

Catherine Dos Santos

◆ Professeur de Management stratégique ◆

Morad Mousli

◆ Professeur de Finance et Contrôle de gestion ◆

L'approche socio-économique pour un développement durable des établissements hospitaliers et une croissance favorable du système de santé : le cas français



■ Résumé

Les établissements hospitaliers français sont, depuis plusieurs décennies, directement visés par la volonté gouvernementale de les muer en organisations rentables. Or, balancé entre son obligation de soin et une forte contrainte budgétaire, l'hôpital doit concilier principe d'équité et principe d'efficacité afin de satisfaire au mieux aux exigences tant financières que sanitaires et éthiques. L'actualité témoigne pourtant, au moment de l'annonce de la création de communautés hospitalières, de la difficulté d'arbitrer ces deux objectifs, notamment au sein de l'hôpital même, scène de différences et de différents marqués entre personnel soignant et gestionnaires. Cette contribution tentera de mettre en exergue la nécessité de changer les établissements hospitaliers, à partir d'un état des lieux théorique et pratique des principes de développement durable dans l'organisation et des principales réformes intentées en France. Elle s'appuiera sur les résultats du laboratoire ISEOR dont la recherche-intervention auprès de nombreuses organisations de santé a démontré qu'il était possible d'accroître leur performance globale de façon durable au moyen d'un management stratégique innovant et d'un contrôle de gestion adapté à la mesure et au pilotage d'une croissance favorable.

■ Abstract

The French hospitals are, for several decades, directly aimed by the governmental will to turn them into profitable organisations. But, rocked between its obligation of care and a strong budgetary constraint, the hospital has to reconcile principle of equity and principle of efficiency to satisfy in best requirements so financial as sanitary and ethical. The current event shows nevertheless, at the time of the announcement of the creation of the hospital communities, some difficulty arbitrating these two objectives in particular within the hospital, the scene of differences and conflicts marked between staff nursing and administrators. This contribution will try to highlight the necessity of changing hospitals from a theoretical inventory of fixtures and practise principles of sustainable development in the organization and main reforms instituted in France. It will lean on the results of the laboratory ISEOR that research-intervention of whichwith numerous organizations of health demonstrated that it was possible to increase their global performance in a long-lasting way by means of an innovative strategic management and of a management control adapted to the measure and to the piloting of a favorable growth.

■ Mots clés / Keywords

Développement durable, système de santé, établissements hospitaliers, management socio-économique, contrôle de gestion, croissance favorable // Sustainable development, healthcare system, hospitals, socioeconomic management, management control, favorable growth.

Sommaire

Introduction	5
1 L'hôpital : une organisation au développement durable ?	7
<hr/>	
1.1 Le développement durable.....	7
1.2 Les réformes : quelles missions pour l'hôpital ?	8
1.3 L'hôpital : une organisation favorablement durable ? (ou bilan des réformes).....	9
2 Du management au contrôle de gestion socio-économiques comme approche organisationnelle innovante en matière de développement durable	9
<hr/>	
2.1 Du MSE comme préalable au développement durable... ..	9
2.2 ... au CGSE comme garantie d'une plus grande croissance favorable	11
3 Discussion à partir des résultats obtenus par l'ISEOR dans les hôpitaux en matière de développement durable, par le prisme des principes d'équité et d'efficacité	12
<hr/>	
3.1 Les apports du management et du contrôle socio-économiques en matière de développement durable et de croissance favorable, dans le système de santé français	12
3.2 Le contrôle de gestion socio-économique : entre efficacité et équité pour une croissance favorable	15
Conclusion	17
Bibliographie	18

Introduction

Dans la définition de la RSE retenue au niveau européen, le « S » renvoie davantage au terme « sociétale » que « sociale » en ce qu'il inclut une dimension environnementale. En effet, il a été admis que la notion de RSE traduit l'initiative des entreprises et de leurs parties prenantes (« stakeholders ») de contribuer à l'amélioration de la société ainsi que de leur environnement. Il s'agit donc d'une déclinaison des préceptes du développement durable au niveau de l'entreprise. Cette déclinaison prend la forme d'une démarche organisationnelle qui influence directement les processus, la structure et les fonctions allant du management stratégique au... contrôle de gestion (Al-Tuwaijri, Christensen, Hughes, 2004)! Or, balancé entre son obligation de soin et une forte contrainte budgétaire (Bonnici, 2007), l'hôpital doit concilier principe d'équité (c'est-à-dire du point de vue des égalités d'accès aux soins, de consommation, etc.) et principe d'efficacité (c'est-à-dire une allocation des ressources et une production des soins efficaces). L'actualité témoigne, au moment de l'annonce de la création de communautés hospitalières, de la difficulté d'arbitrer ces deux objectifs notamment au sein de l'hôpital même, scène de différences et de différents marqués entre personnels soignants et gestionnaires ? (Holcman, 2006 ; Clément, 2008). Or, les besoins sanitaires de plus en plus importants, d'une part, et la qualité de ces derniers, d'autre part, l'obligent à une mutation profonde qui doit cependant veiller également à une meilleure gestion des dépenses publiques tout en garantissant la qualité des soins. Changer l'hôpital répond donc à une double exigence : d'une part, arbitrer au mieux les contraintes financières et sanitaires et, d'autre part, parvenir à un développement organisationnel de l'hôpital à la fois durable et transversal. La première comme la seconde renvoie pareillement à une dimension de développement durable en raison de la nécessité de veiller à un équilibre entre performance économique et performance sociale, mais également entre court terme et long terme. Or, en France, l'hôpital semble être l'endroit d'une impossible médiation entre principe d'équité et principe de précaution en ce que les compétences managériales usuellement introduites semblent insuffisantes pour dépasser les divergences entre gestionnaires et médecins (Grosjean et Lacoste, 1999 ; Clément, 2004).

L'ISEOR⁽¹⁾ a entamé depuis près de trente ans l'implantation et l'application d'un management stratégique innovant dans de nombreuses organisations sociales dont des hôpitaux : le management socio-économique (MSE). Ce management est une réponse à la nécessité de donner aux organisations hospitalières des outils spécifiques pour soutenir leur processus de changement (Drevet, 2000 ; Nathalie Krief, 2005) par une meilleure mise en œuvre de la stratégie qui implique l'ensemble des acteurs de l'hôpital et qui dépasse les conflits d'intérêts entre les différentes catégories de personnel (Fière, 2007 ; Thiebaut, 2005). Par ailleurs, il propose un contrôle de gestion transversal mesurant une performance à la fois économique et sociale à court comme à long terme, en somme, une plus grande croissance favorable. Aussi, comment ce style de management adapté, moyennant un contrôle de gestion spécifique pourrait-il garantir au mieux le développement durable de l'hôpital, c'est-à-dire un meilleur équilibre entre sa performance budgétaire immédiate et son développement à long terme porté par tous ses acteurs pour une plus grande croissance favorable ?

¹ Institut Socio-Economique des Entreprises et des Organisations. Laboratoire scientifique créé en 1973 par Henri Savall qui propose une nouvelle pratique de la recherche et de l'intervention en entreprise qui a été structurée et modélisée par l'expérimentation répétée et évaluée "sur le terrain", au sein de 1150 entreprises et d'organisations privées et publiques réparties dans 31 pays sur 4 continents, soit près de 850 000 heures de recherche-intervention de longue durée

L'objet de ce papier est donc de comprendre la nécessité de changer l'hôpital au niveau organisationnel dans une démarche socio-économique visant à le responsabiliser socialement par la mise en œuvre d'un management stratégique et d'un contrôle de gestion idoines. Aussi, la première partie fera l'objet d'une présentation des principes théoriques afférents au développement durable et passera en revue les grandes réformes hospitalières jugées par ce même prisme. La deuxième partie exposera les préceptes du MSE ainsi que du contrôle de gestion socio-économique (CGSE) comme approche innovante optant pour une croissance favorable. La troisième partie prendra la forme d'une discussion autour de questions afférentes à ces points théoriques à partir de certains résultats obtenus par l'ISEOR et au regard du MSE et du CGSE comme garanties d'un développement durable de l'hôpital.



1 L'hôpital : une organisation au développement durable ?

1.1 Le développement durable

En 1972, à Stockholm, la première conférence de l'Organisation des Nations Unies, « L'Homme et son milieu », amorce une prise de conscience : les ressources ne sont pas inépuisables. En 1987, le rapport Brundtland souligne que certains modes de développement dégradent l'environnement et inversement qu'un environnement dégradé impacte le développement. La réponse proposée à cette problématique qui lie l'économie, la société et l'environnement est le « développement durable ». Le concept est né et le rapport en donnera la définition suivante : « *type de développement qui permet de satisfaire les besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de satisfaire les leurs* ». Trois dimensions s'imposent désormais : la durabilité, l'équité générationnelle et le respect des systèmes naturels.

Produire « plus avec moins » est alors souhaité. Lors du « Sommet de la Terre », en 1992, à Rio de Janeiro, un plan d'action baptisé « Agenda 21 » recense les mesures² à mettre en œuvre pour le développement durable devienne une réalité au 21^e siècle. Mais dix ans plus tard, le sommet de Johannesburg constate la faible concrétisation des engagements. Des initiatives de partenariats entre les acteurs publics et les entreprises privées sont présentées pour inciter à la réalisation effective de l'Agenda 21.

La France, quant à elle, s'est insérée tardivement dans le dispositif. Depuis 1999, des contrats entre l'Etat, les régions et les collectivités gestionnaires des agglomérations des pays et des parcs naturels régionaux encouragent la mise en place de projets finalisés relevant de l'Agenda 21. En tant que membre de l'Union Européenne, la France est également associée à la stratégie de Lisbonne inaugurée lors du Conseil européen de mars 2000. L'ambition est de conduire l'Union Européenne vers « une économie de la connaissance la plus compétitive et la plus dynamique du monde, capable d'une croissance économique durable accompagnée quantitative et qualitative de l'emploi et d'une grande cohésion sociale ». Finalisée à Göteborg, les 15 et 16 mars 2001, cette stratégie fixe notamment une priorité en santé publique.

Les établissements publics de santé, partenaires du système de santé publique, dispensent des soins pour répondre aux besoins des générations actuelles et doivent dès maintenant grâce à leurs orientations stratégiques, anticiper leurs réponses aux besoins des générations futures. La réalisation de cette mission dans le cadre de la stratégie nationale de développement durable implique qu'ils soient économes des ressources.

L'injonction d'en « faire plus avec moins » transparaît encore en filigrane des échanges en juin 2007 lors des 16^{ème} journées de l'Association des Directeurs d'hôpital (ADH) sur « la performance hospitalière et le management durable ». Il faut aujourd'hui répondre de manière plus satisfaisante aux attentes de la population dans un environnement social, technique, financier et réglementaire en évolution.

² Les mesures sont constituées de trente-huit lignes d'actions réparties en quatre chapitres.

1.2 Les réformes : quelles missions pour l'hôpital ?

L'« âge d'or » de l'hôpital public a permis à la France de se doter de structures sanitaires performantes entre 1958 et 1985 (Clément, 2007). Mais, à partir du premier choc pétrolier et d'un ralentissement notoire de la croissance, l'hôpital a été confronté à deux exigences : s'organiser en tant qu'entreprise de soins tout en optimisant ses ressources financières. À cet égard, les réformes hospitalières de l'époque moderne ont été d'inégale importance.

La loi du 21 décembre 1941, complétée plus tard par le règlement de l'administration publique du 17 avril 1943, s'est efforcée de mettre de l'ordre dans la structure interne des hôpitaux publics, notamment en les hiérarchisant. L'année 1958 a été beaucoup plus riche en matière d'organisation hospitalière, époque pendant laquelle la santé a été administrée par une série d'ordonnances dont les effets ont été notables : réforme de la législation et coordination des établissements de soins publics et privés ; aménagement de la structure interne des hôpitaux publics ; création des centres hospitalo-universitaires par la réforme Debré. Il a fallu attendre la loi du 31 décembre 1970 pour que l'hôpital soit reconnu comme « pivot » du système sanitaire français. Pourtant, cette situation n'aura pas prospéré au point que l'hôpital fut placé, à coup d'élan réglementaires, sous haute surveillance entre 1979 et 1987. Cette évolution a été rude pour les « hospitaliers » qui durent apprendre à vivre avec une contrainte budgétaire de plus en plus lourde et son corolaire, à savoir l'impossibilité de se développer librement. Dans cette optique, l'hôpital a dû se redéployer « sur des activités rentables », et chercher des valeurs d'ordre qualitatif en visant le statut de « pôle d'excellence⁽³⁾ ».

Aujourd'hui, les établissements publics et privés sont confrontés à de nouveaux défis : d'abord, celui du financement par une réforme qui introduit, depuis 2004, une « tarification à l'activité » (T2A) qui permet de mieux comparer les coûts d'hospitalisation entre les deux secteurs, public et privé, mais qui peut également attiser la concurrence entre établissements de santé ; ensuite, de nouvelles règles de planification hospitalière et sanitaire, prises en 2003, conduisent à répartir des parts de marché, entre les établissements, sur un territoire de santé de proximité. En ce qui concerne plus particulièrement les établissements publics, leur désenchantement est révélateur d'une crise identitaire profonde. Ils se restructurent et mettent en place une nouvelle gouvernance, dans le cadre d'abord du « Plan Hôpital 2007 », traduit sur le plan législatif par une ordonnance du 2 mai 2005, ensuite du « Plan Hôpital 2012 ».

L'hôpital est actuellement pris en étau entre, d'une part, le souci de disposer de suffisamment de liberté pour satisfaire les légitimes besoins des malades et, d'autre part, l'« ardente obligation » de se soumettre au contrôle de l'Etat et des financeurs, entre le devoir de soigner et la nécessité de le faire au moindre coût pour la collectivité. Désormais, la double exigence de qualité et de sécurité pousse les hôpitaux vers des terres de rationalité où commandent l'équilibre budgétaire et la course aux équipements médicaux de pointe, loin de l'intérêt du patient, dernier vestige du principe d'équité qui garantit aux patients un accès, un traitement et une couverture égalitaires. La nouvelle gouvernance a été accaparée par les partisans de l'hôpital-entreprise, favorables à l'efficacité à tout prix mais pas à n'importe quel coût et au désengagement croissant de l'Etat du secteur hospitalier à la faveur du développement d'un discours gestionnaire pas nécessairement durable.

³ Propos de Claude Evin, Ministre des Affaires sociales et de la Solidarité d'avril 1988 à mai 1991.

1.3 L'hôpital : une organisation favorablement durable ? (ou bilan des réformes)

L'observation des résultats des opérations de restructuration ainsi que la lecture attentive des rapports des pouvoirs publics nous obligent à considérer ces réformes avec circonspection. Dans un système davantage administré que réellement géré, les outils de gestion en place - lorsqu'ils existent - naviguent entre « l'usine à gaz » et la perte de sens : la comptabilité analytique, quand elle existe (quelques dizaines d'établissements), n'est que peu souvent mise en perspective avec l'analyse stratégique. Le bilan des recompositions hospitalières, mis en avant pour témoigner de l'effort d'adaptation du système hospitalier, doit également être considéré avec réserve. Le souci de favoriser la recomposition de l'offre se caractérise, depuis quelques années, par une politique de réduction des capacités en lits et places d'hospitalisation au moyen d'une véritable « chasse aux lits ». La démographie médicale laisse imaginer pourtant quelles seront les pénuries de demain et les conséquences organisationnelles sur les établissements de santé. Il s'agit, en outre, davantage d'une politique de mise en adéquation entre les capacités autorisées et les capacités réellement installées que d'une politique de restructuration.

La crise que subit l'hôpital aujourd'hui renvoie à deux dimensions : l'une d'ordre téléologique (quelles finalités poursuivre ?) et l'autre d'ordre organisationnel (pour quel hôpital ?). La première dimension indique que la crise du système de santé balance l'hôpital entre principe d'efficacité, c'est-à-dire sous la contrainte budgétaire, et principe d'équité, c'est-à-dire en traitant les patients de façon égalitaire. D'un côté, les ressources financières se tarissent au rythme d'un recul des responsabilités de l'Etat alors que, de l'autre, la qualité des soins doit demeurer, voire croître. Derrière ce sacerdoce se cache l'arbitrage (impossible ?) entre principe d'efficacité et principe d'équité. Mais surtout, la crise de l'hôpital renvoie à une difficulté majeure des organisations de notre temps, la difficulté du « faire ensemble », par-delà les citadelles, les corporatismes, les cloisonnements et les revendications. C'est la dimension organisationnelle de la crise. En effet, la crise que connaît l'hôpital est une crise parmi d'autres sur fond de crise généralisée, crise des structures, crise des identités, mais aussi crise du sens et crise de la gouvernance. Si, comme dans la plupart des organisations, tout le monde s'accorde à l'hôpital pour partager le diagnostic sur les dysfonctionnements, il n'en reste pas moins que la question des méthodes suscite, quant à elle, conflits, antagonismes et résistances.

Il faut, aussi, élargir la définition de la gestion hospitalière à de nouveaux outils et encourager l'émergence de nouveaux modes de coordination entre acteurs afin que le changement organisationnel soit porté par tous et porteur d'une croissance favorable dans le système de santé.

2 Du management au contrôle de gestion socio-économiques comme approche organisationnelle innovante en matière de développement durable

Avant d'aborder toute discussion utile à la compréhension des apports de l'approche socio-économique dans ce contexte de crise, il serait utile de faire état de ce que sont le management socio-économique (MSE) et le contrôle de gestion socio-économique (CGSE) comme outils privilégiés dans les interventions de l'ISEOR dans les organisations de santé.

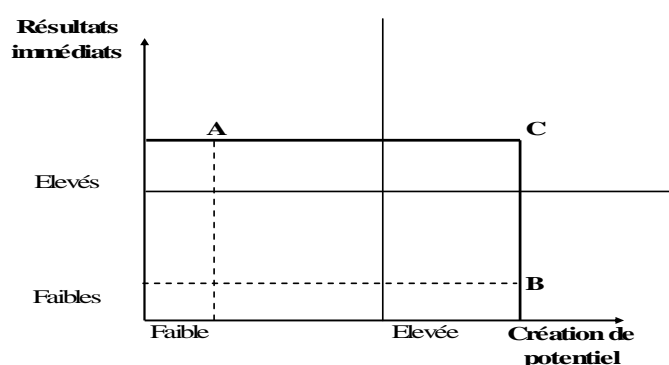
2.1 Du MSE comme préalable au développement durable...

Les différentes approches managériales usuelles fondées sur des théories précises ont toutes été confrontées à la complexité croissante de leur environnement et par suite de leurs systèmes d'informations et de prise de décisions (Savall, 1995 ; Savall, Zardet, 2003). Dans un tel contexte, la

première action des directions générales est la réduction des coûts à des fins de sauvegarde de la performance immédiate ou, en d'autres termes, d'une croissance financière à court terme défavorable aussi bien aux clients internes (les salariés) qu'externes (patients et autres parties prenantes). En effet, l'esprit du management actuel des hôpitaux français en particulier tend à favoriser une croissance financière à court terme, c'est-à-dire un équilibre budgétaire qui, en soi, menace le développement durable du système de santé tout entier.

En effet, l'ISEOR, dans les nombreuses observations scientifiques réalisées auprès d'organisations hospitalières publiques et privées, a constaté que les restrictions budgétaires étaient fortement corrélées à des restructurations dont la seule fin était la réduction de la masse salariale (Savall, Zardet et Bonnet, 2000). La scission entre les dirigeants et les médecins dans l'organisation hospitalière rend impossible la prétendue déclinaison de la stratégie fondée sur une participation active des acteurs du système aux tâches de conseil et de mise en œuvre de la stratégie (Fièrè, 2007 ; Thiebaut, 2005). Aussi, afin de permettre aux hôpitaux de survivre dans cet environnement mouvant sans renoncer à leur mission première en termes de qualité de soins (Savall, 1995), il est nécessaire de fonder l'ensemble de ses actions sur des objectifs précis dont la finalité est aussi bien d'anticiper les difficultés à venir que de mesurer sa propension à les réaliser (actions de contrôle) : ce sont les bases du management socio-économique. Le management socio-économique (MSE) a été créé afin d'accélérer le rythme nécessaire à la transformation des entreprises et organisations dans le nouvel environnement de concurrence, transformation qui a pour objet de passer de « tâches à faible valeur ajoutée aux activités à haute valeur ajoutée » (Savall, Zardet et Bonnet, 2000). Cette transformation, comme processus de changement, est appelée dans le management socio-économique « la mise en œuvre stratégique ». Cette mise en œuvre de la stratégie fonde, en partie, la performance économique de l'organisation en ce qu'elle autorise le développement stratégique et l'innovation nécessaires à la pérennité de l'activité dans un environnement fortement concurrentiel qu'est aujourd'hui celui des hôpitaux (Vasseur et Cazeau, 2008) tout en préservant l'efficacité à court terme. Aussi, la théorie socio-économique définit la performance selon deux axes distincts : les résultats immédiats et la création de potentiel (figure 1).

Figure 1. Les deux dimensions de la performance économique © ISEOR 1995



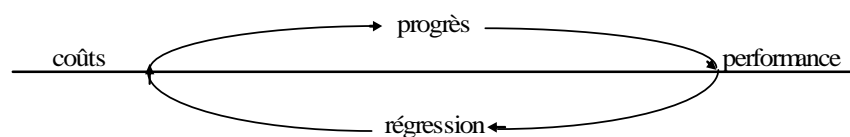
Les résultats immédiats représentent les résultats financiers à court terme mesurés par les indicateurs de la comptabilité générale (flux) et du contrôle (marge et point mort). La création de potentiel est donc l'assise d'une plus grande performance économique à long terme. Elle nécessite donc des investissements aussi bien matériels qu'immatériels (Savall, Zardet et Bonnet, 2000). La création de potentiel se fonde sur des actions précises à conduire dans l'organisation afin de réguler les comportements dysfonctionnels. Il est cependant difficile de développer comme de mesurer la

performance économique en termes de résultat immédiat et de création de potentiel à partir des seuls outils de contrôle classiques. Il nous reste ainsi à faire état des préconisations du contrôle de gestion socio-économique comme outil ad hoc au développement de la performance économique de l'hôpital.

2.2 ... au CGSE comme garantie d'une plus grande croissance favorable

La pratique du contrôle de gestion dans les entreprises et organisations est loin des « idéaux » de pilotage et de réactivité stratégique apportés en théorie, y compris dans les organisations hospitalières (Savall et Zardet, 1996). En effet, elle se limite à un contrôle budgétaire fondé sur la projection et l'évaluation des performances financières autour des budgets. Il s'ensuit que les contrôleurs « budgétaires » se focalisent sur des indicateurs financiers sans se préoccuper des leviers de la stratégie. Le contrôle de gestion socio-économique (Savall et Zardet, 1992) est une alternative aux approches traditionnelles en ce qu'il ne s'attache pas uniquement aux données chiffrées classiques mais en particulier aux « coûts-performances cachés ». Les coûts-performances cachés (Savall et Zardet, 2003) désignent les éléments de coûts et de produits qui ne sont pas mis en évidence par le système d'informations comptables. Ce couple fonde le nouveau contrôle de gestion en raison de la considération des conséquences non comptabilisées par les outils classiques mais également de son organisation à chaque niveau de l'hôpital (figure 2).

Figure 2. Boucle coûts-performances cachés [Savall, Zardet (1992)]



Un dysfonctionnement est un écart entre le fonctionnement attendu et le fonctionnement réel, écart qui occasionne un coût précis. La conception socio-économique de la performance se fonde donc, en partie, sur la réduction des coûts cachés des dysfonctionnements mais repose également sur une plus grande création de potentiel comme « performance cachée ». Il en découle que le contrôle socio-économique garantit la mesure et le pilotage d'une plus grande performance globale comme croissance favorable en ce qu'elle porte aussi bien sur les résultats immédiats qu'à long terme (création de potentiel). Par ailleurs, le contrôle de gestion socio-économique a pour originalité de se situer à chaque niveau de l'organisation afin que chaque service ou entité participe de sa construction et de son efficacité en termes d'élaboration des budgets et de contrôle des résultats

Aussi, dans les organisations hospitalières, le MSE comme le CGSE permettent de répondre aux deux dimensions du problème posé à l'hôpital, à savoir quelle finalité poursuivre (ici, un équilibre budgétaire entre les résultats immédiats et la création de potentiel qui assoit davantage le développement durable de l'organisation) et comment changer (grâce à la mise en œuvre de la stratégie par l'ensemble des acteurs internes de l'hôpital au moyen d'un management innovant et d'un contrôle de gestion transversal et mesurant une performance globale). Le développement suivant portera sur une explication des apports du MSE et du CGSE en matière de développement durable et de croissance favorable autour des principes d'équité et d'efficacité.

3 Discussion à partir des résultats obtenus par l'ISEOR dans les hôpitaux en matière de développement durable, par le prisme des principes d'équité et d'efficacité

Ce développement prendra la forme d'une discussion entre les auteurs sur les apports effectifs de l'approche socio-économique étayés par quelques exemples précis. Nous verrons, respectivement, les apports du MSE et du CGSE en matière de management durable (3.1) et la garantie que constituent ces derniers en matière d'équité et d'efficacité pour une croissance favorable (3.2).

3.1 Les apports du management et du contrôle socio-économiques, en matière de développement durable et de croissance favorable, dans le système de santé français

Catherine Dos Santos : « *Quelle est la finalité de la mise en place du management socio-économique d'un point de vue organisationnel au regard d'une stratégie de développement durable ?* »

Morad Mousli : « Le postulat de départ est que la performance d'une organisation tient aux décisions stratégiques qu'elle prend afin de réaliser des objectifs à court et long termes tout en réduisant les dysfonctionnements. L'apport du MSE en matière de développement durable tient au fait que la performance n'est pas jugée exclusivement en termes de résultat immédiat, mais également de création de potentiel, c'est-à-dire de performance à long terme. Par ailleurs, les outils utilisés sont une assise à une plus grande performance socio-économique, c'est-à-dire qui combine facteurs financiers et humains. Nous retrouvons, aussi, les élans que portent les stratégies de développement durable, aussi bien d'un point de vue organisationnel (ensemble des acteurs) que de la performance dite « globale », c'est-à-dire traduite en termes financiers et humains. »

CDS : « *Dans un cas précis, quelle démarche pourrait-on suivre afin d'améliorer la performance globale d'un hôpital ?* »

MM : « Prenons l'exemple d'un diagnostic socio-économique conduit auprès du service hématologique d'un hôpital lyonnais⁴. L'objet de ce diagnostic était la mise en place d'un management adapté aux différentes activités du service compte tenu des difficultés rencontrées au sein du personnel résistant face au changement pourtant nécessaire. Afin d'améliorer les résultats, la méthode socio-économique préconise un projet hypothétique lié au processus de transformation et d'amélioration des performances. La méthode d'intervention comprend quatre étapes fondamentales : le diagnostic, le projet, la mise en place du projet et l'évaluation des résultats. Dans notre cas, un groupe de projet a été créé afin de déterminer les axes de travail (stratégie générale, uniformisation des pratiques de soins, etc.) ainsi que la mise en œuvre de ces derniers. Ces axes de travail ont été établis à partir d'un plan stratégique à 5 ans dit Plan d'Activités Stratégiques Internes et Externes (PASINTEX).

Les résultats ont permis une nette amélioration de la communication entre individus, fondement d'une meilleure concertation des activités du service. Il existait, en effet, des difficultés d'échange entre les médecins, les infirmières et les surveillantes. La définition d'un objectif clair et proposé à tous comme l'unique recours a permis, non seulement de dépasser les blocages habituels, mais plus encore de fonder un travail davantage concerté en vertu d'une communication plus saine. Par ailleurs, la participation active de l'ensemble du personnel (soignant et non soignant) à la mise en œuvre de la stratégie et à la conduite des actions définies dans les plans. »

⁴ D. Fièrè, (2000), Le management socio-économique dans les hôpitaux : expérimentation dans un grand service d'hématologie des HCL, Actes du Colloque Le Notariat Nouveau, septembre 2000, 8 pp.

CDS : « *La performance globale est donc visée par le projet d'amélioration, mais cela signifie-t-il pour autant que les indicateurs observent également une performance d'ordre social ?* »

MM : « Les indicateurs du contrôle socio-économique reposent sur une nomenclature faisant apparaître les différentes sources de dysfonctionnements (Savall, Zardet, Bonnet, 2000). Chaque dysfonctionnement renvoie à un ou plusieurs indicateurs dont le composant financier permet l'évaluation économique ex-post dans des états financiers ad hoc. Ces dysfonctionnements traduisent une mauvaise stratégie de gestion des tâches à haute valeur ajoutée. Ils sont à la fois le résultat de comportements dysfonctionnels et de structures inadaptées. Il s'agit donc d'obtenir de l'ensemble des acteurs des comportements « ad hoc » et des actions à forte valeur ajoutée. »

CDS : « *En quoi la mission du contrôle de gestion socio-économique peut permettre une plus grande performance globale et, a fortiori, sociale ?* »

MM : « Le contrôle de gestion socio-économique s'insère donc dans une théorie fondant la performance sur des critères nouveaux (mesure de la création de potentiel) mais également sur des outils spécifiques, ceux du management socio-économique (MSE) comme le tableau de bord de pilotage stratégique ou les plans d'actions prioritaires. L'universalité de ces outils permet une meilleure communication-concertation-coordination⁵, point fondamental de la théorie socio-économique. En effet, les actions ne peuvent entraîner de véritables progrès qu'à la seule condition que l'on assure une bonne communication entre les acteurs (horizontale et verticale) mais également une concertation de ces derniers à l'avantage d'une concertation de leurs activités propres. »

CDS : « *Un contrôle accessible à tous finalement, gestionnaires et médecins ?* »

MM : « On retrouve, en effet, l'une des vertus d'un contrôle ad hoc dans les hôpitaux, c'est-à-dire accessible à l'ensemble des parties prenantes, fussent-elles gestionnaires ou non ! Le contrôle de gestion socio-économique est ainsi un contrôle partagé à tous les niveaux hiérarchiques bien qu'il demeure une fonction en soi. Il permet, en tant que tel, d'assurer au mieux les progrès, synonymes de performance, au regard aussi bien des résultats immédiats que l'on enregistre que de la création de potentiel. Le CGSE, en tant que tel, se distingue donc pour ses apports à la stratégie et notamment comme support de sa mise en œuvre. »

CDS : « *Les retombées financières, grande préoccupation du gouvernement actuel et pendant de la réforme du système de santé, sont-elles effectives ?* »

MM : « Dans un cas d'expérimentation de l'ISEOR de la mise en place d'un nouveau contrôle⁶, l'hôpital en question a procédé à la mise en place d'une démarche socio-économique afin d'aider au processus de changement des services techniques ainsi que de la stratégie. Ce travail a porté essentiellement sur les domaines de la maintenance et de l'entretien, comme services annexes de l'organisation. Après plusieurs mois de travail et d'observation, le diagnostic a mis en avant un manque à gagner de plus de 450 000 € par an. Ainsi, une meilleure gestion du temps au niveau du service approvisionnements a permis une optimisation des ressources et une diminution des coûts évaluée à 96 000 €. De la même façon, l'utilisation d'outils spécifiques à l'approche socio-économique (plans d'actions prioritaires, grille de gestion du temps, grille de compétences, etc.) ont permis d'économiser près de 100 000 €. De manière générale, les résultats ont été particulièrement probants eu égard à la meilleure gestion du temps de l'ensemble des employés concernés, d'une part, mais également à une meilleure utilisation des ressources (humaines et financières) dans les services concernés, d'autre part. Aussi, toutes les performances cachées

⁵ Savall H., Zardet V., Bonnet M., (2000), op.cit., pp. 20-21.

⁶ H. Savall, V. Zardet, « La réduction des coûts cachés : un moyen pour financer l'amélioration de la qualité à l'hôpital », Journal d'Economie Médicale, n° 4-5, 1996, pp. 285-290.

participent de la nécessité de disposer de ressources nouvelles, inhérentes aux activités de l'hôpital et utiles au développement durable de ce dernier. »

CDS : « *Le management socio-économique semble être une approche plaidant en faveur de la performance globale. On retrouve ainsi les préceptes de la RSE en matière de responsabilité sociale notamment. Mais, dans les faits, comment cette approche managériale parvient-elle à dépasser les clivages soignants vs non soignants ?* »

MM : « Nous l'avons dit en introduction, le défi de l'hôpital public français est de réussir le pari de garantir, voire d'améliorer sa qualité tout en corrigeant son inefficacité financière et en préservant le principe d'équité. Aussi, il est nécessaire de repositionner le débat d'un point de vue organisationnel, c'est-à-dire au niveau des acteurs de l'hôpital (direction, conseil d'administration, praticiens), mieux à-même d'arbitrer l'obligation de soins et la contrainte budgétaire. Le MSE travaille à l'amélioration de la communication, mais également de la concertation entre acteurs. Il postule que le management doit être « durable », c'est-à-dire fondé sur des actions internes et externes, elles-mêmes issues de décisions stratégiques et politiques, favorables à une structure et à des comportements tournés sur la croissance véritable. Par croissance véritable, il faut comprendre « création de valeur ajoutée » pour l'ensemble des parties prenantes.

Prenons l'exemple d'une démarche d'amélioration conduite depuis près de deux ans dans un grand hôpital psychiatrique français par l'ISEOR. Cette intervention doit permettre à l'organisation, d'une part, de se structurer différemment afin d'identifier les activités à fortes valeurs ajoutées et, d'autre part, fonder une démarche stratégique qui permettra de développer lesdites activités afin d'améliorer son résultat et sa capacité de renouvellement. La logique du MSE est, en somme, fondée sur une boucle de croissance favorable qui repose aussi bien sur la réduction des dysfonctionnements d'une organisation que sur la création de potentiel qui, en soi, plaide pour un développement durable. Cette création de potentiel vise essentiellement des résultats à long terme et doit passer, aussi, par une meilleure mise en œuvre de la stratégie.

CDS : « *Quels sont ces outils spécifiques nécessaires à la mise en œuvre stratégique ?* »

MM : « Le premier de ces outils est le Plan d'Actions Stratégiques Internes et Externes. Il sert à prendre en compte les différents objectifs que l'entreprise ou organisation souhaite atteindre dans un futur plus ou moins proche. C'est pourquoi il est généralement réalisé à 3 ou 5 ans et permet à la Direction, comme à l'ensemble des acteurs de la stratégie, de connaître les priorités de l'entreprise ou organisation et les contributions propres à chacun. Ainsi, dans le cas du service hématologique, le groupe de pilotage était constitué du directeur de l'hôpital, des cadres de santé ainsi que de membres de l'administration. Cette composition a permis, en amont de la mise en place du projet, une vision plus transversale de l'organisation et, au moment de la mise en place, une plus grande adhésion des personnels directement managés par l'un des membres du groupe de pilotage. Par ailleurs, les objectifs du plan concernent aussi bien les actions stratégiques de développement que les actions destinées à réduire les dysfonctionnements.

Le second outil est le Plan d'Actions Prioritaires, conçu pour aider les directions générales et les managers à recenser les tâches prioritaires selon leur degré de valeur ajoutée et qui doivent être réalisées dans un délai de six mois. Ces tâches concernent aussi bien la réduction des dysfonctionnements que la mise en œuvre de la stratégie. Ainsi, dans l'exemple de l'hôpital de jour, les coûts cachés ont été estimés à 13 400 € par personne et par an. La résorption de ces dysfonctionnements a donc permis en partie de financer le coût de réorganisation. En effet, globalement, les résultats ont permis une économie d'environ 260 000 € pour un coût de restructuration équivalent à peu près à 91 500 €. Ainsi, une partie des gains finance la prévention des dysfonctionnements et l'autre les actions de développement stratégique. »

CDS : « *Quels sont, en somme, les apports d'une meilleure mise en œuvre stratégique d'un point de vue organisationnel ?* »

MM : « Ce processus de changement est nécessaire afin de stimuler l'ensemble du personnel hospitalier au changement de l'organisation selon les deux axes d'amélioration : réduction des

dysfonctionnements et développement des axes stratégiques. Afin d'étayer au mieux ces deux aspects liés intrinsèquement à la performance, il est nécessaire pour la Direction de déléguer des activités stratégiques de façon à responsabiliser les individus, mais aussi à les rendre plus vigilants sur ce plan. Il est nécessaire, enfin, pour que la délégation soit pleinement efficace, que la Direction insiste sur la collaboration de l'ensemble des individus de l'organisation dans le processus d'amélioration, mais aussi sur la communication, entre les différents services utile à la concertation des tâches. »

CDS : « *Donc sur un travail et une collaboration plus importante entre les différentes catégories de personnel ?* »

MM : « Les différentes expérimentations de l'ISEOR ont démontré que le travail en équipe permettait d'améliorer la cohérence de la mise en œuvre stratégique en ce que les activités sont liées intrinsèquement. Par ailleurs, la stratégie globale repose sur une certaine transversalité qu'il est bon d'assurer au moyen d'une meilleure communication-coordination⁷. Enfin, la mise en œuvre stratégique permet d'asseoir les différentes actions d'amélioration au regard des deux principaux domaines visés par les réformes sanitaires, à savoir la responsabilisation de tous les personnels dans la réorganisation de l'hôpital et la qualité qui passe désormais par des procédures d'accréditation, affaire de tous ! »

3.2 Le contrôle de gestion socio-économique : entre efficacité et équité pour une croissance favorable

CDS : « *Nous l'avons souligné dans notre discussion, le dilemme pour l'hôpital est qu'il oscille entre contrainte budgétaire et qualité des soins en vertu des principes d'équité et d'efficacité. De fait, c'est la définition même de l'hôpital public qui est remise en cause : entreprise ou organisme de soins ? Le choix n'est pourtant pas possible et les principes d'efficacité et d'équité doivent être des objectifs indissociables à l'heure des grands changements pour l'hôpital. Comment parvenir à arbitrer efficacité et équité sur fonds de croissance favorable ?* »

MM : « Le dilemme est, en effet, que la restructuration visée par la réforme actuelle des hôpitaux français semble faire la part-belle aux considérations budgétaires pour une croissance immédiate. Cela s'explique, a priori, par les outils dont disposent (ou pourraient disposer) les services financiers des hôpitaux. En effet, leur système de contrôle se préoccupe en priorité des aspects quantitatifs et financiers, au détriment d'éléments plus qualitatifs visant à mesurer une performance plus sociale. »

CDS : « *Quels sont les éléments qui président à l'orientation des missions du système de contrôle ?* »

MM : « La littérature reconnaît que les directions générales introduisent et configurent le système budgétaire. Il en découle que, dans le contexte actuel, les priorités Or, sachant que les organisations du système de santé sont en proie à des impératifs de performance de plus en plus élevés et à très court terme, il est possible d'imaginer la difficulté pour leur système budgétaire de mesurer une performance autre que financière. Ainsi, bien que théoriquement envisageable, la configuration tournée vers une dimension sociétale et environnementale du contrôle ne semble pas dépasser le déterminisme technique et technologique (Boltanski et Chiapello, 1999) rendant difficile d'accès toute autre mission. »

CDS : « *Que propose le contrôle de gestion socio-économique pour dépasser ce « déterminisme technique » nécessaire à la mesure d'une performance sociale ?* »

⁷ Savall H., Zardet, Bonnet M., - Libérer les performances cachées des entreprises par un management socio-économique, Lyon, BIT, ISEOR Editions, 2000, pp. 25.

MM : « Afin de mieux mesurer la performance mais également de mieux la développer, deux missions nouvelles incombent au contrôle de gestion socio-économique : la vigilance économique et le conseil en gestion. La vigilance économique consiste en un contrôle régulier des actions menées pour la réalisation d'une performance à court terme en tant que résultat immédiat. Cette vigilance porte également sur la mesure et la réduction des coûts cachés des dysfonctionnements comme frein au développement et par suite à la création de potentiel. Le contrôleur de gestion est prépondérant dans cette logique de surveillance. Cette mesure suggère une autre fonction du contrôle qu'est le conseil en gestion, comme préalable de la régulation des comportements entraînant des dysfonctionnements, mais également comme assise d'une meilleure mise en œuvre de la stratégie. Aussi, la fonction de conseil en gestion apporte des éclairages nouveaux sur le choix d'indicateurs de mesure d'une performance à la fois économique et sociale et, ce, au sein de chaque service de l'hôpital. »

CDS : « *Mais la garantie d'une croissance favorable qui touche aussi bien les résultats immédiats que la création de potentiel peut-elle garantir, par le jeu de missions ad hoc, une véritable équité ?* »

MM : « L'autre grand intérêt de cette forme de contrôle, est qu'elle n'est pas située au seul rang du comité de direction ou de pilotage, mais à chaque niveau de production de l'organisation hospitalière. L'idée fondatrice est que le budget ne doit pas être alloué sans contrepartie en termes de responsabilité et de gestion. Chaque responsable opérationnel, hiérarchique, médecins ou non, aura ainsi une responsabilité quant à la pertinence de son budget, de son élaboration à l'évaluation ex-post des résultats.

À ce titre, le contrôle de gestion socio-économique se retrouve à chaque niveau hiérarchique, chaque entité ou service de l'hôpital et devient, de fait, une préoccupation d'ensemble. Il permet ainsi de mieux maîtriser les dépenses, certes (efficacité productive), mais également d'asseoir les décisions à court et long termes sur des indicateurs ad hoc qui favorisent une meilleure gestion budgétaire globale (efficacité allocative). Les médecins, premiers garants du principe d'équité, deviennent ainsi partie prenante à l'efficacité financière de l'hôpital, au niveau de la répartition des ressources (efficacité allocative) ainsi que de la qualité des soins apportés (efficacité productive) tout en veillant à traiter les patients de façon équitable. »

CDS : « *Le contrôle devient-il pour autant un outil de croissance favorable ?* ».

MM : « Si le MSE plaide pour un management durable, le contrôle socio-économique est sans nul doute un outil servant une plus grande croissance favorable. Il suffit de regarder tous les résultats obtenus par les équipes de l'ISEOR en 30 ans. Ils témoignent de la capacité des organisations, à partir d'outils adaptés, de dégager des ressources nouvelles qui garantissent leur croissance à long terme. Il n'est pas question uniquement d'amélioration financière ou budgétaire, mais de résultats d'ordre social. En effet, le contrôle veille à mesurer également les comportements comme fonctionnels ou non. L'idée fondatrice de la théorie socio-économique est donc là : parvenir à une organisation dont la structure et les comportements soient fonctionnels pour une performance aussi bien immédiate qu'à long terme et favorable à l'ensemble des clients (internes et externes). »



Conclusion

Réformer l'hôpital est une nécessité indiscutable du point de vue budgétaire uniquement, mais pas de l'équité en vertu de sa responsabilité sociale. Ce changement répond donc à une injonction paradoxale compte tenu du fait que l'hôpital français est parmi les meilleurs au monde du point de vue de la qualité des soins qu'il produit. Aussi, l'obligation de soins fait face à la contrainte budgétaire à un moment où l'Etat préconise de constituer des communautés hospitalières destinées à réduire les coûts de fonctionnements d'organisations hospitalières appelées à se spécialiser. Or, une fois encore, ce plan risque de remettre en question le principe d'équité et, par suite, la responsabilité sociale de l'hôpital qui, inévitablement, est l'objet du débat cette fois mené dans l'organisation même entre gestionnaires et médecins. Si les premiers tentent de changer l'hôpital en vertu d'une plus grande efficacité financière, les seconds semblent être les seuls garants du principe d'équité pour les patients. C'est pourquoi, il est nécessaire, d'une part, de s'intéresser à la façon dont l'hôpital meurt d'un point de vue organisationnel et, d'autre part, de permettre à l'ensemble de ses acteurs de conduire le changement dans la mise en œuvre d'une stratégie de développement durable.

Le management socio-économique apporte une réponse à la difficulté des organisations hospitalières pour changer sans renoncer au principe d'équité ni à la qualité de ses soins, que l'on peut opposer à la seule efficacité financière. Pour ce faire, le MSE fonde le processus d'amélioration sur deux axes : la réduction des dysfonctionnements et le développement stratégique. À cette fin, l'ensemble des acteurs de l'organisation deviennent partie prenante à la construction de la stratégie et, surtout, à sa mise en œuvre. Les résultats obtenus indiquent que le travail effectué sur les coûts-performance cachés permet de dégager des ressources nouvelles sur lesquelles viennent se bâtir ex-post des projets (dits création de potentiel) assurant le développement durable de l'hôpital français, mais également une croissance favorable. Le contrôle de gestion socio-économique est garant de ce processus d'amélioration en raison, d'une part, des missions qui ne se limitent plus à la seule mesure financière des résultats immédiats et, d'autre part, de sa configuration qui le rend accessible au sein de chaque entité ou service de l'hôpital comme outil unique et concerté. Cette approche innovante n'est, certes, pas la panacée, mais mérite d'être étudiée comme moyen d'accompagner au mieux les organisations hospitalières dans leur processus de changement grâce à un management stratégique adapté à un développement durable de leurs activités ainsi qu'à une croissance favorable.



Bibliographie

- Al-Tuwaijri A.S., Christensen E.T., Hughes E.K. (2004), "The relations among environmental disclosure, environmental performance, and economic performance: a simultaneous equations approach", *Accounting, Organizations and Society*, n° 29, pp. 447-471.
- Boltanski L., Chiapello E., 1999. - *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 841p.
- Bonnici B. (2007), *L'hôpital : obligation de soins, contraintes budgétaires*, Les Etudes de la Documentation française. Paris, 188 p.
- Bouquin H. (1991), *Le contrôle de gestion*, Paris, Gestion PUF, 2ème édition.
- Budet J.M., Blondel F. (2004), *L'hospitalisation publique et privée : des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007*. Paris, Berger-Levrault.
- Carroll A.B., Buchholtz A.K. (1999), *Business and Society: Ethics and Stakeholder Management*, 4th edition, Cincinnati, South-Western College Publishing.
- Clément J.M. (2004), *Réflexions pour l'hôpital : proximité, coopération, pouvoirs*, Les Etudes hospitalières, Bordeaux, 137 p.
- Clément J.M. (2007), *Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours*, Bordeaux, Les Etudes hospitalières.
- Clément J.M. (2008), *Contribution pour une vraie réforme hospitalière*, Bordeaux, Les Etudes hospitalières.
- Drevet G. (2000), « Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques ? », *Revue Gestions hospitalières*, 19 p.
- Esper C. (2005), « La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? A propos des ordonnances des 2 mai et 1er septembre 2005 », *Revue de Droit sanitaire et social*, n° 5.
- Fière D. (2007), « Le management socio-économique dans les hôpitaux : expérimentation dans un grand service d'hématologie des HCL », Actes du Colloque Le Notariat Nouveau, 8 p.
- Friedman M. (1970), "The Social Responsibility of Business is to make Profit", *New York Times Magazine*, 13 Septembre.
- Grosjean M., Lacoste M. (1999), *Le travail humain - communication et intelligence collective*, Presses Universitaires de France, Paris, 204 p.
- Grolier J., Perard Y., Peyret P. (2002), *La comptabilité analytique hospitalière médicalisée*, Ecole des Hautes Etudes de Santé Publiques, Paris, 390 p.
- Holcman R., (2006), « L'avenir de l'hôpital public français compromis ? », *Journal d'Economie médicale*, novembre-décembre, Vol. 24, n° 7-8, pp. 415-425.
- Ivanaj V. and Mc Intyre J. (2006), « Multinational Enterprises and Sustainable Development: A Review of Strategy Process Research », communication colloque international *Multinational Enterprise and Sustainable Development: Strategic Tool for Competitiveness*, Georgia Tech Center for International Business Education and Research (CIBER), Atlanta, Georgia, USA, October 19-20.

-
- Krief N. (2005), « L'impact de la tarification à l'activité sur le lien social à l'hôpital : étude du "Plan Hôpital 2007" », communication *16ème conférence de l'AGRH*, Paris Dauphine, 26 p.
- Larcher G. (2007), *Etat des lieux sur l'hôpital*, Paris, Ministère chargé de la santé, 12p.
- Larcher G. (2008), Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, Paris, MSSPS.
- Merlière Y., Kieffer R. (1997), *Le contrôle de gestion de l'hôpital*, Collection Evaluation et Statistique, Paris, 260 p.
- Nogues M. (2001), *Gestion hospitalière et régulation des dépenses de santé*, Presses Universitaires de France, Paris, 127 p.
- Holcman R. (2006), « L'avenir de l'hôpital public français compromis ? », *Journal d'Economie médicale*, novembre-décembre, Vol. 24, n°7-8, pp. 415-425.
- Roberts S. (2003), « Supply Chain Specific? Understanding the Patchy Success of Ethical Sourcing Initiatives », *Journal of Business Ethics*, N° 44, pp.159-170.
- Savall H. (1995), « Contribution du management socio-économique dans la réorganisation des services hospitaliers », *Revue Recherche en Soins infirmiers*, septembre, n° 42, 22 p.
- Savall H., Zardet V. (1992), *Le nouveau contrôle de gestion, méthode des coûts-performances cachées*, Editions comptables Malesherbes.
- Savall H., Zardet V. (1996), « La réduction des coûts cachés : un moyen pour financer l'amélioration de la qualité à l'hôpital », *Journal d'Economie médicale*, n° 45, 6 p.
- Savall H., Zardet V. (2003), *Maîtriser les coûts et performances cachés*, Economica.
- Savall H., Zardet V., Bonnet M. (2000), *Libérer les performances cachées des entreprises par un management socio-économique*, Lyon, BIT, ISEOR Editions, 182 p.
- Schweyer F.X. (2006), « L'hôpital, une transformation sous contrainte : hôpital et hospitaliers », *Revue française des Affaires sociales*, n° 4, pp. 203-223.
- Thiebaut A. (2005), « Responsabilité sociale interne et externe de l'hôpital public », Communication, *Colloque de l'ADERSE*, Lyon, octobre, 3 p.
- Vallancien G. 2008, Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire, Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.
- Vasseur A., Cazeau B. (2008), Rapport d'information sur la gestion de l'hôpital, Sénat. Commission des Affaires Sociales. Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris, 157 p.

