hôpital : ce que soigner veut dire...*, Editions de l'Harmattan, Paris, 237p.

BACQUE M.-H. (2005), « L'intraduisible notion d'empowerment vue au fil des politiques urbaines américaines », *Territoires* n°460, pp.32-35.

BARBERYE R. (2003), « La crise de l'hôpital public », *Revue Hospitalière de France*, n°495, novembre-décembre, pp. 36-43.

BARBOT J. (2002), *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du Sida*, Balland, coll. « Voix et regards », 307p.

BARTOLI A. (2002), *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, Paris, 300p.

BEJEAN S., GADREAU M. (1992), « Nouvelles approches théoriques des organisations publiques : leurs implications pour la politique hospitalière », *Politique et management public*, vol.3, n° 10, pp. 23-35.

BERGERON P., TURGEON J. (2003), « La santé malade de son système, trente ans de thérapies », *Télescope vol.10, n°2*, mars, pp.18-23.

BERTRAND A., BURNIER J-P. (2003), « Les leçons de la canicule », *Revue Hospitalière de France*, n° 494, septembre-octobre, pp.44-45.

BONNAFOUS-BOUCHER M., MARTINET A-C., MERCIER S., MESURE H. (2005), « La théorie des parties prenantes au centre du management stratégique. Vers un programme de recherche », XIV^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, Angers, 16p, <http://www.strategie-aims.com>.

BONNAFOUS-BOUCHER Maria, PESQUEUX Yvon, (2006), *Décider avec les parties prenantes, Approches d'une nouvelle société civile*, La Découverte, Paris, 268p.

BOUGLET J. (2005), « La gestion des attentes comme contribution à la théorie des parties prenantes », XIV^{ème} Conférence Internationale de Management Stratégique, Angers, 2p, <http://www.strategie-aims.com>.

BOUMENDIL A., HANSLIK T., GARCIA A., DORLEANS Y. et alii. (2003), « Enquête du réseau sentinelles sur les conséquences sanitaires liées à la canicule de l'été 2003 en France », Inserm, Faculté de Médecine Saint-Antoine.

BOY D., (2003), « l'expert citoyen, le citoyen expert », *Cahiers français*, dossier « les nouvelles dimensions de la citoyenneté », n° 316, sept -oct 2003, pp.20-24.

BRACHET P., NIQUET A., « Santé publique, service public : le rôle du malade-usager-citoyen », <http://www.globenet.org>.

BREMOND M., CLAVERANNE JP., TEIL A. (2000), « Organisation, décision et financement du système de soins », *Actualité et dossier en santé publique n°33*, décembre, pp. 19-20.

BRÜCKER G., CANIARD E. (1999), « Etats généraux de la santé : une démarche innovante pour plus de démocratie sanitaire », *Actualité et dossier en santé publique n°27*, Juin, pp.6-9.

BRUNETIERE J.-R. (2005), « Comment donner la parole au « client-citoyen ? », dossier « Qu'est-ce qu'un « bon gouvernement ? », *Sociétal* n° 47, pp. 92-95.

BUBIEN Y., NERBARD G. (2004), « L'exception sanitaire française », *Revue Hospitalière de France* n°500, septembre-octobre, pp.26-36.

BUDET J.-M. (2003), « Les clés de la gouvernance hospitalière », *Gestions hospitalières* n°430, novembre, cahier 181, pp.708-731.

BURLONE N., GIROUX D. (2006), « La part de l'intérêt public dans le bien commun », *Revue Gouvernance*, vol.2, n°2, janvier, 50p, <http://www.revuegouvernance.ca>.

CAILLET R., CRIE D. (2004), « Organisation par pôles de l'hôpital public. Réflexions pour l'hôpital 2007 », *Gestions Hospitalières* n°439, octobre, pp. 596-602.

CAILLET R., LEJEUNE H. (2009), « Les acteurs de la gouvernance hospitalière », *Regards sur l'actualité* n°352, La documentation française, juin-juillet, pp.6-8.

CALLU M.-F., (2000), « L'émergence d'un droit des patients. Ou comment se construit le droit ? », Colloque du 21 avril,. Groupement Scientifique Santé, IFROSS, Faculté de Droit, Université Jean Moulin Lyon 3, 15p.

CANIARD E. (1999), « Etats généraux de la santé : une démarche innovante pour plus de démocratie sanitaire », *Actualité et dossier en santé publique* n°27, juin, pp.6-9.

CANIARD E. (2000), « La place des usagers dans le système de santé », *Actualité et dossier en santé publique* n°31, juin, pp.12-14.

CANIARD E. (2000), « La place des usagers dans le système de santé : rapport et propositions du groupe de travail animé par Etienne Caniard », La documentation française, Paris, janvier, 63p.

CANIARD E., GHADI V. (2009), « Associations et représentation des usagers », *Actualité et dossier en santé publique* n° 68, septembre, p.13-54.

CAPRON M. (1999), « Grandes et petites manœuvres autour de l'éthique de l'entreprise », *cadres-CFDT* n°390, pp.41-46.

CAUVIN C., JOLY K. (2003), « La gouvernance : de l'entreprise à l'hôpital, Graph 2003 : les clés de la gouvernance hospitalière », Cahiers hospitaliers n° 181, *Gestions Hospitalières* n°430, novembre, pp. 709-712.

CHABAUD D., GERMAIN O. (2006), « La réutilisation des données qualitatives en sciences de gestion : un second choix ? », *M@n@gement*, vol.9, n°3, pp191-213.

CHAIZE J. (1992), *La porte du changement s'ouvre de l'intérieur, Les trois mutations de l'entreprise*, Edition Calmann-Levy, 258p.

CHARREAUX G. (1996), « Pour une véritable théorie de la latitude managériale et du gouvernement des entreprises », GRECO / LATEC, juin, 26p.

CHARREAUX G., DESBRIERES P. (1998), « Gouvernance des entreprises : valeur partenariale contre valeur actionnariale », *Finance, Contrôle, Stratégie*, vol.1, n°2, juin, pp.57-62.

CHARREAUX G. (2004), « Les grands auteurs en théorie des organisations : Michael JENSEN, la théorie positive de l'agence et ses applications à l'architecture et à la gouvernance des organisations », *Cahier du FARGO* n° 1041203, décembre, 33p.

CHARREAUX G. (2006), « Quelle théorie pour la gouvernance ? De la gouvernance actionnariale à la gouvernance cognitive », *Cahier du FARGO*, 25p.

CHARREAUX G., PITOL-BELIN JP. (1992), *Les théories des organisations, Encyclopédie du Management*, tome 2, Edition Vuibert, Paris, pp. 258-269.

CHARREAUX G., WIRTZ P. (2006), *Gouvernance des entreprises, Nouvelles perspectives*, Economica, Paris, 394p.

CHATELIN C., TREBUCQ S. (2003), « Stabilité et évolution du cadre conceptuel en gouvernance d'entreprise : un essai de synthèse », IX^e Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management, CREFIGE, Université Paris-Dauphine, mars.

CHAVIERE M., GODBOUT JT. (2004), *Les usagers entre marché et citoyenneté*, L'Harmattan, Logiques sociales, 332p.

CLAVERANNE J.-P. (2003), « L'hôpital en chantier : du ménagement au management », *Revue française de gestion*, vol.29, n° 146, septembre-octobre, pp.125-129.

CLAVERANNE J.-P., BREMOND M., TEIL A. (2000), « Organisation, décision et financement du système de soins », *Actualité et dossier en santé publique* n°33, décembre, pp. 19-20.

CLAVERANNE J.-P., LARRASQUET J.-M., et alii. (2008), « Consultance, recherche et responsabilité sociale. Quelques réflexions éthiques, épistémologiques et méthodologiques », *Revue internationale de projectique*, janvier, pp. 27-39.

CLAVERANNE J.-P., PASCAL C. (2004), *Repenser les processus à l'hôpital*, éditions Médica, Paris, 262p.

CLAVERANNE J.-P., VINOT D. (2004), « L'émergence des droits des patients dans le système de santé occidentaux : anciens problèmes et nouveaux défis », *Revue générale de droit médical*, n° 13, pp.17-25.

CLAVERANNE J.-P., VINOT D., ROUSSET G., MBOUNA N. et alii. (2006), « Respect des droits des usagers du système de santé : Outils pour l'élaboration du rapport annuel sur le respect des droits des usagers dans le cadre des conférences de santé », Graphos, 56p.

CLEMENT J.-M. (2004), *Réflexions pour l'hôpital : proximité, coopération, pouvoirs*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2004, 137p.

CLEMENT J.-M. (1995), *Les pouvoirs à l'hôpital*, Berger-Levrault, Paris, 191p.

Collectif inter associatif sur le système de santé (2008), *Guide du représentant des usagers*, 58p.

Collectif Interassociatif Sur la Santé (2008), *Guide Ciss du représentant des usagers du système de santé*, 3^e édition, 180p.

Collectif Interassociatif Sur la Santé en Rhône-Alpes, (2008), *Rapport d'activité*, 74p.

Commission de concertation sur les missions de l'hôpital (2007), « Rapport sur les missions de l'hôpital », (rapport Larcher), Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 102p.

Commission des affaires culturelles, familiales et sociales (2003), « Rapport d'information n°714 sur l'organisation interne de l'hôpital », (rapport Couanau), Assemblée Nationale, mars, 2003, 81p.

Commission des affaires culturelles, familiales et sociales (2008), « Rapport d'information n°697 en conclusion des travaux de la mission sur la création des agences régionales de santé », (rapport Bur), Assemblée nationale, février, 168p.

Conseil d'Analyse Economique (1999), « Rapport sur le système de santé », La Documentation française, Paris, 202p.

CONTANDRIOPOULOS A-P. (1999), « La régulation d'un système de soins sans murs », in CLAVERANNE JP., LARDY C., *La santé demain, vers un système de soins sans murs*, ed. Economica, pp. 87-102.

CORIAT P. (2009), « Le directeur, unique pilote... », *Regards sur l'actualité* n°352, La documentation française, juin-juillet, p.9.

COUELLE P. (2005), « Introduction aux méthodes qualitatives en sciences de gestion », cours du CEFAG- séminaire d'étude qualitatives 2005, 20p.

CRISTOFARI J.-J. (2010), « Le vrai pouvoir est dans les ARS », <http://www.pharmaceutiques.com>.

CROWLEY J. (2003), « Usages de la gouvernance et de la gouvernabilité », *Critique internationale* n°21, octobre, pp.52-61.

CULTRU C. (2004), « Patient ou consommateur ? », *Droit, Déontologie et Soins* n° 1, vol. 4, mars 2004, pp. 34-56.

DAMAK-AYADI S., PESQUEUX Y. (2005), « Stakeholder Theory in perspective », *Corporate governance*, vol. 5, n°2, pp.5-21.

DAVID A., HATCHUEL A., LAUFER R. (2002), *Les Nouvelles fondations des sciences de gestion, Eléments d'épistémologie de la recherche en management*, Edition Vuibert, FNEGE 2002, 216p.

DEMSETZ H. (2005), la relation d'agence, revue électronique Confiance et gouvernance : des recherches et des analyses sur la gouvernance d'entreprise, 06 mars, 5p, <http://gouvernance.canalblog.com>.

DHAL R. (1957), « The Concept of Power », *Behavioral Science*, 2, pp.201-215.

- DJELIC M-L., ZARLOWSKI P., « Entreprises et gouvernance en France : perspectives historiques et évolutions récentes », *Revue Sociologie du travail*, octobre-décembre 2005, vol.47, n°4, pp.451-469.
- DONALDSON T., PRESTON L. (1995), « The Stakeholder Theory of the Corporation : Concepts, Evidence, and Implications », *Academy of Management Review*, Vol.20, n° 1, pp.65-91.
- ESPER C. (2004), « La nouvelle gouvernance des hôpitaux publics : un texte entre continuité et modernité, encadrement et liberté », *Gestions Hospitalières*, n°439, octobre, pp.603-606.
- ESPER C. (2005), « La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? A propos des ordonnances des 2 mai et 1^{er} septembre 2005 », *Revue de droit sanitaire et social* n°5, septembre, pp.766-778.
- ETZIONI A. (1998), « A communication Note on Stakeholder Theory », *Business Ethics Quarterly*, vol. 8, issue 4, pp.679-691.
- EVIN C. (2002), *Les droits des usagers du système de santé*, Berger-Levrault, coll. "Les indispensables", 575p.
- FAINZANG S. (2006), *La relation médecins- malades : Information et Mensonge*, PUF, 159p.
- FAUQUE N.-R. (2009), « La nouvelle gouvernance hospitalière », *Les cahiers hospitaliers* n°260, Berger-Levrault, octobre, p.11-14.
- FAYN M-G. (2005), *La société du soin, Les nouvelles attentes du consommateur*, Editions Frison-Roche, Paris, 260p.
- FELY J. (2001), « La réforme de l'Etat », *ceras*, Marché, acteurs et règles du jeu, n° 266, été, *La Revue Projet*, publications. <http://www.ceras-projet.com>.
- FERRERO G. (1988), *Pouvoir : les génies invisibles de la cité*, Le livre de poche, biblio, essais, 315p.
- FRASELLE N. (1996), *Du patient au consommateur, construction d'un combat social*, éditions Académia, 1996, 228p.

FRAY A.-M. (2009), « Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur le secteur », *Revue management et avenir* n°28, août, pp. 142-159.

FREEMAN E.R, (1984), *Strategic Management : A stakeholder approach*, Pitman, Boston.

FREEMAN, R.E., WICKS A., PARMAR, B. (2004), « Stakeholder Theory and The corporate Objective Revisited », *Organization Science*, May/June, Vol.15 Issue 3, p364-369.

FURBOTN E.G., PEJOVICH S. (1972), "Property rights and Economic Theory: A Survey of Recent Litterature", *Journal of Economic Litterature*, pp.1137-1162.

GAVARD-PERRET M.-L., GOTTELAND D. et alii. (2008), *Méthodologie de la thèse, réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Edition Pearson Education, 383p.

GOMEZ P.-Y. (2001), *La république des actionnaires : le gouvernement d'entreprise entre démocratie et démagogie*, éditions SYROS Alternatives Economiques, Paris, 217p.

GOT C. (2002), « La représentation institutionnelle des usagers à l'hôpital : introduction ou intrusion ? », *Actualités JuriSanté* n°38, octobre.

GRANJOU C. (2003), « Note de recherche sur l'expertise scientifique à destination politique », *Cahiers internationaux de sociologie* CXIV, pp.175-183.

HARRISON S.J., ST JOHN C.H. (1998), « Strategic Management of Organizations and Stakeholders, Concepts », South Western College Publishing, 2^e édition.

HENRIQUES I., SARDOSKY P. (1999), « The Relationship between environmental commitment and managérial importance of stakeholder importance », *Academy Management Journal*, vol. 42, pp.97-99.

JAAFAR D. (2005), « la nouvelle architecture institutionnelle née des ordonnances sur la gouvernance de l'hôpital : de nouveaux pouvoirs ? », *JuriSanté* n°51, octobre 2005, pp.7-14.

JARNIAS S. (2006), « Gestion des compétences et restructuration : une analyse contextualiste du redéploiement des chefs d'établissement à la Poste », Thèse de

doctorat s/dir de Defélix, Ecole doctorale de sciences de gestion, Université de Grenoble 2, 433p.

JENSEN M., MECKLING W. (1976), « Theory of The firm : Managerial behaviour, Agency costs and Ownership Structure », *Journal of Financial Economics*, vol.3, pp.305-360.

JIMENEZ A. M. (2004). « La pertinence de la perspective des intéressés dans la gestion stratégique des ressources humaines (GSRH) : leçons d'une étude de cas. », Actes de colloque du XVème Conférence de l'AGRH à Montréal, septembre 1-3, pages 401-424.

JOLLY C., JOLLY D. (1993), *Malade ou client ?*, Editions Economica, 164p.

JONES T.M. (1995), « Instrumental stakeholder Theory : A synthesis of Ethics and Economics », *Academy of Management Review*, vol.20, n°2, pp.404-437.

JOURJON Y. (2001), « Emergence de la démocratie sanitaire dans le système de santé en France. Quelles perspectives ? », Actes du colloque Chabrol, Lyon, Octobre, [Y:/jourjon/word/colloque des 25 ans/actes du colloque chabrol.doc-2.](#)

JOUVENEL B. (1998), *Du pouvoir, histoire de sa croissance*, Hachette Littératures, 607p.

JUAN T. (2003), Les associations d'usagers et le service public hospitalier, Thèse de doctorat en droit, Université d'Aix-Marseille III,

JUVIN H. (2005), « La gouvernance, piège pour les organisations ? », *L'expansion Management Review* n°116, mars, pp.63-69.

KENNEDY C. (2003), *Toutes les théories du management. Les idées essentielles des auteurs les plus fréquemment cités*, Ed. Maxima (Laurent du Mesnil), 362p.

KERVASDOUE J., PELLET R. (2006), *Carnet de santé de la France 2006*, Dunod, Paris, 273p.

KERVASDOUE J.(2004), *L'hôpital, Que sais-je ?*, PUF, Paris, 127p.

KOENIG G. (1999), *De nouvelles Théories pour gérer l'entreprise du XXIè siècle*, Economica, Paris, 255p.

KHUN T. (1972), *La structure des révolutions scientifiques*, Flammarion, Paris.

- LASCOUMES P. (2001), « Les usagers, acteurs du système de santé ? », *Informations sociales* n°90/91, pp.86-95.
- Le PEN C. (2009), « Patient » ou « Personne malade » ? Les nouvelles figures du consommateur de soins, *Revue économique*, vol.60, n°2, mars, pp. 257-272.
- LETEURTRE H., MALLEA P. (2005), *Performance et gouvernance hospitalières*, Berger-levrault, Les indispensables, Paris, juin, 256p.
- LETOURMY A. (2009), « La participation des usagers, ou la démocratie sanitaire en marche », *Actualité et dossier en santé publique* n°68, septembre, p.2.
- LIMPENS J.-M. (2003), « La gestion d'un hôpital sous l'angle de la *corporate governance* », Graph 2003 : les clés de la gouvernance hospitalière, Cahiers hospitaliers n°181, *Gestions Hospitalières* n°430, novembre, pp.708-731.
- LOUART P. (1997), « Structures organisationnelles : vers un continuum public-privé », *Revue française de gestion*, numéro spécial Public Privé, n°115, septembre-octobre, pp.14-25.
- MAATI J. (1999), *Le gouvernement d'entreprise*, éditions De Boeck Université, Bruxelles, 293p.
- MATHY C. (2000), *La régulation hospitalière*, Editions Medica, Paris, 282p.
- MARTINET A.-C. (1990), *Epistémologie et sciences de gestion*, Economica, Paris.
- McKEE M., HEALY J., (2000) Le rôle de l'hôpital dans un environnement en mutation, *Bulletion de l'Organisation Mondiale de la Santé, Recueil d'articles* n°3, pp.176-183.
- MERCIER S. (1999), *L'éthique dans les entreprises*, La découverte, Paris, 123p.
- MERCIER S. (2001), « L'apport de la théorie des parties prenantes au management stratégique : une synthèse de la littérature », Xième Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique, juin, 24p.
- MERCIER S. (2006), « La théorie des parties prenantes : une synthèse de la littérature », in BONNAFOUS-BOUCHER M. et PESQUEUX Y., *Décider avec les parties prenantes, approches d'une nouvelle théorie de la société civile*, pp.157-172.

- MINTZBERG H. (1984), *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions d'Organisation, Paris, 544p.
- MINTZBERG H. (1990), *Le management : voyage au centre des organisations*, Les éditions d'Organisation, Paris, 1990, 570p.
- MITCHELL R. K., AGLE B. R., WOOD. D. J. (1997), « Toward a Theory of Stakeholder Identification and Saliency: Defining the Principle of Who and What Really Counts », *Academic Management Review*, vol. 22, n° 4, p. 853-886.
- MOISDON J.-C. (2008), « Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : Un chaînon manquant ? », *Pratiques et organisation des soins* volume 39 numéro 3, juillet-septembre, p. 175-181.
- MOQUET-ANGER M-L. (1998), *De l'hôpital à l'établissement de santé*, L'Harmattan, Logiques juridiques, Paris, 477p.
- MORDELET P. (2006), *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, éditions ENSP, Rennes, 368p.
- MOUMJID N., NGUYEN F., BREMOND A., et alii. (2008), « Préférences des patients et prise de décision : état des lieux et retour d'expérience en cancérologie », *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, Dossier « l'implication de l'utilisateur », Actes de la 7^{ème} Journée de recherche de la HAS du 21 nov 2006 (Paris), n° 3, vol. 56, juillet, pp. 231-238.
- NABARETTE H. (2000), « Les services Internet orientés vers les patients : vers de nouvelles relations d'agence en santé », <http://www-eco.enst.bretagne.fr> .
- NABARETTE H. (2008), « Nobel d'économie et asymétries d'information en santé », <http://www.medicost.org> .
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, www.legifrance.gouv.fr .
- PARRAT F. (2003), *Le gouvernement d'entreprise*, Dunod, 126p.
- PAYE O. (2005), « La gouvernance, d'une notion polysémique à un concept politologique », *Revue Etudes internationales*, volume XXXVI, n° 1, mars, pp.13-40.
- PEREZ R. (2003), *La gouvernance de l'entreprise*, éd. La Découverte, coll. Repères, Paris, 124p.

PERRET V., SEVILLE M. (2007), « Fondements épistémologiques de la recherche », pp.13-33, in THIETART R-A 2007, *Méthodes de recherche en management*, Dunod, pp.13-33.

PESQUEUX Y. (2002), *Organisations : modèles et représentations*, PUF, 396p.

PIERRU F. (1999), « L'hôpital-entreprise, une *self-fulfilling prophecy* avortée », *Politix* n° 46, *Revue des sciences sociales du politique*, Editions de l'Harmattan, Paris, pp. 7-47.

PIOVESAN D. (2003), *Les restructurations des cliniques privées, adaptations, évolution ou métamorphose ?*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, s/dir Claveranne J.-P., Université Jean Moulin Lyon 3.

PLANE J.-M. (2007), *Théorie des organisations*, 2^e édition, Dunod, Paris, 126p.

PLIHON D., PONSSARD J.-P., ZARLOWSKI P. (2001), « Quel scénario pour le gouvernement d'entreprise ? Une hypothèse de double convergence », *Cahier* n° 2001-008, Laboratoire d'économétrie, Ecole Polytechnique, CNRS, Paris, août, 15p.

PLOIX H. (2003), *Le dirigeant et le gouvernement d'entreprise*, *Village Mondial*, Pearson Education France, juin 2003, 150 p.

POURETTE D. (2002), "Janine Barbot, les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve des du Sida", *L'homme, Revue française d'anthropologie* n° 164, oct-dec, pp.188-190.

PRAHALAD C.K., V. RAMASWAMY V., (2004), *The Future of Competition : Co-creating Unique Value with customers*, Harvard Business School Press, Boston, 256p.

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

Rapport d'activité Cissra (2008), p.

Rapport Viénot II (1999), Medef.

RITTER P. (2008), « Rapport sur la création des agences régionales de santé », (rapport Ritter, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 58p.

RIVERO J., WALINE J. (2002), *Droit administratif*, Dalloz, 624p.

ROBELET M., VINOT M., MBOUNA N. (2006), « Respect des droits des usagers : résultats de l'enquête auprès des associations du Ciss Rhône-Alpes », rapport d'étude, Graphos, 64p.

RUANO-BORBALAN JC., WEMAÈRE J. (2004), « A quoi sert la gouvernance ? » in « Décider, Gérer, réformer. Les voies de la gouvernance ». *Sciences humaines* n°44, Hors série, mars, 87 p.

RUBINSTEIN M. (2000), « Gouvernement d'entreprise, Aspects théorique et empirique de la gouvernance d'entreprise en France », *Problèmes économiques* n°2.784, 13 novembre, pp.1-7.

SARIN E. (2003), *Introduction conceptuelle à la science des organisations*, éditions de l'Harmattan, Paris, 346p.

SAVAGE G.T, NIX T.W., WHITEHEAD C.J., BLAIR J.D. (1991), « Strategies for assessing and managing organizationnal stakeholders », *Academy of Management Executive*, vol.5 (2) : 61-75.

SCHLEIFER A., VISHNY R.W. (1989), « Manager Entrenchment : The case of Manager Specific Investment », *Journal of Financial Economics*, vol.25, pp.33-49.

SHARMA S. (2001), « L'organisation durable et ses stakeholders », *Revue française de gestion* n° 136, novembre-décembre, pp.154-167.

STEUDLER S. (2004), « Le management hospitalier de demain : approche sociologique », *Revue Hospitalière de France*, n°495, mars.2004, pp. 43-52.

THIETARD R.-A. (2007), *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris.

TOCQUEVILLE A. (1986), *De la démocratie en Amérique*, Tome I, Gallimard, coll. "Folio Histoire", 640p.

TREBUCQ S. (2003), « La gouvernance d'entreprise contemporaine, héritière de conflits historiques, d'essence idéologique et philosophique », IX^e Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management, CREFIGE, Université Paris-Dauphine, mars, 21p.

VALASKAKIS K. (1998), « Mondialisation et Gouvernance, le défi de la gouvernance publique planétaire », *Futuribles* n° 230, avril, pp.5-28.

VALLON S. (2002), « Les quatre visages de l'usager », *Revue Vie sociale et Traitements* n° 76, avril, p.20-23.

VINCENT G. (2005), « Les réformes hospitalières », *Revue d'administration publique* n° 113, pp.49-64.

VINOT D., MBOUNA N., COURTAIS E. (2007), « Aide à l'élaboration d'un modèle type de rapport des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge », rapport d'étude, Graphos, 18p.

VINOT D., ROUSSET G., MBOUNA N. (2008), « Respect des droits des usagers : résultats de l'enquête auprès des associations du Ciss Rhône-Alpes », rapport d'étude, Graphos, 71p.

WINCKLER M. (2003), « La canicule, révélateur d'une santé malade », *Le mode diplomatique*, 6p, <http://www.mode-diplomatique.fr/2003/09/WINCKLER/10432>.

WIRTZ P. (2006), *Les pratiques de bonne gouvernance*, Que-sais-je ?, PUF, 127p.

ZOUKOVA E-A. (2006), « Associations : un défi pour les théories de la gouvernance ? » Journée de recherche « Quel management pour les associations ? », Tours, janvier, 32p.

Listes des sigles utilisés dans la thèse

ANAES : Agence Nationale d'Evaluation en Santé.

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

ARS : Agence Régionale de la Santé.

CA : Conseil d'Administration.

CE : Comité Exécutif.

CH : Centre Hospitalier.

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de Travail.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

Ciss : Collectif interassociatif sur le système de santé.

Cissra : Collectif interassociatif sur le système de santé en Rhône-Alpes.

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

CME : Commission Médicale d'Etablissement.

CMP : Commission Mixte Paritaire.

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

CNS : Conférence Nationale de Santé.

Cpam : Caisse primaire d'assurance maladie.

CRCI : Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation.

CROS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire.

CRS : Conférence régionale de santé.

Cruq (Cru, Cruqpec) : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de prise en charge.

CTE : Comité technique d'Etablissement.

DDASS : Direction départementale de l'Action sanitaire et Sociale.

DGS : direction générale de la santé.

DRASS : Direction régionale de l'Action Sanitaire et Sociale.

EHMA : European Health Management Association.

ERSM : Echelon régional du Service Médical.

Fnes : Fédération Nationale d'Education pour la Santé.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HCL : Hospices civils de Lyon.

HPST (loi) : Hôpital, Patient, Santé et Territoire.

NGH : Nouvelle Gouvernance Hospitalière.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Orsiduss : Outil de Recensement des Systèmes d'Information sur le Droit des Usagers du Système de Santé.

PP : Parties Prenantes.

RDQ : Réutilisation des Données Qualitatives.

RU : Représentant des Usagers.

T2A : Tarification à l'activité.

TPP : Théorie des Parties Prenantes

Urcam : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

Annexes

Annexe n° 1 Les mondes de Thevenot et Boltanski

LES MONDES COMMUNS

(adapté de *De la justification, les économies de la grandeur*), par L. Boltanski, L. Thévenot, Paris, Gallimard, 1992).

	Inspiration	Domestique	Opinion	Civique	Marchand	Industriel
Principe supérieur commun	Se soustrait à la mesure. Jaillit de l'inspiration	Relations personnelles, hiérarchie, tradition	L'opinion des autres	Prééminence des collectifs	Concurrence	Objet technique et méthode scientifique, efficacité, performance
Etat de grandeur	Spontané, insolite, échappe à la raison	Bienveillant, avisé	Réputé, connu	Représentatif, officiel	Désirable, valeur	Performant, fonctionnel
Dignité	Amour, passion, création	Aisance, bon sens	Désir de considération	Liberté	Intérêt	Travail
Répertoire des sujets	Enfants, artistes	Supérieurs, inférieurs, ascendants...	Vedettes	Collectivités	Concurrents, clients...	Professionnels
Répertoire des objets	Esprit, corps...	Préséance, cadeaux...	Noms, marques, messages	Formes légales	Richesse	Les moyens
Formule d'investissement (prix à payer)	Risque	Devoir	Renonce au secret	Renonce au particulier, solidarité	Opportunisme	Investissement, progrès
Rapport de grandeur	Singularité	Subordination, honneur	Identification	Adhésion, délégation	Possession	Maîtrise
Relations naturelles	Rêver, imaginer	Eduquer, reproduire	Persuasion	Rassemblement pour une action collective	Relations d'affaires, intéresser	Fonctionner
Figure harmonieuse	Imaginaire	Famille, milieu	Audience	République	Marché	Système
Epreuve modèle	Aventure intérieure	Cérémonie familiale	Présentation de l'événement	Manifestation pour une juste cause	Affaire, marché conclu	Test
Mode d'expression du jugement	Eclair de génie	Appréciation	Jugement de l'opinion	Verdict du scrutin	Prix	Effectif, correct
Forme de l'évidence	Certitude de l'intuition	Exemple	Succès, être connu	Texte de loi	Argent, bénéfice	Mesure
Etat de petit	Routinier	Sans gêne, vulgaire	Banal, inconnu	Divisé, isolé	Perdant	Inefficace

Source : Amblard, Bémoux, Herreros e Livian, 2005, p.189

Annexe n° 2 Fiches protocolaires RDQ

Fiche protocolaire d'utilisation de la RDO, Terrain 2, étude Cruq

Signalétique des données	
D1. Auteur de la collecte primaire	Le chercheur Natacha Mbouna et Edith Courtais (stagiaire)
D2. Objectif de la collecte primaire	Proposer un modèle type du rapport annuel des Commissions des relations avec les Usagers (CRU) pour faciliter l'harmonisation des données recueillies pour la synthèse annuelle de la Conférence Régionale de Santé en Rhône-Alpes
D3. Description des données recueillies	Rapports des CRU et Commissions de Conciliation des établissements de santé : données quantitatives et qualitatives sur les plaintes, la satisfaction...
D4. Déroulement de la collecte : moment et organisation du processus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Collecte et analyse des rapports 2. Entretiens et élaboration d'axes pertinents 3. Construction de la grille rapport type de CRU de collecte de l'information sur les usagers 4. Expérimentations de la grille et validation de la pertinence de l'information à recueillir
Adéquation des données à la RDQ	
S1. Le jeu de données est-il adapté aux objectifs de la recherche ?	oui
S2. Le jeu des données est-il adapté au contenu de la recherche ?	oui
S3. La qualité des données permet-il de traiter la question de recherche ?	oui
S4. Le type et le format des données sont-ils compatibles avec la RDQ en cours ?	oui
S5. Les données ne sont-elles pas trop contextualisées, voire périmées ?	Données générales
Qualité des données	
Q1. Le jeu des données est-il complet pour répondre à la finalité de la recherche (données manquantes ?)	Oui, Données disponibles au Graphos
Q2. Les données ont-elles été enregistrées entièrement et de façon adaptée ?	Oui, données enregistrées et exploitées par le chercheur
Q3. Des données ont-elles été modifiées (ex pour préserver l'anonymat ?) si oui, comment ?	Non
Q4. Dispose-t-on d'une documentation sur les données (note méthodologique, manuel de codage...) suffisante pour les finalités de la RDQ ?	Oui, disponibles au Graphos
Q5. L'étude primaire a-t-elle été bien conçue et mise en œuvre ?	oui, conçue sous la coordination du chercheur
Q6. Les données sont-elles compatibles entre elles ? données homogènes ?	oui
Q7. Les données peuvent-elles être comparées (validation externe) avec d'autres jeux de données au besoin ?	Oui, pour exemple, ces données ont été comparées l'année suivante avec les données de la deuxième édition.

Fiche protocolaire d'utilisation de la RDQ, Terrain 3, étude Cissra 07

Signalétique des données	
D1. Auteur de la collecte primaire	L'équipe de chercheurs du Graphos dont Natacha Mbouna
D2. Objectif de la collecte primaire	Réaliser l'analyse de l'enquête Ciss-Ra
D3. Description des données recueillies	1089 questionnaires d'adhérents du Ciss-RA
D4. Déroulement de la collecte : moment et organisation du processus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saisie des données des questionnaires 2. Traitement des données sous Modalisa 3. Analyse et rapport sur les droits des usagers
Adéquation des données à la RDQ	
S1. Le jeu de données est-il adapté aux objectifs de la recherche ?	Oui
S2. Le jeu des données est-il adapté au contenu de la recherche ?	Oui
S3. La qualité des données permet-il de traiter la question de recherche ?	Oui
S4. Le type et le format des données sont-ils compatibles avec la RDQ en cours ?	Oui
S5. Les données ne sont-elles pas trop contextualisées, voire périmées ?	Non
Qualité des données	
Q1. Le jeu des données est-il complet pour répondre à la finalité de la recherche (données manquantes ?)	Oui, la base de données brutes et traitées sont disponibles au Graphos
Q2. Les données ont-elles été enregistrées entièrement et de façon adaptée ?	Oui
Q3. Des données ont-elles été modifiées (ex pour préserver l'anonymat ?) si oui, comment ?	Oui
Q4. Dispose-t-on d'une documentation sur les données (note méthodologique, manuel de codage...) suffisante pour les finalités de la RDQ ?	Oui, Manuel de traitement des données sous Modalisa
Q5. L'étude primaire a-t-elle été bien conçue et mise en œuvre ?	Moyennement, Questionnaires conçus par le Cissra, mais exploitée par le Graphos
Q6. Les données sont-elles compatibles entre elles ? données homogènes ?	Oui
Q7. Les données peuvent-elles être comparées (validation externe) avec d'autres jeux de données au besoin ?	Oui, données comparables

Fiche protocolaire d'utilisation de la RDQ, Terrain 4, étude Cissra 08

Signalétique des données	
D1. Auteur de la collecte primaire	L'équipe de chercheurs du Graphos dont Natacha Mbouna
D2. Objectif de la collecte primaire	Réaliser l'analyse de l'enquête Ciss-Ra
D3. Description des données recueillies	792 questionnaires d'adhérents du Ciss-RA
D4. Déroulement de la collecte : moment et organisation du processus	4. Saisie des données des questionnaires 5. Traitement des données sous Modalisa 6. Analyse et rapport sur les droits des usagers
Adéquation des données à la RDQ	
S1. Le jeu de données est-il adapté aux objectifs de la recherche ?	Oui
S2. Le jeu des données est-il adapté au contenu de la recherche ?	Oui
S3. La qualité des données permet-il de traiter la question de recherche ?	Oui
S4. Le type et le format des données sont-ils compatibles avec la RDQ en cours ?	Oui
S5. Les données ne sont-elles pas trop contextualisées, voire périmées ?	Non
Qualité des données	
Q1. Le jeu des données est-il complet pour répondre à la finalité de la recherche (données manquantes ?)	Oui, la base de données brutes et traitées sont disponibles au Graphos
Q2. Les données ont-elles été enregistrées entièrement et de façon adaptée ?	Oui
Q3. Des données ont-elles été modifiées (ex pour préserver l'anonymat ?) si oui, comment ?	Oui
Q4. Dispose-t-on d'une documentation sur les données (note méthodologique, manuel de codage...) suffisante pour les finalités de la RDQ ?	Oui, Manuel de traitement des données sous Modalisa
Q5. L'étude primaire a-t-elle été bien conçue et mise en œuvre ?	Moyennement, Questionnaires conçus par le Cissra, mais exploitée par le Graphos
Q6. Les données sont-elles compatibles entre elles ? données homogènes ?	Oui
Q7. Les données peuvent-elles être comparées (validation externe) avec d'autres jeux de données au besoin ?	Oui, données comparées avec les données de l'enquête précédente.

Annexe n° 3 Cédérom, le matériau primaire

[mbouna m etude cissra 07.pdf](#)

[mbouna m etude cissra 08.pdf](#)

[mbouna m etude cruq 06-07.pdf](#)

[mbouna m etude dgs 05-06.pdf](#)

[Résumés]

Analyser la participation des usagers à la gouvernance du système de santé : une perspective de la théorie des parties prenantes

Depuis 1996, les usagers sont admis aux Conseils d'Administration des hôpitaux. La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades les consacrent comme acteurs de la gouvernance du système de santé en instaurant les droits de représentation et de participation à l'orientation et à la définition des politiques de santé. Cette participation demeure problématique car elle pose la question de l'effectivité. Au regard de la mise en œuvre de la démocratie sanitaire, les usagers sont-ils passés d'objets de soin à alibis démocratiques? Pour répondre à cette interrogation, qui questionne le pouvoir des usagers et l'intérêt de leur prise en compte comme acteurs stratégiques, nous mobilisons la théorie des parties prenantes car elle légitime la prise en compte des intérêts des *stakeholders*. Concrètement, la typologie de Mitchell et alii. (1997), qui suppose l'importance des parties prenantes autour des critères de légitimité, d'urgence et de pouvoir, nous permet d'analyser la participation des usagers dans la gouvernance du système santé. Quatre propositions centrées sur le savoir et l'expertise comme sources de pouvoir sont confrontées à l'information et à l'empowerment des usagers à partir de la Réutilisation des Données Qualitatives (RDQ) des résultats de l'étude DGS 05-06, de l'étude Cruq 07 et des études Cissra 07 et 08. Au terme de ce travail, le cadre de la typologie de Mitchell et alii. (1997) fait ressortir trois types d'usagers, la non partie prenante, la partie prenante dépendante et la partie prenante définitive. Complétée par le concept de pouvoir utilitariste d'Etzioni (1998) et de l'intérêt à collaborer de Harrison et St. John (1998), cette diversité construit un pouvoir variable qui sème le trouble dans l'intérêt de leur prise en compte. Pour passer d'alibis démocratiques à acteurs de la gouvernance il est nécessaire que leur pouvoir soit unique, collectif et utilitariste.

Mots-clés : Gouvernance, Théorie des parties prenantes, typologie de Mitchell, participation des usagers, pouvoir.

Since 1996, consumers are entitled to sit in the Boards of directors of French public hospitals. The law of March 04th, 2002 dealing with patients' rights dedicates them as actors of the health care system governance. This phenomenon, which is called sanitary democracy, organizes consumers' involvement within health policies decision processes. By questioning

consumers power in decision-making, the sanitary democracy remains problematic. Are consumers salient stakeholders or not in the French health care system governance? My theoretical Framework mainly deals with the Stakeholder Theory. The salience of stakeholders is thus, determined by three factors : the attributes of legitimacy, urgency and power (Mitchell et al., 1997). In short, salience in an organization depends on the identification of stakeholders' attributes. The concept of power (Dhal, 1957; Etzioni, 1998) is also mobilized to explain the relationship between those attributes on the one hand and consumers' contribution as stakeholders on the other hand. Secondary analysis of primary data is undertaken with the method of the Data quality review (DQR). Our primary data stems from four research studies (DGS 05-06; Cruq 07; Cissra 07 and Cissra 08) which are used to improve the empowerment of consumers in the French health system governance. In conclusion, three types of consumers (conceived as stakeholders) are highlighted by Mitchell et al. : non stakeholder, dependent stakeholder and definitive stakeholder. Furthermore, three perceptions of managers' minds are pointed out Etzioni' s notion of utilitarian power : non salient, poorly salient and highly salient. Thus, various types of power blur the reality of consumers' power in the French health system governance.

Key words : Health care system governance, Stakeholder Theory, Mitchell et al. stakeholder model, French Health consumers, power.