

UNIVERSITY OF PITEȘTI
Faculty of Economic Sciences

BULETIN ȘTIINȚIFIC – Universitatea din Pitești.
Seria Științe Economice

SCIENTIFIC BULLETIN - ECONOMIC SCIENCES -

Volume 12 / Issue 2
PITEȘTI - 2013

ISSN Online: 2344 – 4908
ISSN-L: 1583-1809

CONTENTS

REFLEXION AUTOUR DES MODES DE STRUCTURATION DES RESEAUX DE SANTE ET DES ORGANISATIONS EN SANTE.....	3
Bertrand PAUGET	
DECENTRALIZATION OF HEALTH SERVICES IN ROMANIA.....	11
Daniela PÎRVU, Ionel DIDEA	
VERS UNE SOCIETE RELATIONNELLE EN FRANCE : IMPACT ET DIVERGENCE AVEC UNE SOCIETE ORIENTEE PAR L'ECONOMIE ET LE PIB : LE CAS DE LA PROTECTION SOCIALE.....	18
Martine PEYRARD-MOULARD, Bertrand PAUGET	
PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEMS AND EVOLUTION OF MANAGEMENT CONTROL IN FRENCH HOSPITALS: AN OVERVIEW	24
Jérôme LARTIGAU	
THE E-HEALTH SYSTEMS IN POLAND	54
Małgorzata WALCZAK, Zdzisław PÓLKOWSKI	
L'INTUITION DES DIRIGEANTS : ESSAI DE DEFINITION ET CONCEPTIONS MANAGERIALES.....	67
Ahmed DAMMAK	
THE FRENCH PARADOX: HOW CAN WE EXPLAIN THE ASSIMILATION OF HEALTH BIOTECHNOLOGIES?.....	85
Bertrand PAUGET, Xavier PARISOT	
THE ROLE OF RELATIONAL COMPETENCE IN THE HEALTHCARE SECTOR	95
Bertrand PAUGET, Mathieu CABROL	

Scientific Committee

- Professor Ionel DIDEA – Ph.D., Rector of University of Pitesti
- Professor Constantin DRĂGHICI - Ph.D., Vice Rector of University of Pitesti
- Professor Woodrow H. Sears, Ed.D. College of Social Sciences, Vilnius, Lithuania
- Professor Anastasios KARASAVVOGLOU – Ph.D., Kavala Institute of Technology, School of Business and Economics, Greece
- Professor Bertrand Pauget, European Business School Paris, France
- Professor Rodica Milena ZAHARIA – Ph.D., Academy of Economic Studies, Bucharest
- Professor Marta Christina SUCIU - Ph.D., Academy of Economic Studies, Bucharest
- Professor Constanta IACOB - Ph.D., Faculty of Economics and Business Administration, University of Craiova
- Professor Stavros VALSAMIDIS - Ph.D., Kavala Institute of Technology, Greece
- Professor Ion LUNGU – Ph.D., Academy of Economic Studies, Bucharest
- Professor Gheorghe Matei – Ph.D., Faculty of Economics and Business Administration, University of Craiova
- Professor Mihaela DIACONU – Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti
- Professor Emilia UNGUREANU - Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti
- Associate Professor Luminita SERBANESCU - Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti
- Associate Professor Magda RADULESCU - Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti
- Associate Professor Gheorghe SĂVOIU, Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti
- Associate Professor Amalia PANDELICA – Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti

Editorial Board

- Associate Professor Daniela PIRVU - Ph.D., Dean of Faculty of Economic Sciences (MANAGING EDITOR)
- Assistant Professor Pavlos DELIAS – Ph.D., Kavala Institute of Technology, Greece (ASSOCIATE EDITOR)
- Assistant Professor Ion Lucian CATRINA, “Dimitrie Cantemir” Christian University, Bucharest
- Assistant Professor Violeta DOMANOVIC (TERZIC) - Ph.D., Faculty of Economics, University of Kragujevac, Serbia (ASSOCIATE EDITOR)
- Associate Professor Daniela Melania MIHAI – Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti
- Associate Professor Emilia CLIPICI – Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti
- Associate Professor Cristina BALDAN, Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti (EDITOR)
- Assistant Professor Consuela NECSULESCU, Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti (EDITOR)
- Associate Professor Claudia BURTESCU – Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti (EDITOR)
- Associate Professor Victoria FIRESCU - Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti (EDITOR)
- Associate Professor Emil BURTESCU – Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti (EDITOR)
- Associate Professor Tiberiu AVRAMESCU - Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti
- EDITOR-IN-CHIEF - Associate Professor Logica BĂNICĂ - Ph.D., Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti
- EDITORIAL SECRETARY - Assistant Professor Ph.D. Alina HAGIU - Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti
- EDITORIAL SECRETARY - Assistant Professor Ph.D. Cristina MICU - Faculty of Economic Sciences, University of Pitesti

REFLEXION AUTOUR DES MODES DE STRUCTURATION DES RESEAUX DE SANTE ET DES ORGANISATIONS EN SANTE

Bertrand PAUGET¹

European Business School, Paris, France, bertrandpauget@ebs-paris.com

Résumé: Cette communication s'appuie sur des travaux antérieurs sur les réseaux de santé menés par l'auteur et mène à une généralisation théorique sur une organisation de nature différente. L'idée émise ici est que les organisations du secteur de la santé participent d'une organisation plus relationnelle.

A cette fin, nous déplaçons le thème de la recherche sur les réseaux de santé qui sont souvent situés dans une perspective plus performative (travail sur les outils, les dispositifs de coordination) vers des aspects plus tournés vers la théorie des organisations et la structuration des organisations relationnelles. Nous pensons en effet que celles-ci vont souvent au-delà de l'opposition classique soulignée entre organisations mécanistes et organiques (Burn et Stakler, 1961, Wine et al., 2006) mais les outils de gestion et les cadres de pensée pour interroger les organisations résident toujours dans l'opposition organisation mécaniste et organique.

Mots clés: structuration, organisation, relation, métaphysique de l'action.

Abstract: This theoretical paper is based on previous articles written by the author. Indeed, we believe that the organizations must be analyzed beyond the classic opposition between mechanistic and organic organizations (Burn and Stakler, 1961 Wine et al., 2006). The organizations in the health sector are seen as a relational organization. We explore the potential outcomes of this vision of the organization.

Keywords: structuring, organization, relation, metaphysics of action

JEL Classification Codes : I10, L23, L32

Thème : « Les maladies chroniques, un enjeu pour les systèmes de santé, un enjeu de société »

INTRODUCTION

En 2008, une synthèse longitudinale sur deux réseaux de santé nous a amené à considérer qu'ils étaient victimes de leur succès : le nombre de patients augmentait rapidement ; il fallait les intégrer. A titre d'exemple, le nombre de malades pris en charge par le réseau pôle mémoire spécialisé dans la maladie d'Alzheimer sur l'Aube avait cru de 450% au cours de la période s'étalant de 2004 à 2007 (Pauget, 2008). Le choix, souvent opéré par ailleurs, était de formaliser l'organisation vers plus de stabilité en imaginant des outils, des dispositifs de coordination, et de coopération s'apparentant finalement à une recherche d'équilibre entre une bureaucratisation de l'organisation (Mintzberg, 1982) et la flexibilité des organisations réticulaires (Livian, 1998). Or, le déplacement du curseur vers tel ou tel mode de structuration apparaît décisif dans des organisations non stabilisées. La plupart des recherches sur les réseaux de santé optant pour des études plus performatives centrées autour des outils des dispositifs de coordination ou de conception (Bruyère, 2009, Grenier, 2012, Bonafini, 2002). Nous souhaitons au contraire

¹ Professeur de management, Ph.D.

interroger la nature des phénomènes relationnels et leur contribution à la structuration des organisations. Ainsi, c'est toute la question de la structuration qui se trouve posée. Cette structuration est critique pour le bon fonctionnement des réseaux de santé qui jouent un rôle de premier plan dans la prévention et la prise en charge de maladies chroniques et au-delà pour les organisations en santé. Or elle est liée à la capacité des acteurs à entrer et créer des relations (Grenier et Pauget, 2007). Constatons que ce phénomène relationnel est soit très employé (voir par exemple les recherches incessantes sur les réseaux qu'ils soient organisationnels ou sociaux) ou dilué dans une perspective plus large (Pesqueux en 2009 parle ainsi de modèle de coopération-confiance ; Alter en 2011 d'organisation structurée par le don...); mais au final il est finalement peu caractérisé. Et quel est son impact sur une organisation ?

En nous nourrissant de travaux antérieurs sur les réseaux de santé, nous souhaitons revenir dans ce papier théorique, aux sources de l'organisation pour comprendre pourquoi le mode de structuration par les organisations en santé en général et celles s'occupant des maladies chroniques en particulier n'a pas été aussi fructueux qu'il aurait pu être. Notre postulat est que le mode de fonctionnement des réseaux de santé ne peut se résumer à une opposition entre une organisation mécanistes (du type des hôpitaux) et organiques (son exact opposé). L'avènement des réseaux de santé nous semble emblématique d'une nouvelle manière dont nous devons appréhender la structuration de l'action collective. Elle participe sans doute d'une nouvelle vision de l'organisation plus orientée et centrée sur les relations. Si tel est le cas, le management des réseaux de santé est à repenser.

1. PEUT-ON ETUDIER LES PHENOMENES RELATIONNELS ?

Dans cette première partie, nous nous demandons si la structuration des réseaux de santé est possible à partir de phénomènes relationnels. S'il est possible de convoquer des explications rivales (comme une opposition politique des acteurs du terrain et les instances de tutelle), on ne peut exclure une explication endogène. Parmi celles-ci nous privilégions la notion de relation. Un double facteur contextuel aurait pu minorer l'importance des aspects relationnels comme facteur d'analyse. En premier lieu, nous nous trouvons ici dans le secteur de la santé dans lequel les relations sont au centre des préoccupations et de la définition identitaire des professionnels de la santé (DeMailly, 2008). Comme les professionnels de santé aiment à le rappeler, ils traitent de « *l'humain* » (propos d'un médecin du réseau de santé étudié). Il nous semblait néanmoins qu'il fallait aller au-delà des aspects contextuels et que la relation pouvait être un cadre englobant d'analyse.

En second lieu, il y a lieu de rappeler le contexte. En effet, en 2001-2002, alors que les réseaux de santé connaissent une phase de croissance, la première grève des médecins généralistes a lieu en France. En effet, avec les financements dédiés au réseau de santé, il y a un devoir de preuves et un grand formalisme à assumer vis-à-vis des financeurs, c'est-à-dire pour paraphraser les termes qu'ils employaient à l'époque : une structure complexe les obligerait à entrer dans une forme de dépendance vis-à-vis des instances de tutelle. Ils avaient peur de devoir adopter des relations contraignantes imposées par ces instances. Selon nous, ces aspects relationnels -loin d'être anecdotiques- ont toute leur place au sein de la théorie des organisations et du management. C'est cet aspect que nous développons ici. Mais que sont ces aspects relationnels ? Et comment les caractériser dans une perspective de structuration ?

2. VERS UNE OPPOSITION DES MODELES ?

Dans cette deuxième partie, nous pouvons presque opposer point par point la notion de réseau aux formes plus traditionnelles d'organisations. Ainsi, le réseau met volontiers l'accent sur les différences de relations comme projet constitutif de l'action collective, tandis que les

organisations mécanistes recherchent plus volontiers une vision commune promue notamment par des éléments cadrant les relations.

Déconstruction, déstructuration tels sont parfois les termes employés pour désigner l'impression de manque de destruction des organisations fordistes traditionnelles. On peut les nommer organisation bureaucratique (Weber, 2004) ou encore organisation mécaniste (Mintzberg, 1995, Burn & Stalker, 1961). On oppose souvent cette dernière aux organisations organiques ou réticulaires (Butera, 1991). Ainsi, nous avons d'un côté une organisation avec des statuts, une stratification, une hiérarchie bien établie. De l'autre côté, de nouvelles formes d'organisations qui sont décrites comme un affaiblissement des caractéristiques de l'organisation mécanistes. Elles sont moins basées sur la hiérarchie que la coordination, la confiance ou encore la coopération (Thomson, 1967). Les organisations réticulaires sont plus « *décloisonnées et transversales* » (Kalika et al., 2000 : 66). Les jeux relationnels sont moins codifiés. Pour Josserand (1998), c'est la liberté de l'acteur qui en est la caractéristique principale. Dit autrement, au déterminisme de l'organisation mécaniste (de ses règles fixes ; du marché ; de la technologie), succède une organisation qui est censée être caractérisée par une grande liberté d'action, un agir intentionnel et individuel.

Le modèle de l'organisation classique cède progressivement du terrain face à l'apparition d'arrangements structurels reposant sur une transversalité tous azimuts : des frontières de l'organisation, entre acteurs... Cette indistinction entre l'externe et l'interne nous a amené à distinguer d'une part la logique de projet qui est un apport d'horizontalité des relations et, d'autre part, la hiérarchie dans des structures verticales d'une organisation réticulaire. Les organisations réticulaires constituent bien une organisation propre (Froehlicher, 2001) qui met « *en avant des options stratégiques à dominantes relationnelles* » (Froehlicher, 1999 : 12). La pérennité des réseaux fait toutefois l'objet de questionnements. Ainsi pour Barroncelli et Froehlicher (1998), elle dépend de la volonté des acteurs de rester actifs dans la structure.

Quant à la structuration des organisations, celle-ci a été envisagée selon plusieurs perspectives (Macintosh et Scapens, 1990, Bouchikhi, 1990, Giddens, 1987, Eraly, 1998). Pour les uns, elle est extérieure à l'organisation. Williamson (1975) mettait ainsi en évidence le rôle du marché ; Mintzberg l'élargissait à la technologie... Pour d'autres, ce sont des causes internes qu'il faut invoquer : l'organisation se structure et se perpétue en interne (Sieur, 2011). Plus spécifiquement, à la suite d'Autissier et Wacheux (2003) ou encore de Barley et Pamela (1997), nous avons travaillé sur le rôle des acteurs dans la structuration interne de l'organisation. C'est en ce sens que la structuration peut être relationnelle (Kechidi, 2005). Elle est définie comme : « *celle des modes par lesquels ces systèmes, qui s'ancrent dans l'activité d'acteurs compétents, situés dans le temps et dans l'espace, et faisant usage de règles et de ressources, dans une diversité de contexte d'action, sont produits et reproduits dans l'interaction de ces acteurs, et par elle* » (Giddens, 1987 : 74).

Toutefois, la littérature ne s'intéresse que peu aux origines *ex ante* de la relation. Elles apparaissent pour une grande partie d'entre elles très déterministes (songeons ici à l'héritage Parsonien, mais aussi à l'École de sociologie de Paris repris dans les organisations mécanistes). La sédimentation de ces relations apparaissait comme étant faites en référence à des relations en dedans ou au dehors de l'organisation mais ses mécanismes n'étaient pas toujours explicites dans les organisations réticulaires (Ouchi, 1980). Ainsi, on peut de manière archétypale considérer que les organisations mécanistes proposent des systèmes de structuration où la relation s'impose à l'acteur : ce système est préexistant et contraignant. S'agissant de l'organisation réticulaire, à l'inverse, ce système est émergent et négocié.

3. VERS UN DEPASSEMENT DES MODELES ? VERS UNE ORGANISATION PLUS RELATIONNELLE ?

Sommes-nous entrés dans une ère relationnelle (cf. Galbreath, 2002) ? Nous constatons un intérêt manifeste pour les aspects relationnels que ce soit de la part des chercheurs ou de la part des professionnels Cette perspective est-elle néanmoins valable pour le secteur de la santé ? Ceci mérite d'être discuté. L'organisation relationnelle est-elle pour autant un objet d'étude en soi ? Une recherche sous Cairn, SSRN ou EBSCO montre la pauvreté des résultats. Ce terme étant à de rares exceptions près (Froehlicher, 1999, 2003) très peu employé tant dans la littérature francophone qu'internationale (Özbilgin, 2006). Toutefois, nous assistons, peut-être pour paraphraser la pensée de Hatchuel et al. (2000) à des organisations qui ne sont plus orientées vers la conception mais des organisations qui sont orientées vers la relation ?

Les phénomènes relationnels sont importants pour l'organisation et pas seulement dans le cas des organisations réticulaires. Pourtant, si nous postulons de l'accroissement des phénomènes relationnels, peut-on considérer que la relation devient le fondement même de l'organisation ? Doit-on généraliser en disant que nous entrons dans une ère relationnelle et donc d'organisation relationnelle ? Nous souhaitons montrer qu'au-delà des oppositions classiques entre les organisations mécanistes et organiques, les organisations en santé peuvent peut-être être archétypaux d'une forme d'organisation plus relationnelle. Toutefois, comme le notait Clarkson (1995) : « *It is the first condition of being human. It is so obvious that it is frequently taken for granted and so mysterious that many (...) have made it a focal point of a lifetime's preoccupying passion* ». La relation est donc imprécise. Nous la définissons comme un lien entre deux ou plusieurs individus.

Vers une organisation relationnelle ?

Les changements sur les réseaux de santé ont fait émerger des thématiques qui nous semblent typique d'une organisation relationnelle. Nous en avons noté plusieurs lors de nos travaux antérieurs :

- La capacité de l'organisation à innover à partir des connaissances relationnelles (Pauget et Dammak, 2010).
- La capacité à articuler les relations entre acteurs au moyen de compétences relationnelles ou du désir des acteurs d'entrer en relation (Ohana et Pauguet, 2009, Pauguet et Dammak, 2012).
- Un pilotage relationnel (Grenier et Pauguet, 2007). Sur le terrain, le réseau avait des difficultés à se structurer de manière classique. La diversité des acteurs apparaissait dès lors comme un frein ou une opportunité. Dans cette optique, prendre conscience des relations enjeux et les piloter apparaissent crucial : « *Non pas une action effectuée par des forces sociales homogènes, mais au contraire une action rassemblant différents types de forces qui sont associées précisément parce qu'elles sont différentes* » (Latour et al., 2006 :107). Nous évoquons en 2007 l'idée que l'on puisse piloter une organisation par les relations (c'est-à-dire jouer de normes pour faire émerger des actions) ou au travers des relations (pour faire circuler et légitimer les relations). On peut évoquer une gestion relationnelle (par les relations ou le bien être), voire une gouvernance relationnelle incompatible avec les outils classiques de la gouvernance et de pilotage d'une organisation mécaniste (Hadders et Pauguet, 2011).

Dans la même perspective, nous parlions en 2012 d'un désir de la part des employés d'un type d'organisation caractérisée par l'assiduité, la créativité, le bien être des salariés... Dans ce type d'organisation, nous envisagions une forte activité de compagnonage (mentoring) comme marque distinctive de la socialisation des acteurs. Ce type d'organisation accepte de consacrer tout ou partie de ses ressources à des aspects relationnels qui apparaîtraient triviaux dans des organisations mécanistes mais qui participent in fine de la performance de l'organisation.

En reprenant ces éléments et au regard de ces transformations relationnelles, nous souhaitons comparer ces éléments avec des organisations mécanistes et organiques. Nous les comparons du point de vue du contrôle, de la division du travail et des rôles que prennent les acteurs dans l'organisation ; de la répartition des tâches et de l'autorité et des valeurs. Ces éléments ont déjà été employés dans des études comparatives antérieures mais centrées sur les ressemblances et différences entre organisations mécaniques et organiques (Burn et Stalker, 1961, Sine, 2006). Au total, il y a bien en émergence un type d'organisation distincte dont on trouve certaines des caractéristiques dans les réseaux de santé (mais pas que). Parmi les changements notables, on pointera l'investissement relationnel fort ; la capacité à manier les relations et une évaluation par ses pairs. L'horizon souhaité par les organisations relationnelles est centré autour du développement des personnes travaillant dans l'organisation. Emerge alors une gestion relationnelle des parties prenantes orientée par le développement du bien-être (entre autres).

Mode de construction de l'organisation et caractéristiques principales de l'organisation	Organisations mécanistes	Organisations organiques	Organisations relationnelles
Contrôle	Stable	Changeant	Capacité à se connecter à d'autres personnes
Division du travail (rôle) et définition des tâches	Rôles et routines	Ajustement continu	Investissement relationnel pour créer des opportunités de développement et d'adaptation
Répartition des tâches (spécialisation ou non)	Organisation centrée par la hiérarchie et le savoir	En réseau, centré autour des communautés <i>ad hoc</i>	Organisation centrée autour du développement de l'individu (bien être, mentoring...)
Autorité	Centralisée	Décentralisée	Multiple et disséminée
Valeurs	Loyauté, honneur, forme de légitimation et de soumission à l'autorité	Valeurs centrées autour du projet ; de la création, de la conception, de l'agilité et de la flexibilité	Reconnaissance par les pairs

D'après Burn et Stalker, 1961 et Sine, 2006.

GENERALISATION

Les sociétés occidentales se sont largement tournées vers la production de services. Si l'on prend l'exemple de la France, l'INSEE rappelle que la part de l'agriculture a chuté de 21% du produit intérieur brut (PIB) en 1949 à moins de 2% en 2012. Dans le même temps l'industrie chutait de 27% à 14%. Ces productions primaires ou secondaires ont été remplacées par l'essor des services marchands (56%) et non marchands (21%) ; ces derniers incluant les secteurs comme l'éducation, la protection sociale ou encore la santé. Le tournant selon l'INSEE date de l'année 1974. L'industrie est touchée à la fois par les conséquences du choc pétrolier mais aussi par la crise des modes de productions (le fordisme) qui cède sa place à une société tournée vers les services. Ce changement est tout sauf anecdotique en ce qu'il déplace le centre de gravité de

l'activité économique du bien (le produit) au service (et aux relations sous-tendues). Or, Baumol (2012) que la part du travail humain dans les services est irréductible et ne peut être pilotée de la même manière que l'industrie où l'automatisation permet des gains de productivité.

Que se passerait-il si une autre société se mettait en place ? La France, comme tous les pays ayant un système de santé bismarckien, a fait le choix de placer l'hôpital au centre du système de santé. On parle d'ailleurs de système hospitalo-centré à son endroit. Depuis moins d'une décennie, elle progresse vers la prévention afin de limiter ses dépenses. Elle oblige ainsi les industriels de l'agro-alimentaire à faire la promotion des légumes ou du sport pendant leurs publicités audiovisuelles par exemple. Mais cette tendance est déjà en retard par rapport aux phénomènes constatés sur le terrain. Les français pour une part sont déjà rentrés dans une société du bien-être. Nous pensons que les pratiques liées au soin ont déjà changées et les instruments pour le mesurer d'un point de vue économique sont balbutiants. La société se réorganise autour de l'individu et de son lien à l'environnement. La production de service diverge dans ses mécanismes et son contenu de ce que prend habituellement en compte le PIB. Il sous-estime les aspects relationnels à l'œuvre notamment dans leur performativité. A ce nouvel horizon des relations sociales correspond un nouvel idéal des relations et de leurs développements : il s'agit d'une organisation relationnelle que l'on voit poindre à travers les réseaux de santé (entre autres) mais qui n'est jamais reconnue en tant que tel.

CONCLUSION

A travers notre expérience des réseaux de santé, nous nous sommes demandés pourquoi les réseaux semblent progressivement céder à une demande de structuration se rapprochant d'une organisation mécaniste (Pauget 2006). S'agit-il seulement de calquer ce modèle sur les tutelles pour pouvoir aligner les performances et les mesures de l'organisation ? Ou doit-on croire que le passage d'un mode d'organisation réticulaire (caractéristique des organisations en santé en émergence) doit nécessairement céder le pas à une structuration plus mécaniste ? Nous ne le pensons pas. Nous considérons au contraire que le champ de la santé mérite une approche distincte et complémentaire centrée autour des relations et d'une structuration relationnelle.

Nos travaux antérieurs suggèrent plutôt l'émergence d'une organisation que nous qualifions de relationnelle. La perspective que nous avons retenue est endogène et centrée autour des relations.

Les relations sont au centre de la performance de ces organisations mais finalement il n'y a que peu d'outils, de dispositifs de coordination qui en tiennent vraiment compte. Où trouve-t-on une gouvernance relationnelle ? Que veut dire placer le bien être des parties prenantes au centre du développement d'une organisation ? Ce qui nous est présenté dans les travaux de recherche est constitué d'adaptation d'outils issus d'organisations mécanistes.

En demandant plus de structuration mécaniste (et ultimement de se rabattre sur des modèles de gestion plus mécanistes), ne limite-t-on par la capacité des réseaux de santé, organisation éminemment relationnelle, à produire un modèle organisationnel réellement différent ? Ne faut-il pas adapter les critères de performance en conséquence ?

Peut-être a-t-on ici un des critères explicatifs qui limite la portée des réseaux de santé. Comment reconnaître leur pertinence dans le maintien et la prise en charge du handicap avec des critères d'évaluation qui ne leur sont pas adaptés ? Il faut pour cela admettre l'idée d'une organisation structurée et centrée autour de la relation et développer des outils de gestion adaptés. Ce type d'organisation où le mentoring, les échanges et la transmission sont au cœur (et bien plus et autrement que les organisations mécanistes) de la structuration et de la performance des organisations. Ce type d'organisation si elle se généralisait expliquerait une partie des décalages actuels avec les organisations héritées du taylorisme et qui peinent à prendre en considération les changements en cours. Cela pourrait expliquer l'importance de thématiques de

recherche autour des parties prenantes, de la diversité, des rationalités multiples dont nous avons traité de manière incidente ici. Rapportée aux Sciences de Gestion, cette société déplace le centre de gravité métaphysique vers l'individu. Il faut étudier au plus près l'individu dans l'émergence d'un projet collectif. Il y a une dynamique dont l'enjeu se trouve au niveau de la création d'un collectif et la transmission du savoir. Or, le pilotage des organisations ne tient pas assez compte selon nous de ces transformations.

Nous avons travaillé sur des concepts peu balisés dans les Sciences de Gestion, comme celui de la relation. La limite et le risque de cette théorisation est d'adopter une perspective tautologique car la relation traite à la fois de la méthode, de l'épistémologie et du cadre conceptuel. Postuler du cadre conceptuel, c'est déjà orienter de manière particulièrement forte l'épistémologie et la méthode, et réciproquement. Voilà pourquoi nous inscrivons ces travaux dans une perspective plus large de définition des sciences de gestion entendues comme une nouvelle métaphysique de l'action.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alter N., 2011, Donner et prendre : la coopération en entreprise, Lé découverte, Poche, Paris.
2. Autissier D., Wacheux F., (2003), *Structuration et management des organisations : gestion de l'action et du changement des entreprises*, Logiques de gestion, L'harmattan
3. Barley (S.R.), Pamela (T.S.), (1997), « Institutionalization and structuration : studying the links between action and institution », *Organisation Studies*, (18 : 1), pp. 93-118
4. Barroncelli, A., Froehlicher T, (1998), « L'enchevêtrement des formes organisationnelles : Marché, hiérarchie, réseau », VIIème conférence de l'AIMS Bonafini, 2012.
5. Baumol, W., The cost disease : why computer get cheaper and health doesn't ?, Yale University Press, New Haven, 2012.
6. BRUYERE, C.; VERLAQUE, A. (2009), « Un élargissement du concept de réseau clignotant : proposition de lecture de deux formes de réseaux territorialisés », *Management et Avenir*, numéro spécial « CRET- LOG », n° 24, décembre, p. 178 - 195
7. Butera, F., (1991), La métaphore de l'organisation, du château au réseau. Les Editions
8. d'Organisation
9. Burns, T., & Stalker, G. M. 1961. *The management of innovation*. London: Tavistock
10. Cloet H. ST Aubert, H., « Les effets de levier dans l'apprentissage du management de proximité », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2006/28 (Vol. XII), pp.129-163.
11. Clarkson, M.B.E, 1995, A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance. *Academy of Management Review*, 20, 65-91.
12. Demailly L., *Politiques de la relation : approche sociologique des métiers et des activités professionnelles et relationnelles*, Presses universitaires du Septentrion, Lille, 2008
13. Eraly A., *La structuration de l'entreprise : la rationalité en action*, Editions de l'université de Bruxelles, 1998.
14. Froehlicher T., « La dynamique de l'organisation relationnelle : conventions et réseaux sociaux au regard de l'enchevêtrement des modes de coordination », *Cahier de Recherche Grefige*, 07, 1999. Galbreath, J. 2002. Success in the relationship age; Building quality relationships assets for market value creation. *The TQM Magazine*: 14 (1).
15. Froehlicher T. (sous la direction de), *La compétence relationnelle*, PUN, Nancy, 2003.
16. Giddens, A., *La constitution de la société*, (trad. Fr. the constitution of society), 1987.
17. Grenier C., Pauget B., « Le pilotage normatif d'un réseau de santé », 16ème conférence de l'AIMS, 5-7 juin 2007, Montréal, 2007.

18. Grenier C., (2011) « Structuring an integrated care system: interpreted through the enacted diversity of the actors involved – the case of a French healthcare network », *International Journal of Integrated Care (research and theory paper section)*, Volume 11, 16 February (online paper)
19. Hadders H., Pauget, B., Measuring Corporate Sustainability with Relational Footprinting, Southern Management Association Meeting, Savannah, Georgia, November 2011. Hatchuel A. (sous la direction de), *Les nouveaux fondements des sciences de gestion*, Vuibert, Fnege, 2000.
20. Josserand E., (1998), « Le réseau comme mode d'organisation interne », VIIème Conférence de l'AIMS
21. Kalika M. et al., (Septembre 2000), « Décloisonnée et transversale, l'organisation change », *Expension Management Review*, No 98, pp. 66-80
22. Latour B., Akrich M. et Callon M., *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Les Presses de Mines Paris, Paris, 2006.
23. Livian Y-F., (1998), *Organisation – théories et pratiques*, Dunod
24. Macintosh NB., Scapens R.W., (1990), “Structuration theory in management accounting”, *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 15, No 5, pp.455-477
25. Mintzberg H., (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions de l'organisation
26. Mintzberg H., (1995), *Voyage au centre des organisations*, Les éditions de l'organisation
27. Ohana, M., Pauget, B., « Les incitations dans les organisations à but non lucratif : le cas d'un réseau de santé », *Sciences de gestion*, 73, 2009, 75-94.
28. Ouchi W., (1980), “Markets, bureaucracies and clans”, *Administrative Sciences Quarterly*, vol 25, n°1, pp. 129-141
29. Özbilgin M., *Relational perspectives in organizational studies*, Olympia Kyriakidou (Editor), New York, 2006.
30. Pauget B., Dammak A., « L'arrivée de la génération « Y » : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ? », *Pratique et Organisations des soins*, 2012, 1, 25-33.
31. Pauget B., *La connaissance relationnelle comme aide à la compréhension de la structuration d'une organisation*, Thèse de doctorat, Troyes, Décembre 2006.
32. Pauget B., *La professionnalisation de la coordination analysée dans deux réseaux gérontologiques*, *Sociologie et santé*, No 29, Décembre 2008, 71-89.
33. Amirou, R., Pauget, B., Dammak, A., « Analyse de l'évolution du secteur de la thalassothérapie : les conséquences de la logique de séduction employés-clients », *Journal of Social Management*, 2010-2, 135-155.
34. Pauget B., Dammak A., *The Arrival of the Generation “Y”: the Managerial and organizational Implications for French Health and Social Organizations*, 8th ICICKM, Bangkok, October 2011.
35. Pesqueux Y., « Networks, stakeholders theory and deliberative democracy », *Journal of Innovation Economics*, n° 4, 2009-2, pp. 63-78.
36. Sieur Ph., *Sociologie des organisations : introduction à l'analyse de l'action collective organisée*, Paris, A. Colin, 3^{ème} édition.
37. Sine W.D., MITSUHASHI H., Kirsch D., REVISITING BURNS AND STALKER: FORMAL STRUCTURE AND NEW VENTURE PERFORMANCE IN EMERGING ECONOMIC SECTORS, *Academy of Management Journal*, 2006, Vol. 49, No. 1, 121–132.
38. Thomson JD., (1967), *Organisations in actions*, McGraw Hill.
39. Weber M., (2004), *Economie et société*, Agora, Press Pocket, Tome 1.
40. Williamson O.E., (1975), *Markets and hierarchies - analysis and antitrust implications*, Free Press.

DECENTRALIZATION OF HEALTH SERVICES IN ROMANIA

Daniela PÎRVU¹, Ionel DIDEA²

¹ Faculty of Economics, University of Pitești, ddanapirvu@yahoo.com

² Faculty of Law and Administrative Sciences, University of Pitesti, prof.didea@yahoo.com

Abstract: This paper aims to provide an analytical framework for decentralization of health services in Romania. Decentralization, intended as a measure to increase quality of health services provided to the population, and to a better functioning of these some health units far not led to the expected results

Keywords: decentralization, health services, reform.

JEL Classification Codes: I15, I18

1. INTRODUCTION

Health is one of the most important areas of our society. Therefore, any transformation, reform or change in this area generated always a great public interest and it constituted a very sensitive political, social economic and financial issue. Decentralization of health services is an important trend of public policies. Public authorities aimed to promote the local autonomy and financial responsibility for health services through decentralization because local authorities are closer to the population and they can play a coordinating and facilitating role for intersectoral activities, in order to provide more effective and appropriate public services, more than any other institution.

In health services, decentralization has two hottest forms:

- **Deconcentration.** It involves the transfer of administrative rather than political authority. This form of decentralization transfers authority and responsibility from a central Ministry of Health to field offices of the Ministry at regional, provincial, and/or local levels (Mills et al., 1990). Deconcentration has been the form of decentralization most frequently used in developing countries since the early 1970s (Rondinelli et al., 1983).

- **Delegation.** This form of decentralization transfers authority and responsibility from the Ministry of Health to organizations not directly under its control (i.e. non-governmental agencies). This is thus a further deconcentration of responsibilities but for limited functions and usually for specific periods of time (Saltman et al., 2007).

- **Devolution.** implies the creation or strengthening of subnational levels of government that are substantially independent with respect to a defined set of functions (Mills et al., 1990).

- **Privatization.** This form of decentralization implies the total or partial transfer of assets of public health system from public into private ownership.

European Union countries use a various number of political, economic, organizational and legal forms of decentralization.

¹ Associate professor, PhD

² Professor, PhD

Decentralization of health services in Romania involves the transfer of responsibilities to local government. Decentralization is only administrative and organizational. Methodologically, specific activities of decentralized institutions must remain in coordinating ministries.

The main argument for decentralization of health services in Romania is increasing the performance of the health sector. This implies a major change of decision-making and accountability mechanisms, so that the decision can be made as possible close to where health services are provided and used. In this way public authorities provide a better suitability for health needs of the population and direct accountability of decision-makers in the community. At the same time, the central structures (especially the Ministry of Health - withdrawing from local management) can focus on strategic functions, namely the development of sectoral policies, supervision and guidance of the entire system, including outside activities that have an impact on human health and the development of intersectoral cooperation mechanisms and structures.

2. PRINCIPLES OF DECENTRALIZATION STRATEGY OF THE HEALTH SYSTEM IN ROMANIA

Principles of decentralization strategy of the health system in Romania are related to the main characteristics of the health system:

- the transition from a centralized system to a system funded through health insurance and the creation of the National Health Insurance House (CNAS), acting as paying agent. Within the health system the central authority (Ministry of Health) has too many responsibilities regarding local decisions;

- providing medical services on a contractual basis;

- creating new tools to pay suppliers and introducing competition.

Thus, public authorities have formulated the following principles (Romanian Government, 2009):

- The principle of transparency in decision-making and allocation of funds;
- The principle of local autonomy. It requires full competence in managing and resolving problems encountered locally and taking responsibility for a public intervention;
- The principle of cooperation between institutions involved in the development and enforcement of health policies and those involved in their implementation;
- The principle of county and local government accountability regarding public health;
- The principle of subsidiary. It involves the exercise of powers by the local public authority located at the administrative level closest to the citizen and who has the necessary administrative capacity;
- The principle of ensuring adequate resources with transferred competences;
- The principle of ensuring a stable, predictable, based on objective criteria and rules process of decentralization, that do not constrain the local authorities activity or to restrict the financial local autonomy;
- The principle of equity. It involves ensuring the access of all citizens to the basic health care;
- The principle of budgetary constraint. It prohibits using special transfers or subsidies to cover deficits final local budgets.

3. CONDUCTING DECENTRALIZATION OF HEALTH SYSTEM IN ROMANIA

Activities associated with the decentralization of health system in Romania are:

1. Setting up own management structures of healthcare units taken from the local/ county authorities. In each county and in Bucharest, the healthcare management competences will be

transferred to county/ local councils. Local authorities will establish their own management structures of healthcare units taken. Functions of own management structures will consist of:

- Functional coordination of all health activities in the county;
- Representing local authority on the board of directors of health units;
- Allocating own resources (county and local level) according to priority health needs of the population;
- Authorizing the project budget of revenue and expenses;
- Approving investments and capital expenditures plan;
- Approving proposals for the provision of high-performance equipment, financed by the Ministry of Health, based on identifying normative needs and cost / effectiveness studies;
- Substantiating proposals addressed the Ministry of Health to develop the provision of necessary medical health services in order to solving health problems of the population;
- Controlling quality management of subordinated units and taking measures to correct deficiencies;
- Evaluating public satisfaction on the quality of health services provided by medical units held.

2. The transfer of county / local health units:

- The transfer to local authorities (local or county councils) of public health units, such as: county, city, town and village hospitals, chronic disease hospitals, health centres, medical centres, diagnostic and treatment centres;
- The maintain in the subordination of Health Ministry only some hospitals and clinical institutes and hospitals of national interest.

Health units transferred are financed:

- a) by the National Unique Health Insurance Found in the case of contracted medical services with County Health Insurance House;
- b) by the state budget - (the budget of the Ministry of Health), directly or through transfers in the case of national health programs, the equipping high performance devices and health actions;
- c) by local budgets in the case of any type of expense. The local public administration will fund current repairs, investments, utilities, consolidation and modernization of health units, procurement of inventory, medical equipments other than high performance.
- d) by other sources, according to the law.

3. Inventorying real needs of health units regarding current repairs, investments, utilities, consolidation and modernization of health units, procurement of inventory, medical equipments other than high performance:

- the self-assessment of resource needs by category and by each health unit;
- assessing resource needs, based on self-assessment, by the Public Health Direction in collaboration with local authorities.

4. Budget planning based on real needs. Funding transferred competences is made based on a minimum standard cost, representing annual expenditure necessary for the provision of services in accordance with quality standards for healthcare specific competences of health units transferred.

5. Establishment of the hospital board, composed of representatives of the Ministry of Health, County Health Insurance Houses, county/ local councils and county professional organizations (College of Physicians, Order of Nurses and Midwives).

6. Development of the management quality monitoring framework for subordinated units and adoption of measures in order to correct deficiencies:

- Developing the methodology for monitoring the quality management of health units transferred;
- Establishing procedures for intervention and adoption necessary measures to correct deficiencies in the monitoring process.

This activity is conducted jointly by local authorities and representatives of the Ministry of Health.

4. DECENTRALIZATION'S EFFECTS OF HEALTH SERVICES IN ROMANIA

Decentralization of 370 public hospitals from a total of 433 under the Ministry of Health was made following the adoption of Government Emergency Ordinance no. 48/2010 amending and supplementing certain acts to decentralize health.

Decentralization's effects of health services in Romania will be studied based on material and financial implications.

From a financial perspective, the evolution of public expenditure on health is as follows (table no. 1):

Table 1 Evolution of public expenditure on health in Romania (current prices)

Bill. lei

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Health spending financed by the central budget	1,465.4	1,752.9	2,408.1	2,063.9	2,076.9	2,435
Health spending financed by the local budget	133.9	163.6	244.3	452.7	708	947
Health spending financed by the budget of national health insurance fund	10,170.5	12,851.1	15,274.7	16,775.2	17,507.4	17,820.9

Source: National Institute of Statistics, Tempo on line Data base

In Romania, the most important source of financing health is represented by the budget of national health insurance fund. Budget of the national health insurance fund is a unique or preponderant source of funding majority of health units, although since 2002 the legal basis by which local authorities could support administrative expenses was created. During the period analyzed, share of health spending financed by local budgets was between 1.2% and 4.5% of total health spending. Evolution of health spending financed by this fund (in constant prices) demonstrates diminishing the health financing through social insurance.

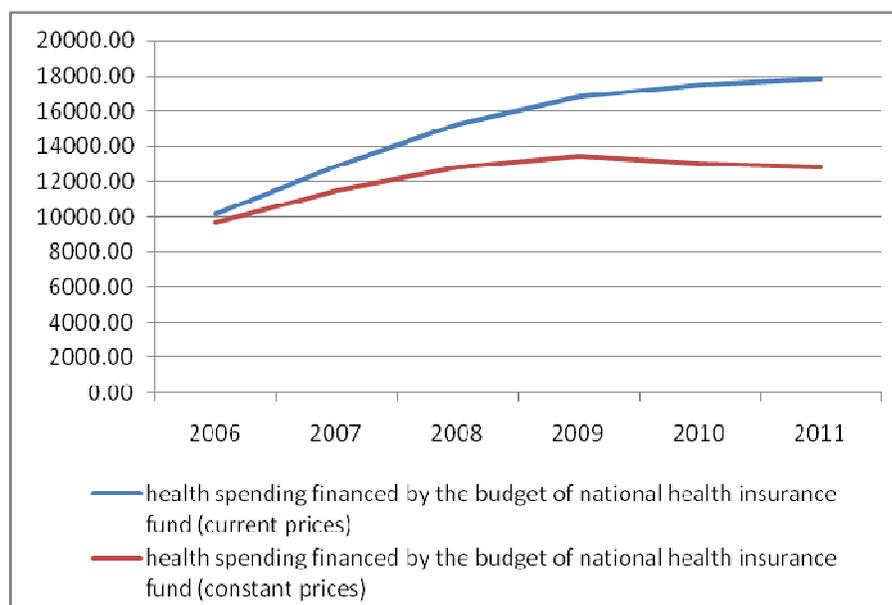


Fig. 1 Evolution of health spending financed by the budget of national health insurance fund

In 2009, the decentralization of health services has resulted in reducing the health spending financed by the central budget and increasing the importance of financial resources allocated for health domain from local budgets. Health spending financed by the local budget have increased faster than reducing the health spending financed by the central budget.

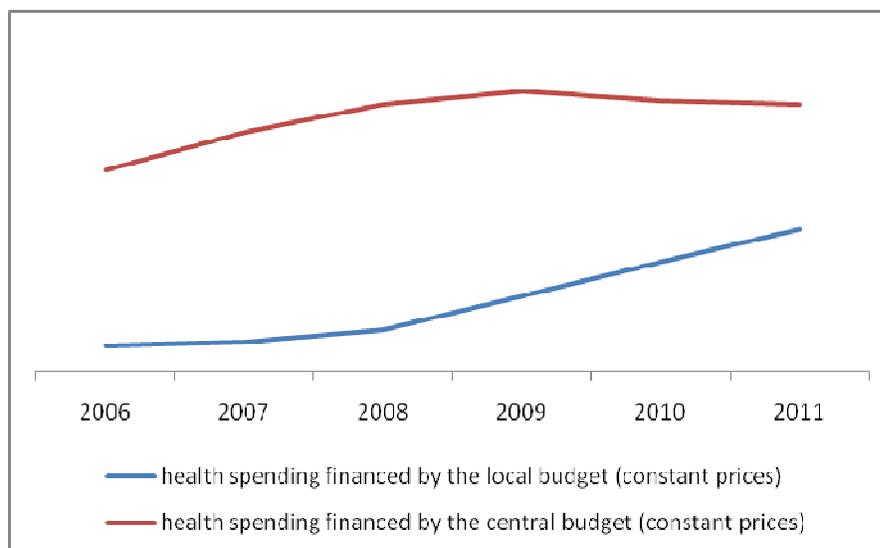


Fig. 2. Evolution of health spending financed by the central and local budget

Decentralization of health services had burdensome effects on local governments, who barely manage to fund all services are in subordination. In these circumstances, quality of public health services is not up to the height desired by citizens and private health sector recorded a boom (table 2).

Table 2. Health units, by type of ownership

	2006	2007	2008	2009	2010
Hospitals					
- public	419	425	428	431	428
- private	17	22	30	43	75
Ambulatories					
- public	388	394	434	443	443
- private	5	9	10	18	29
Polyclinics					
- public	28	22	23	15	17
- private	232	241	246	253	294
Dispensaries					
- public	210	206	211	210	203
- private	1	2	2	1	1
Health centres					
- public	52	45	46	46	38
- private	1	1	1	1	2
Specialized health centres					
- public	5	3	29	21	29
- private	115	130	129	150	159
Diagnostic and treatment centres					
- public	7	7	10	6	9
- private	19	20	20	22	17
General medicine cabinets					
- public	69	44	77	57	60
- private	938	992	956	998	940
Family medical cabinets					
- public	8904	8524	8566	8177	6768
- private	2065	2524	2713	3213	4402
Pharmacies					
- public	492	481	482	501	492
- private	4855	5416	5645	5645	6190
Dental cabinets					
- public	3269	3123	3102	2853	2339
- private	6679	7409	7923	8830	9697

Source: National Institute of Statistics, Tempo on line Data base

Certain types of health units are owned by private owners (specialized health centres, general medicine cabinets, pharmacies, dental cabinets). The largest health units who consume financial resources are owned by public owners (hospitals, ambulatories).

5. CONCLUSION

Decentralization's effects of the health services in Romania are controversial. According to a study conducted by interviewing a representative sample of people (medical personnel and patients), beneficiaries of the health system in Romania do not yet have a complete perception and information on those deficiencies of the health system who could be improved through decentralization of (Popa, 2011).

According to Minister Cseke Attila, who held the health portfolio in 2009-2011, decentralization of public services was the right and welcome decision that produced positive effects in many counties. Following the transfer of health units to county/local councils, the investments in health care significantly increased (over 6 times in the last 3 years). There are local authorities who understand the importance of investment in health, but there are situations in which they prefer to invest in other objectives (Press Conference, Bucharest, June 17, 2011).

The current Minister of Health, Nicolaescu Eugen, said the decentralization of health services was made without logic and principles. He believes that some health units are constitutional responsibility of the government and their transfer to local authorities was a mistake (Press conference, Targu-Mures, January 8, 2012).

Basically, controversies regarding decentralization of health services are related to poor quality of health services. According to a study conducted under the aegis of the Romanian Monitoring Health, public authorities should focus on the following aspects (Done, 2012):

1. Focusing public sector reform efforts on investing in administrative and managerial capacity of central and local public authorities and developing transparent and rational decision processes focused on achieving clearly defined objectives.
2. Increasing health funds by performing more rigorous of tax collection, separation health funds from other public funds and supplement them with funds from the general budget.
3. Defining basic package of health services to ensure a balance between the need for health hedge and system costs through a fair and representative process for all stakeholders in the system.
4. Developing a national IT infrastructure to enable timely collection of data used in the allocation of resources for health services.

REFERENCES

1. Done, N., *Privatization of health insurance*. Bucharest: Romanian Monitoring Health, 2012.
2. Government Emergency Ordinance no. 48/2010 amending and supplementing certain acts to decentralize health, 2010.
3. Mills, A., Vaughan, P., Smith, D., Tabibzadeh, I., *Health system decentralization. Concepts, issues and country experience*, World Health Organization, Macmillan, England, 1990.
4. National Institute of Statistics, Tempo on line Data base.
5. Popa, A. E., *Doctors and patients - two perspectives on healthcare reform and decentralization*, Quality of Life Magazine, vol. 22, no. 2, 2011.
6. Romanian Government, Decision 562/2009 for approving the strategy of decentralization in the health system.
7. Rondinelli, D., Nellis, J. and Cheema, G. , *Decentralization in developing countries*, World Bank, Washington DC, 1983
8. Saltman, R., Bankauskaite, V., Vrangbaek, K., *Decentralization in health care*, World Health Organization, Open University Press, England, 2007.

VERS UNE SOCIÉTÉ RELATIONNELLE EN FRANCE : IMPACT ET DIVERGENCE AVEC UNE SOCIÉTÉ ORIENTÉE PAR L'ÉCONOMIE ET LE PIB : LE CAS DE LA PROTECTION SOCIALE

Martine PEYRARD-MOULARD¹, Bertrand PAUGET²

¹European Business School, Paris, France, martinepeyrardmoulard@ebs-paris.com

²European Business School, Paris, France, bertrandpauget@ebs-paris.com

Résumé: Cet article théorique aux carrefours des Sciences de Gestion et de l'économie cherche à souligner les limites du PIB mais aussi du produit national du bonheur comme mode de calcul de la protection sociale. Notre contribution est de s'intéresser autrement à la production de services en montrant les aspects positifs et négatifs d'une société relationnelle.

Mots clés: PIB, PNB, richesse, société relationnelle

Abstract: This theoretical article based on economy and management is trying to underline the limits of the GDP as well as the limits of the gross national happiness. Our contribution is to look after a different way to look at the creation of the relations (in a positive or a negative way) in the process of the creation of the services.

Keywords: GDP, gross national happiness, wealth, relational society.

JEL Classification Codes: I10, I31

INTRODUCTION

Les sociétés occidentales se sont largement tournées vers la production de services. Si l'on prend l'exemple de la France, l'INSEE rappelle que la part de l'agriculture a chuté de 21% du produit intérieur brut (PIB) en 1949 à moins de 2% en 2012. Dans le même temps l'industrie chutait de 27% à 14%.

Ces productions primaires ou secondaires ont été remplacées par l'essor des services marchands (56%) et non marchands (21%); ces derniers incluant les secteurs comme l'éducation, la protection sociale ou encore la santé.

Le tournant selon l'INSEE date de l'année 1974. L'industrie est touchée à la fois par les conséquences du choc pétrolier mais aussi par la crise des modes de productions (le fordisme) qui cède sa place à une société tournée vers les services.

Ce changement est tout sauf anecdotique en ce qu'il déplace le centre de gravité de l'activité économique du bien (le produit) au service (et aux relations sous-tendues). Les Sciences économiques n'ont que très tardivement (et incomplètement) pris la mesure de ces transformations.

Le présent article a pour but de montrer comment le mode de calcul a été affecté par ces changements mais aussi de mesurer le chemin encore à parcourir. Nous soutenons que le P.I.B (Produit Intérieur Brut) mais aussi le P.N.B. (Produit National du Bonheur) ne prennent que très partiellement en compte les évolutions relationnelles de notre société. Il y a bien une création de

¹ Professeur d'économie, responsable du département environnement des affaires, Ph.D.

² Professeur de management, Ph.D.

richesses en France mais difficilement conciliables avec les modes de calculs antérieurs. Dans une société relationnelle (qui est subjective), la manière dont se créent les services devrait faire l'objet d'une plus grande attention de la part des économistes car il s'agit d'une variable d'efficacité des organisations. En nous basant sur nos travaux antérieurs, nous souhaitons en dégager quelques caractéristiques.

1. DE L'INSUFFISANCE LARGEMENT PARTAGÉE DU P.I.B. COMME MODE DE CALCUL DE LA CRÉATION DE RICHESSE ET DE SA RÉPARTITION

1-1-Le P.I.B. et son évolution

L'économie est le plus souvent définie comme la science des choix car le monde est un monde de rareté et le travail est le moyen de faire reculer cette rareté : c'est la raison pour laquelle il est organisé de manière « rationnelle » et orienté vers un but qui est la création de richesses. Cette création de richesses trouve donc sa mesure dans le P.I.B. : production intérieure brute et sa croissance est censée être un indicateur d'amélioration du niveau de vie et du bien-être. L'INSEE souligne dans ses études l'extraordinaire accroissement de la production française. Le P.I.B. a été multiplié par 8 en volume entre 1948 et 2007 tandis que la croissance de la main d'œuvre était plus faible (augmentation d'un tiers). Cette tendance est loin d'être isolée et est valable dans tous les pays occidentaux. De même constate-t-on partout en Europe et en Amérique du Nord l'essor des services. Ces changements sont toutefois mal appréhendés par le P.I.B. Ainsi, si l'on constate une baisse de la productivité, la corrélation n'est que très partielle entre le P.I.B. et le bien-être (Stiglitz, 2003). Est-il bien adapté de retenir le seul indicateur de la production et sa croissance comme mesures de performance alors que la population recherche aussi bien de meilleures conditions de vie qu'une amélioration de son niveau de vie et surtout lorsque le bien-être intègre bien d'autres aspects plus qualitatifs comme la santé, l'éducation, ou des perspectives de vie meilleures avec le temps ? (Stiglitz & al., 2009).

Dans la vision économique classique, la question associée à la création de richesses se trouve être celle de leur répartition afin que le plus grand nombre voit son bien-être s'améliorer ; à charge pour les différentes institutions privées ou publiques d'organiser cette répartition. En France, le système économique-social est celui de l'Etat-Providence qui, par l'intermédiaire des administrations publiques, centrales et sociales, opère des prélèvements et des transferts et assure la redistribution des richesses. Depuis plus de 30 ans, les administrations publiques françaises sont déficitaires : les dépenses excédant toujours les recettes, de manière récurrente. En 2012, le déficit atteint 4,5% du P.I.B. et la dette c'est-à-dire le cumul des déficits antérieurs, près de 90% du P.I.B. Les administrations sociales constituent le premier poste des finances publiques et depuis 1990, la Sécurité sociale a été 13 fois déficitaires. En 2012, les dépenses de prestations sociales versées par les régimes obligatoires de la Sécurité sociale ont atteint 456Md€ et le déficit s'est établi à 15Md€. Pour comparaison, les dépenses de l'Etat atteignent 363Md€ avec un déficit de 79Md€. Les transferts sociaux et les prestations représentent près de la moitié des dépenses publiques et les seuls transferts sociaux plus du tiers des richesses créées dans le pays.

C'est essentiellement la protection sociale (notamment les dépenses des branches vieillesse et santé) qui contribue à la forte progression des dépenses, et cela sur longue période, pour des raisons notamment démographiques. Du point de vue du P.I.B. et du mode de calcul économique classique, tous les indicateurs de l'économie française sont donc au rouge. Nous fondons toujours notre répartition des richesses sur des modes de calculs hérités de l'âge industriel.

1-2-L'après rapport Stiglitz

Joseph Stiglitz ne fut pas le seul à critiquer le P.I.B. et les modes de calculs économiques classiques mais il faut l'un des plus écoutés. Dans son rapport sur la « mesure des performances économiques et du progrès social, il rappelle que « ce que l'on mesure définit ce que l'on

recherche collectivement (et vice versa) » et pose ainsi la question de l'évaluation du bien-être de la population, de la qualité de sa vie grâce à l'outil « P.I.B. ». Le rapport Stiglitz modifie ainsi la perception de la mesure de l'enrichissement d'une population – en termes de bien-être et moins purement économique – mais aussi celle de la soutenabilité de ce niveau de bien-être, économique certes mais surtout social à l'avenir. Il convient alors de considérer autrement les dépenses publiques et surtout les dépenses sociales qui contribuent positivement à l'amélioration du bien-être et à la productivité du capital humain, telles des dépenses d'investissement dont les externalités positives améliorent l'efficacité du système économique et social tout entier. Et cela de manière durable, car l'amélioration de ce capital humain profitera à toute la collectivité par sa contribution à la productivité et son impact sur l'activité économique.

Le rapport Stieglitz (poursuivi par d'autres) lie ainsi la notion de création de richesses au futur. La question est alors de savoir le sens à donner à ce futur et les moyens pour y parvenir. Ainsi la santé comme l'éducation d'ailleurs, permet d'améliorer la qualité de la vie des individus y jouent un rôle tout à fait fondamental. Elles constituent les « biens premiers » présentés par Amartya Sen (1970) et contribuent à la réalisation des « libertés et des opportunités d'être et de faire ce que les individus estiment devoir réaliser ».

Etre en bonne santé représente un des éléments de son bien-être, un des éléments de ce qu'il sera effectivement en mesure de réaliser : sa « capacité » de « jouir du bien-être » et surtout d'être en mesure d'avoir la vie qu'il souhaite mener. Dans ce cas, les dépenses publiques jouent un rôle important dans l'amélioration du bien-être collectif alors qu'elles sont mal « mesurées » et mal « considérées ». Peuvent-elles continuer à être vues comme des charges, donc à réduire, si elles contribuent à un mieux-être collectif et individuel, aujourd'hui et demain : « la qualité de la vie dépend de la santé et de l'éducation, des conditions de vie quotidienne, de la participation au processus politique, de l'environnement social et naturel des personnes et des facteurs qui définissent leur sécurité personnelle et économique » dit le rapport Stiglitz. Il convient donc de reconsidérer la place des dépenses sociales comme celle de l'individu dans notre société.

L'ensemble des services publics permet ainsi de corriger les défaillances du marché tout en assurant l'égalité des « capacités » dans un souci de justice sociale. C'est ainsi que le système de protection sociale peut être vu comme un régulateur de l'équité sociale et reposer sur un consensus social. Ainsi la dette et notamment la dette sociale ne serait pas envisagée sous le seul angle d'un mal qu'il conviendrait d'éradiquer à tout prix, au risque de provoquer, par la rigueur économique induite, chômage, pauvreté et récession, mais comme le résultat de l'intervention de l'Etat comme garant de ce qu'il convient de « valoriser » pour atteindre une égalisation des capacités. Comme le XIX^{ème} siècle a été un siècle marquant dans l'évolution des idées économiques et sociales, le XXI^{ème} siècle pourrait bien être celui d'une véritable réflexion sur une nouvelle orientation de notre modèle économique-social pour redéfinir ce que peut-être le bien-être d'une population. Ce déplacement de la production industrielle à une production centrée autour des services et notamment des services non marchands n'est à notre sens pas suffisamment analysé par les économistes.

Le fait de déplacer la création de richesses vers le bien être, de la production aux services, de la production annuelle de richesse économique aux capacités futures du P.N.B. ne prend que partiellement en compte les évolutions sociétales actuelles.

2. LES NOUVELLES APPROCHES RELATIONNELLES DU SYSTEME DE SANTE

Nous souhaitons montrer que dans une société de service, la relation devient une part de l'efficacité relationnelle. Or, ni le P.I.B (centré autour de la production d'un produit) ni le P.N.B. s'orientant vers le futur ne prennent en compte ce qui se passe réellement au cours de la relation.

Nous constatons que cette société relationnelle est déjà à l'œuvre aujourd'hui et touche aussi bien les employés dans les organisations que les clients des services.

Nous prenons l'exemple des secteurs marchands (thalassothérapie) et non marchands (la santé). De notre point de vue, il y a une continuité relationnelle. La distinction entre service marchand ou non marchand n'est que partiellement opérante. Il y a surtout une création de services centrés autour de relations, fortement chronophages et qui constituent un horizon positif et négatif pour la création de services.

2-1-Vers une société du bien-être

Raphaël Lioggier (2012) montre comment émerge une société où se met en place une nouvelle mythologie tournée autour de l'individu (le soi) basée sur un renouveau du religieux et qui imprègne son rapport à l'environnement. Ce souci environnemental au sens large nous semble bousculer les frontières traditionnellement vis-à-vis de son environnement au sens large (Pauget, 2013) mais aussi celles admises dans le système de santé. L'individu est ici sensible au bien-être et toute une mythologie autour de la prévention plus ou moins scientifique se met en place. Dans les salons du bien-être, l'expérience du flux, du lien est mise en avant. Il y a une connexion nouvelle entre soi et les autres. Cette demande relationnelle est poussée dans les organisations par les plus jeunes. Nous sommes sans doute à l'aube d'un changement relationnel profond impulsé par la génération Y (Hewlett, 2009). Dans nos travaux précédents (Pauget et Dammak, 2012), nous avons montré qu'il y a une demande de cadrage et de mentoring bien plus forte qu'auparavant dans les organisations. Or, répondre à cette attente prend du temps : du temps pour le manager ; du temps pour la personne managée. C'est peut-être le signe qu'il faille au moins sur certaines professions (songeons aux infirmières dont le nombre est insuffisant) investir dans la relation. Cet investissement relationnel peut bien évidemment être nié. Auquel cas les organisations vont devoir mettre en place des stratégies de contournement pour éviter les changements de relations. Mais cette demande relationnelle n'est pas l'apanage seul des employés dans le secteur de la santé au sens large.

2-2- Impact de la société relationnelle pour les organisations

En réinterprétant nos travaux sur les thalassothérapies en 2010 (Amirou et al., 2010), nous en voyons l'impact sur les organisations liées à cette société à la recherche de bien-être. La production même du soin et du bien-être en est modifiée. Notre étude a porté sur des centres de thalassothérapies en Tunisie 2010 (soit avant le déclenchement de la Révolution). La thalassothérapie est un amalgame entre les métiers du tourisme et ceux que l'on peut trouver dans la santé. Cette confluence des secteurs intervient alors que le marché de la thalassothérapie est en train d'être recomposé. Du côté de l'offre, la logique médicale semble s'estomper au profit d'une logique de bien-être du client. Initialement, nous souhaitions explorer les évolutions des cadres relationnels des métiers et voir comment avaient fusionné les métiers (selon la définition de Piotet, 2002) du tourisme et ceux de la santé afin de les comparer avec ceux du sanitaire et social. Or, nous avons constaté une transformation singulière du métier sur le terrain. Il était apparu une logique de séduction de la part des employés vis-à-vis des clients. Par séduction, nous ne pensons pas à une définition dans le sens commun mais comme un affect très fort enchâssé dans une logique de service. L'employé fait croire à une empathie apparente le temps qu'il reste avec le client.

Face à cette situation, trois tendances étaient observées : le déni des organisations face à un relationnel non prévu ; la seconde est un raidissement de l'organisation en créant une culture interne beaucoup plus forte ; enfin l'acceptation d'une logique de séduction comme étant une composante de l'organisation.

De nouvelles relations non prévues par des organisations mécanistes assignant des rôles fixes (soigneurs, métiers de l'hôtellerie...) apparaissaient : des logiques de séductions sont à

l'œuvre dans le cadre de relations de services (employé-client). Cette multiplication des relations peut être comprise dans une vision classique. On peut considérer suivant l'angle du P.I.B. que ces relations sont sources de parasitages de l'activité de productions. Au côté d'un cadre prévu pour les relations (des relations bureaucratiques prévisibles), il s'en élabore d'autres liées à l'activité de service. Mais ce faisant, il est laissé de côté un élément fondamental : l'individu se retrouve ici confronté à une myriade de choix relationnels possibles. Ces multiples possibilités de vie constituent un horizon fascinant mais aussi angoissant. C'est sans doute ce qui explique la fatigue émotionnelle des employés que nous évoquions en conclusion de notre article. Les employés sont sommés de s'investir relationnellement dans des activités de services mais tous n'y parviennent pas. La relation devient une variable d'efficacité (Hotchild, 2003) expliquant une partie des épuisements relationnels constatés dans certaines organisations. Or, le Produit national du bonheur (et plus encore le P.I.B.) ne prennent pas en compte ces variables dans le calcul de la création de richesses ou de bonheur. Les modes de calcul du P.I.B. comme du P.N.B. nous semblent donc aujourd'hui non seulement imparfait mais minorer (dans une perspective positive et négative pour les employés comme les organisations) la production de services à base de relations.

CONCLUSION

Que se passerait-il si une modification du P.I.B. ne devait pas advenir mettant des pays comme la France en difficulté sur le plan économique et devant rogner sur leurs dépenses sociales et hospitalières ? A court terme, sommé de rembourser ses dettes, l'état français se retrouverait dans la configuration de l'Espagne, cas qui lui est le plus proche par la structure complexe du soin. Toutefois, compte tenu du financement encore bismarckien (versus beveridgien pour l'Espagne), la répartition des dépenses serait différentes. Ainsi, on pourrait plus s'attendre à un nivellement des hôpitaux « par le bas » faute de politique publique faisant la part entre une médecine à plusieurs vitesses. Une politique misant en effet sur quelques hôpitaux d'excellence (versus les autres) est politiquement peu acceptable en ce qu'elle choque l'imaginaire de la société française. Comme nous l'avons montré dans nos travaux précédents (Pauget et al., 2012), l'hôpital est le marqueur de la République française par excellence, par conséquent fermer un service et plus encore un hôpital est compliquée en ce qu'elle signifie le départ de l'Etat. Or, dans un pays centralisé et ayant une forte tradition étatique, la perspective est difficilement acceptable. Ainsi peut-on comprendre les nombreuses manifestations qui ont émaillé la fermeture de certains services (St-Afrique en Aveyron, Carhaix en Bretagne) ou encore la réorganisation de l'APHP.

Que se passerait-il si une autre société se mettait en place ? La France, comme tous les pays ayant un système de santé bismarckien, a fait le choix de placer l'hôpital au centre du système de santé. On parle d'ailleurs de système hospitalo-centré à son endroit. Depuis moins d'une décennie, elle progresse vers la prévention afin de limiter ses dépenses. Elle oblige ainsi les industriels de l'agro-alimentaire à faire la promotion des légumes ou du sport pendant leurs publicités audiovisuelles par exemple. Mais cette tendance est déjà en retard par rapport aux phénomènes constatés sur le terrain. Les français pour une part sont déjà rentrés dans une société du bien-être. Les pratiques liées au soin ont déjà changées et les instruments pour le mesurer d'un point de vue économique sont balbutiants. Lorsque cette société relationnelle se généralisera le mode de calcul du P.I.B. pourra être considéré comme obsolète. La société se réorganise autour de l'individu et de son lien à l'environnement. Nous avons ici observé l'émergence d'une société relationnelle en regardant la logique soignants-clients. La production de service diverge dans ses mécanismes et son contenu de ce que prend habituellement en

compte le PIB. Il sous-estime les aspects relationnels à l'œuvre notamment dans leur performativité.

Toutefois, il offre aussi une vision distincte du PNB (Produit National du Bonheur) centrée autour de l'utilisateur. Il ne suffit pas ici de promouvoir une société du choix du client, consommateur ou encore citoyen pour évaluer le bien être des clients, consommateurs ou citoyens. Il y a aussi une autre facette insuffisamment prise en compte celle de la liaison professionnels-clients. En généralisant à plusieurs organisations, on voit bien à quel point la production de services centrée sur la relation est différente de celle promue par le P.I.B. voire par le P.N.B. Nous souhaitons étendre notre étude afin d'en vérifier sa pertinence.

En voulant mettre l'individu (et son choix) au centre du nouveau système économique, cela pourrait constituer un nouvel horizon de normes sociales. Or, l'individu qui ne réussit pas à devenir lui-même dans ce projet sociétal devient un individu en creux. Il est censé être le centre du monde. Il doit toujours être lui-même ou devenir lui-même ce qui suppose se singulariser. Mais, s'il ne réussit pas, il lui faut faire semblant d'être comme ceux qui y parviennent et copier l'attitude relationnelle d'autres. L'adoption de grilles centrées sur le bien être pourrait conduire à une autre forme de tyrannie (relationnelle celle-là) tout aussi néfaste que le P.I.B.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amartya, Sen (1970). "The Impossibility of a Paretian Liberal". *Journal of Political Economy* 78: 152–157.
2. Amirou, Rachid, Pauget, Bertrand, Dammak, Ahmed, « Analyse de l'évolution du secteur de la thalassothérapie: les conséquences de la logique de séduction employés-clients », *Journal of Social Management*, 2010-2, 135-155.
3. Hewlett SA, Sherbin L, Sumberg K., "How Gen Y and Boomers will reshape your agenda",
4. *Harvard Business Review*, 2009, Jul-Aug, 87(7-8):71-6, 153.
5. Hoschild Arlin, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, N° 9, p. 19-49. 2003.
6. Lioggier Raphaël, *Souci de soi, conscience du monde : vers une religion globale ?*, Armand Colin, 2012.
7. Pauget Bertrand, Dammak Ahmed, « L'arrivée de la génération « Y » : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ? », *Pratique et Organisations des soins*, 2012, 1, 25-33.
8. Pauget, Bertrand, Cabrol, Mathieu, Lartigau, Jérôme, « L'externalisation dans le système de santé français : éléments d'explication d'un tabou », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2012, (88), 55-71.
9. Pauget Bertrand, « Pourquoi le scandale de la viande de cheval », *Les échos*, février 2013.
10. Piotet Françoise, *La révolution des métiers*, P.U.F, Paris, 2002.
11. Stieglitz J., Amartya Sen and Fitoussi J.P., *Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*, 2009
12. Stieglitz J., *Globalization and Its Discontents*, Norton & company, New York, 2003.

PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEMS AND EVOLUTION OF MANAGEMENT CONTROL IN FRENCH HOSPITALS: AN OVERVIEW

Jérôme LARTIGAU¹

Conservatoire national des arts et métiers, Paris, France, J.Lartigau31@gmail.com

Abstract: *This analysis aims at contributing to the debate by exploring recent changes in French public hospitals. It will try to show how a new financing system can entail deep changes inside the management architecture. The structuring of the management control function is still in gestation. In most hospitals surveyed, this function is still at its early stages. There is still a long way for management control in acquiring a real legitimacy, especially from professionals. A key to success lies in the ability of institutions to recruit (and retain) a staff up to the current stakes, both able to overcome technical difficulties of the hospital management (including the T2A) and place themselves in intermediation between medical and management logics.*

Keywords: prospective payment, management control, hospitals, France.

JEL Classification Codes: M40, I10

INTRODUCTION

In a few decades, management control has become a major component of management in corporate organisations. It arrived later in non-profit organisations and particularly in public ones. The absence of profit as the unifying theme of the management control function (Anthony, 1993), the difficulty of finding a causal relationship between resources and outcomes (Anthony & Young, 1988), the absence of a genuine market in which the demand can be expressed (Burlaud & Laufer, 1980) explain much of the delay.

The particular nature of the hospital organisation, traditionally seen as a professional organisation (Scott, 1982, Bourn & Ezzamel, 1987) or a professional bureaucracy (Mintzberg, 1982), where management has a "*problem of legitimacy*" (Bouquin, 2004), is also an obstacle to the development of management control. As Scott said (1982): "*Physicians have insisted on their prerogative to control over output (patient care) goals; and administrators have tended to accept the definition of their own domain as limited to organizational support or maintenance objectives*". Therefore, public hospitals in France have long experienced difficulties in establishing and developing a real management control function (Cauvin & Coyaud, 1990; Moisdon & Tonneau, 1999).

The arrival of new ways of thinking public management in the 80's, theorized under the expression "*New Public Management*" (Hood, 1991) has put forward those concepts in public organisations. The New Public Management has also diffused its ideas in hospitals. But above all, the implementation of new funding systems for hospitals, such as the prospective payment system (PPS) in the United States and its epigones in Europe and much of the Western world, has profoundly changed the situation. As a matter of fact, the PPS -which "*combines the elements of public sector contraction and commercial pressures*" (Coombs, 1987), entails a great

¹ Lecturer, Ph.D.

uncertainty and a financial risk for hospitals. Thus, it leads to building systems and tools for more sophisticated analysis and cost control (Young & Pearlman, 1993; Hill, 2000). The law on financing of French Social Security of 18 December 2003, which introduced a reform of the hospitals' financing system, called "*Tarification à l'activité*" or more generally "T2A", is following largely these reforms (Schreyögg & al., 2006) and leads the hospital system towards a high risk area.

In this context, the question of management control becomes crucial for the organisation. However, it is clear that the political-economic environment is not conducive to step back and reflect calmly on the subject. The strong financial pressures weighing on health care facilities force hospital management to develop short-term strategies and do not allow a thorough examination of the purposes of management control.

This analysis aims at contributing to the debate by exploring recent changes in French public hospitals. It will try to show how a new financing system can entail deep changes inside the management architecture.

In a first part, we will highlight the paradigm change in hospital management and the acceleration of this process since the implementation of the tariff reform.

The second part of our presentation, which will be largely based on concepts and models developed for business corporations, will seek to establish a number of assumptions about the possible evolution of the management control function and particularly of its organisation in public health facilities.

In a third part, we will try to compare these assumptions to the reality on the ground and in particular, by studying the evolution of the management control in private companies and conducting an exploratory study in several hospitals in a French region and on the basis of official documents issued by the French Department of Health.

I - THE REVOLUTION OF PARADIGMS OF HOSPITAL MANAGEMENT

I.1 - An attempt to transpose the framework of management control of the company

The French hospital system has known early attempts to transpose patterns from industry and trade. Internal contracting is one example. For nearly forty years, long before such steps were undertaken in the state services, and before we can speak of management control in the public sector, internal contracting structures were established in hospitals. As a matter of fact, the concept of responsibility centres has emerged in health care facilities in the early 1970s (Law of 31 December 1970). The aim of this reform was to curb the level of the hospital expenses that had grown to a significant extent since the early 1960s. Despite some experiments, this new management fad has had a limited effect (Lévy, 1976).

The establishment of the overall budget in the 1980s has given new impetus to internal contracting. But what could have been an opportunity to renew modes of hospital management was in fact a variation of the logic of the overall allocation between health care funding authorities and health care facilities. The results of this experiment has not been up to the expectations of its promoters. Critics were quick to rise in the early 1990s: each player used a rustical system to its advantage, without consistency or overall plan (Cauvin & Coyaud, 1990). The failure to take activity into account for budgets allocation (the budget responsibility centres was established on a historical basis) was a major pitfall of the model (Demeestère and Viens, 1976). Each facility reproduced the internal mechanism for resource allocation of the overall budget with all its limitations: lack of incentives and perpetuation of inequalities.

The progressive use of the program of medical information systems (PMIS) in the mid-1990s and the use of this tool as a means of controlling (Lenay, 2005), has reinvigorated the internal management. The gradual spread in minds of the idea of medical budgets gave new

impetus to internal contracting, which had just been brought up to date by the law of 24 April 1996. However, the PMIS -which is an adaptation of the diagnosis-related groups system- was not ripe yet for a direct use in responsibility centres. It only covered activities of medicine, surgery and obstetrics (MSO), did not take proper account of multiple stays and above all, medical activity was not described with sufficient specificity. Moreover, even though it helped to "*lift the veil of obscurity*", the PMIS did not destabilize the system of political relationships that characterize the hospital system (Lenay & Moisdon, 2000). Ultimately, the main lesson to be learned from this experience is that, as in the industrial company of the early twentieth century, devolution has created the need for control. Although initially the aim of management control was to follow the instructions or at least the incentives of health authorities, the delegation of management to responsibility centres provided the foundation for a management control function that did not exist before. But the model remained relatively unsophisticated: the management control function merely recorded expenditures of responsibility centres, without the possibility to understand the origin of resource consumption. The tasks of the employee in charge of management analysis (not yet called "management controller") were mainly simple accounting and budgetary activities: monitoring of consumption of products stored or not stored, monthly personal expenses, compliance of responsibility centres with budget limitations. The concept of total revenue was not a concern since the revenue level was guaranteed by the overall budget allocation. Activity indicators (number of admissions and days, occupancy rates and average length of stay) were monitored in a dashboard but were not actually operational because funding was independent of activity. In short, control was done primarily on the inputs and the concepts of efficiency and effectiveness were largely ignored. Moreover, there was no need to use a higher qualification for staff in charge of these missions: the most common profile was a mid-ranking executive, mid-career and having a taste for accounting and "figures".

The implementation of the T2A has challenged the business model in place in most hospitals:

- In the original model of the PMIS, the so-called "homogeneous groups of patients" (very similar to the original diagnosis-related groups) were not directly priced, one should pass through an index in order to give them a financial value; in the new T2A model, homogeneous groups of patients become "homogeneous groups of stays", which are directly priced in euros.
- The expanding range of activities covered by the new pricing, and especially the link between the activity and funding is a new challenge for hospitals and a questioning of traditional thought patterns of hospital management.

I.2 - A landscape largely changed by the arrival of the T2A

The T2A has reintroduced the link between level of activity and funding, which had been suppressed by the overall budget (from Pouvourville & Tedesco, 2003). This principle entails many consequences which are difficult to assess now. However, we can give an overview:

I.2.1 - A genuine "medicalization" of budgets responsibility centres

The T2A confirms and expands the use of PMIS for the allocation of resources internally. The PMIS did not allow an optimal allocation of resources, not only because of its limited scope (to MSO). The T2A opens a wider scope for medical funding: many activities are subject to a financial valuation (chronic renal failure, abortion, emergency switch, etc.).

Because each clinical activity is directly quoted in euros (as already said, it is no longer necessary to pass through the point ISA), it enables a more direct readability of the cost of care. Ultimately, with the T2A, the logic introduced by the PMIS finds its natural extension and leads to a medicalization of the "*manager gaze*" (Moisdon & al., 2006).

I.2.2 - A reversal of the traditional budgetary logic

The traditional mode of budget devolution, restricted to expenditures of responsibility centres, gave managers an incomplete vision of reality and promoted biddings. The goal was to capture the largest possible share of the collective resource to build up a reserve (Cyert & March, 1964). The system of bureaucratic control involved in this so-called delegation generated a "*dysfunctional game*" (Löning & al., 2003) repeatedly described in academic literature.

With the T2A, the level of revenue determines the level of expenditures authorized. There are at least two consequences in this reversal:

- a) A complete accounting information and not limited to costs, can make doctors understand the economic reality of their activity. In fact, enjoying a more complete information, the medical professionals are no longer in a relationship of dependency towards management, but could become full partners. A new relationship could be established between traditionally opposed parties.
- b) The introduction of the "income" no longer limits the reasoning on budgets curtailment: a development of the activity can be well considered if it brings more resources than it consumes. In for-profit organisations, managers may exceed the allocated budget if the generated profit is bigger than this budget (Anthony, 1993). So far, this was not the case for non-profit organisations such as hospitals ... but could become a reality if we follow the logic induced by the T2A.

I.2.3 - A new distribution of roles

In the system of the overall budget and its corollary -the budget delegation towards responsibility centres, the general management held all the cards. It controlled the upstream resource by collecting the global endowment, and downstream by the budget allocation towards responsibility centres. As there was no direct link with activity, physicians or operational managers could not rely on the increase in this activity, in order to ask for additional budget. Undeniably, the model of cost control, introduced by the overall budget, gave a strong power to the central services and general management. Although this one was generally unable to influence the process of "production", its control of financial resources allowed it to offset the medical power.

Under the system established by the T2A, the production of care has become the major means for the funding of the organisation. Operational services -particularly clinical services, *de facto* provide resources for the entire organisation. Indeed, internal contracting can no longer rely on a principle of limiting resources without medical fundament -as it was the case with the overall budget, it requires the invention of new management practices (De Pourville & Tedesco, 2003).

In this entirely redefined framework, the management control function must be renewed and find its position within the organisation. The scope of the management control and therefore, of management controllers, is sentenced to metamorphose.

II - POSITION OF MANAGEMENT CONTROL, AND GOVERNANCE OF THE ORGANISATION

Until recently, the priority given to requests from health authorities did not allow hospitals to think about their internal control. Building internal control of the hospital in response to supervisory procedures conceals the real questions on the nature of management control (Cauvin & Coyaud, 1990). Changes in hospital management and, as we have just described it, the mental revolution introduced by the T2A, require to design new control systems and steering from the institutions management.

II. 1 - Management Control and organisation's steering

As it can be observed in industrial and commercial settings, the management control function in hospitals is undergoing deep challenges. Is the traditional bureaucratic control system, focused on inputs, losing ground to a new framework, more organized around the concept of steering?

The analytical framework developed by Lorino (2003) is a key to highlight this debate. The author establishes the concept of “*schéma de pilotage*” which can be translated by “steering scheme”; it can be defined as how the company intends to operate in terms of culture and overall control logic (Lorino, 2003).

Lorino distinguishes two steering logics:

- The logic of financial accountability (profit and cost centres) based on the principle of individual accountability and delegation (with internal contracting). The organisation is divided into autonomous areas established as responsibility centres; a principle of decentralization is implemented. This logic is deeply rooted in the theoretical framework of the Agency Theory.
- The strategic and operational logic, closely related to the deployment of corporate strategy. It is based on a cause/effect analysis that compels to go into the technical core of the process. More complex than the financial logic, it is necessary if the business has reached a certain level of integration between the units and functions (interdependencies, synergies) and a certain degree of complexity. From a theoretical point of view, this logic comes from the Organizational Learning Theory.

Can this theoretical framework -inspired by the practice of industrial and commercial companies, be implemented in hospital settings? The T2A revives the debate: the logic of the overall budget subordinated the activity of responsibility centres to the budget provided by general management; now, a new logic determines the level of expenditure on the revenue generated by clinical units. Thus, the logic of economic equilibrium throughout the facility could be implemented at the clinical centre level. In a context of full implementation of T2A, the transposition of the model of financial accountability is not totally excluded, at least in theory. In this sense, clinical directorates could become genuine managers responsible for autonomous entities, as can be seen in European countries experimenting PPS (Kurunmäki, 1999; Vagnoni & Abernethy, 2004).

The choice of a model rather than another is clearly not without consequences for the definition and the "territory" of the management control function.

II.2 - The evolution of the management control function

The acknowledgment of management control in French hospitals is relatively recent. In many public health facilities, the lack of management control structures and, when they existed, the lack of trained professionals, able to grasp the hospital complexity, was often common so far. So as to fill this gap, most university hospitals and many community hospitals have established specialized services.

For Bouquin (2004), management control is a key component of corporate governance. As such, it helps managers to understand the future and act accordingly; it also helps to steer or control the actions of their employees and partners, including, in large structures, what they can't meet directly (Id.). In other words, it is precisely the question of the steering of the organisation. In an era of scarce resources and PPS, it seems difficult to imagine a hospital without such a management tool.

But the issue of the architecture of the management control function still remains: should it be centralized or decentralized? And which entity should it depend on?

II.2.1 - A centralized or decentralized management control?

As Lorino showed (2003), the control function can be an autonomous chain, separated from operational functions, or on the contrary, linked to operational functions. The choice will be determined by the steering scheme chosen by the leaders.

Most of the time, when financial logic prevails, the management control function is an autonomous entity, separated from operational units and related to the company management.

On the contrary, in a strategic and operational logic, it is better to bring closer control functions and operational functions in order to create a real harmony between economic and operational culture. The control chain is then subject to a kind of "*professional sponsorship*" from the central management control department (Lorino, 2003).

As this distinction shows it, in the first case, the main role of management control is to monitor an outcome or a performance of an autonomous entity. In the second case, its main role is to back operational units.

The debate is not new in public health facilities and especially in university hospitals. The large size of these institutions, that implies a great distance between operating units and management, can lead to advocate a reconciliation of management controllers to these units. Most of the time, the structuring of the management control function depends on how general managers consider delegation of management. However, decentralization doesn't mean lack of coordination: whatever the mode of organisation selected, there is always a central service that coordinates the system. It remains to be seen whom this coordination entity depends on. However, if the issue isn't new, the introduction of the T2A revives the debate on public health facilities.

II.2.2 - What reporting line for the management control function?

The question is as old as the discipline itself and depends on the role the organisation assigned to it (Bouquin, 2004). Organisational choices are closely linked to organisational strategy and none of them is more legitimate than another. The implementation of the T2A has raised the issue within hospitals: management control, as a translator of medico-economic data, is at the crossroads of the financial and organisational logic and can legitimately be under the control of the finance or of another department (senior management, management information systems...).

Two different views stand out:

- The first one is that the management controller guarantees the reliability of accounting data. The medicalization of funding introduced by the T2A gives new strength to this view in so far as funding is inextricably linked with the extent of the activity. Indeed, the financial department needs skills for the treatment of medico-economic information in order to be able to build the budget of the establishment. In this view, the management control department can find its place in this service easily.

- The second one makes the management controller a major actor of change. According to this view, management control has enlarged its sphere of influence towards the field of strategy and operations, in connection with operators benefiting from decentralized responsibilities (Bouquin, 2004). Thus, the objective of overall economic performance and "*engineering of change*" assigned to him (Lorino, 1991) argue for an alternative solution. The tariff reform is a powerful incentive to organisational change, both in terms of the operational unit and of governance. In this case, the incorporation of management control in a department other than the financial arises with force.

II.3 - The new positioning of the department of medical information (DMI)

The DMI has an important place in hospitals, especially since the Decree of 20 September 1994 which requires every health care facility to collect and process medical information on patients for the evaluation of medical activity. In fact, the DMI ensures the recovery of data from the PMIS, their quality and then contributes to an optimal seizure of activity. The physician responsible for the DMI has become the main actor of PMIS in each institution (Lenay, 2005).

In the context of the overall budget, medical information was not a real issue. With the T2A, it becomes vital since the level of activity determines the level of funding. In these circumstances, the role and positioning of DMI, a medical service under the responsibility of a hospital physician but closer to the technostructure than the operational units, raise many questions.

A first question concerns the nature of the functions of DMI in relation to the typology established by Anthony (1988):

On the one hand, many of the actions undertaken by the DMI and in particular those done by medical information technicians - MITs - could be considered as an operational control (or a tasks control) rather than management control.

- But on the other hand, the behavioural control exerted by the DMI on health professionals, and the increasingly strategic value of medical information, can place the action of DMI in the field of management control. Thus would it be a new type of management control?

A second question concerns its location in the structure: as a service in charge of control of medical activity, what are its relationships with the management control department? And when this one is not clearly identified, what is the department of reference? This is one of the core issues hospitals must face, given the increasing medicalization of management control.

These theoretical questions have to undergo the comparison with field observations. To do this, an analysis of results in the industrial and commercial sector is a prerequisite. In a second time, this will enable to take stock of the management control function in hospitals.

III - THE EVOLUTION OF MANAGEMENT CONTROL IN ORGANISATIONS

The management control function and the physiognomy of the management controller in industrial and commercial settings, have experienced significant changes in the last twenty years. And though the corporate world is a priori quite different from that of the hospital, a comparison of the evolution of management control in the two sectors may be very interesting.

III.1 - A significant change of the controller management function in the French industrial and commercial sector

The observation of French corporate organisations attests the changing role of management control and of management controllers. The latest available study has been led by Jordan in 1998. Though this study is now ten years old, it is a unique material to evaluate the evolution of the profession. As the author recalls in the introduction, the standard management control system does not exist and it is strongly dependent on the size of the organisation in which it operates (among other contingency factors). A certain number of findings of this study are closely linked to our issue.

First of all, evolutions can be observed between 1989 and 1998:

- A strong development of planning tools
- An improved accountability of operational managers on their forecasts and their corrective actions
- An increased cooperation between management controllers and operational managers.

Then, the observations made in 1998 gave the following results:

- There is a definition of the job of management controller in most large firms and in half of small and medium-sized firms
- The head of the central management control department is more often linked to the chief financial officer (CFO) (60%) than to the general management (40%)
- 70% of large companies and 20% of small companies with less than 500 employees have decentralized management controllers (in the operational units)
- In most large companies, the decentralized management controller is hierarchically linked to the operational manager, even though the affiliation with the management control department is gaining ground between 1989 and 1998 (in contrast, in medium-sized enterprises, decentralized management controllers are mainly linked to the management control department)
- Finally, the controller's role is evolving towards system design, animation and decision support at the expense of a technical role dedicated to the production of data.

These results show a deep change in management of organisations in general and in management control in particular. We can assume that the development of new information technologies and communication, the implementation of integrated systems like enterprise resource planning software has certainly emphasized the trends highlighted in Jordan's study.

These data are very valuable and will guide our thinking on the evolution of the management control function in hospitals. Indeed, if hospital management can't be compared to the one of an industrial and commercial company, the fact remains that management control in hospitals has often followed the lead of its counterpart in the corporate sector. Many innovations observed in corporate settings have been included in hospitals, more-or-less successfully. Besides, hospital managers have shown a continuous interest in these innovations.

III.2 - The management control function in hospitals is undergoing deep changes

III.2.1 - The recognition of the profession of management controller

The job of management controller is now officially acknowledged, essentially from the point of view of management jobs and skills. The directory of occupations designed by the Hospitalization and Health Care Provision Department (DHOS is the French acronym) in 2004, is an obvious proof of this recognition. This document is the first national tool designed to implement a management of jobs and skills and to standardize job descriptions in French hospitals. 183 sheets detail each job identified so far, and one of these sheets gives an accurate definition of the management controller function.

Some items in this sheet deserve special attention and especially, the definition of the job: *“develop and implement methods and tools to ensure efficient use of resources and to carry out the steering and control functions by the management”*. As this definition shows it, the roles of design and animation highlighted in the previous study (Jordan, 1998) clearly appear. The hospital management controller in 2004 (date of the edition of the job directory) is no longer confined within a technical role limited to the production of accounting data, or at best in financial reporting. He is supposed to be a central element in the management of the organisation.

The main activities outlined in the specification sheet follow an organisational steering logic. For example, we can underline the following items: *“advice to the general management and administrative and medical management”* or *“development of tools to help in the definition and evaluation of the strategy of the establishment”*. These strategic activities are based on know-how required to translate a high level of conceptualization (for instance: *“being able to lead an advisory and audit mission in economic, financial and organisational fields”*).

From now on, this level of conceptualization demands a post-graduate degree for a possible recruitment. A specialization in management control (obtained in a Business School or at University) is considered as a prerequisite for exercising the job.

The missions described in the sheet confirm the trends identified by Jordan in his study (1998):

- a. Decentralization and specialization
- b. Association of operational managers (in our case, medical and paramedical), themselves more accountable for their management
- c. Primacy of design functions, to the detriment of technical ones

The directory's sheet seems to reflect the position and the role of management controllers in hospitals. Does this vision fit with the reality observed in the field?

III.2.2 - Organisational changes in the field: the example of eight hospitals

We might think that a now well-established presence of management control in many public health establishments shows the recognition of the profession of management controller by DHOS. What is it really?

Hospitals are experiencing a relative disparity in the structure of management control. There are many reasons for that: management priorities, lack of dedicated human resources, weight of the medical professionals. Five years have elapsed since the edition of the job directory, and the implementation of the T2A. Has this period been conducive to a strengthening of management control?

We will try to provide some answers through a survey on public hospitals and see the structure of management control and its evolution.

III.2.2.1 - Methodology

We chose to keep a sample of the eight largest hospitals in a region of France. We thought they were likely to host a clearly identified management control department. This sample, which represents 87% of the supply of regional public health care, includes large institutions which generally have a significant techno-structure, and smaller institutions, which are less well endowed. All the establishments surveyed are covered by the T2A.

One of the particularities of the region is that it hosts two university hospitals. This is not the only case of redundancy within the same region in France. However, there are significant differences in terms of budget, staffing and capacity between the two institutions.

The collection of information was done by questionnaires sent by email to each CFO of the sample in early April 2008 (for the hospital No. 4, the head of the management control department has been interviewed). A telephone conversation was sometimes necessary to clarify some items. The return rate was excellent since we could get 100% of answers. In order to make the responses anonymous, institutions were ranked from 1 to 8 in the order of return of questionnaires. For hospitals No. 1, 2, 5 and 8, the respondent was the CFO. For hospitals No. 3, 4, 6 and 7, the respondent was the head of the management control department.

III.2.2.2 - Results of the study

- a) Preliminary remarks

Unlike Jordan's study (1998), the total number of employees of the organisation hasn't been chosen as an explanatory variable. The objective was to get a reliable information and to enable comparability between the establishments. The way of counting the staff diverges a lot from one hospital to another, and any comparison attempt quickly reaches its limits (even for health authorities). However, we chose the theoretical value of the position so as to compare the number of management controllers (and similar). As a matter of fact, the job may be vacant but its theoretical value represents the effort of the institution to ensure the activity.

The most representative explanatory variables are the operating budget, which is an inescapable and undeniable datum, and the number of beds and places. On this last point, it should be noted that the number of LSO beds could be considered as having a greater relevance than the total number of beds and places. Because of its recurrent nature, the LSO activity is much more controllable and therefore justifies the use of management controllers more easily. However, the total number of beds and places is generally the most commonly used parameter to describe the level of capacity.

Another important remark concerns the workforce to study. And in this case, the task is far from obvious. Indeed, what are we talking about exactly? Are we talking about the management controllers identified as such in the institution? Or the whole management control department (when this service exists)?

These questions are crucial. Take the example of hospital No. 4: the management control department is composed of genuine management controllers, but also computer specialists, administrative staff, and of course managerial staff.

Choices were required, so we decided to take the overall staff of the management control department, because it is the only indicator that can reflect the strike force of the management control function within the organisation. As a matter of fact, in some hospital settings, the role of the management controllers can be assigned to various employees -sometimes with a different rank, although they carry out the same missions. Finally, as previously said, the expression "management controller" in hospitals is a function or an occupation, not a rank. Therefore, it is very difficult to know the precise number of management controllers in hospitals, and only the declarative method enables a relevant information.

The most relevant indicator for measuring human investment in the management control function within the organisation is a ratio, itself divided into two ratios:

- The actual whole-time equivalent staff (WTE) of the management control department for a range of 100 million euro budget.
- The actual whole-time equivalent staff of the management control department for a range of 500 beds and places.

As we will see, the value of each ratio (and thus the relative weight of the management control function) can differ between hospitals.

b) Results of the survey

b.1) Structuring and positioning the management control function

All establishments surveyed have a management control department or at least a management control function clearly identified. Apart from hospital No. 4 which has a long established and highly organized department, and hospitals No. 2 and No. 3 which have had a management controller for nearly a dozen years, the development of this service has been relatively recent for others (less than three years). This observation already gives a glimpse of the influence of the T2A in the development of the management control function. In all cases, this department is hierarchically linked to the CFO. This fact confirms the trend highlighted in Jordan's study.

The recruitment level has become more demanding: a master degree specialized in management control is now commonly requested. All the establishments, except the hospitals No. 1 and No. 8, employ a management controller with a high academic level. These results confirm the growing professionalization of the job and the orientation towards design and piloting tasks. They are conform to the job directory's specification sheet in all respects and to the trends brought to light by Jordan's study. One of the effects of this homogenization of recruitment patterns is the gradual mixing of potential recruits: hospitals get students from the

same "stock" than other employers. This factor is not without consequences for increasingly nomadic youth management controllers.

b.2) Human resources dedicated to the management control function

As it might be expected, management controllers are more numerous in the largest hospital of the region. A policy strongly oriented towards information systems and monitoring during many years has enabled this establishment to invest important human and technical means in the management control function. With a team of 10.6 WTE (plus 1 WTE management controller attached directly to the CFO), the management control department has got exceptional means, even compared with other similar hospitals.

These data are given in absolute value. If we take the data into account in relative terms, the situation is somewhat less obvious as shown in table 1 below (the staff is counted in whole-time equivalent):

Table 1. Human resources dedicated to the management control function

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Operating budget (M€)	75	129	95	675	191	121	282	100
Number of MSO beds	-	341	-	1908	-	501	-	258
Total number of beds and places	505	1046	820	2808	1076	814	1332	700
Management controllers	0.8	1	1	7.8	1.2	1	2	1
Management control staff	0.8	3	1	11.6	1.2	3	2	1
Management control staff for 100 M€	1.07	2.33	1.05	1.72	0.63	2.48	0.71	1
Management control staff for 500 beds and places	0.79	1.43	0.61	2.07	0.56	1.84	0.75	0.71

Notes:

- (1) *H means "hospital"*
- (2) *Total staff of the management control department*

If we accept the criterion of capacity, hospital No. 4 is at the top end of the sample. However, taking the financial criterion into account shows the dominance of hospital No. 6 with a ratio of 2.48 WTE for 100 M€.

A lesson can be learned from this empirical observation: technostructure doesn't necessarily grow with the size of the organisation. As a matter of fact, large resources can be devoted to this function despite the smaller size of the establishment (in this case, the hospital No. 6).

Another lesson can be learned: if we examine the management control function more carefully, the devoted human resources can actually be higher than those announced. As a matter of fact, hospitals have had to implement a new reform so-called "*new governance*" since 2005. This reform has created the "*pôle*", which is the French equivalent of the clinical directorates (CD). It gathers a clinical director (which is a kind of operational manager), a nursing manager and a management officer (also called "*business manager*" in English-speaking studies⁵). In hospitals that have been able to implement this reform (which is the case of hospitals No. 2, No. 4 and No. 7), this latter function can be considered as a decentralized management controller, even if it doesn't benefit from this designation formally. As most of the companies with more than 500 employees surveyed in Jordan's study, these controllers hierarchically depend on the local manager (in our case, the clinical director), even though a strong functional relationship exists

with central management controllers. Therefore, to measure the actual weight of the management control function, we must count the actual staff of management controllers. That includes all the management controllers (or similar), even those working in CDs. Therefore, as shown in table 2 below, the numerical weight of the management control function can be very significant:

Table 2. The numerical weight of the management control function

	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8
Operating budget (M€)	75	129	95	675	191	121	282	100
Number of MSO beds	-	341	-	1908	-	501	-	258
Total number of beds and places	505	1046	820	2808	1076	814	1332	700
Management controllers	0.8	1	1	7.8	1.2	1	2	1
Management control staff	0.8	3	1	11.6	1.2	3	2	1
Management control staff for 100 M€	1.07	2.33	1.05	1.72	0.63	2.48	0.71	1
Management control staff for 500 beds and places	0.79	1.43	0.61	2.07	0.56	1.84	0.75	0.71
CDs' management officers	0.5	3	0	14	0	0.8	5	0
Total staff of the management control function	1.3	6	1	25.6	1.2	3.8	7	1
For 100 M€	1.73	4.65	1.05	3.79	0.63	3.14	2.48	1
For 500 beds and places	1.29	2.87	0.61	4.56	0.56	2.33	2.63	0.71

b.3) Missions of management controllers

The tasks of the classical management controller such as the production of dashboards, updating of data from management accounting, monitoring of expenditure, are still the bedrock of the job. The "securing" of accounting data and the production of figures are a prerequisite for meaningful dialogue with CDs. We can notice the emergence of revenue dashboards, which require highly accurate tracking, especially with a T2A rate of 100%.

Next to these traditional missions, the results of the questionnaire highlight new ones. Hospital No. 4, for example, distinguishes three transverse missions: an informative mission (oriented towards production of figures), a financial mission (monitoring of expenditure and revenue) and a strategic mission (benchmarking and medico-economic studies). This latter role, although not clearly identified, appears in watermark in the answers of other hospitals.

b.4) Relations with the DMI

In general, relationships between the management control department and the DMI are close. There is nothing surprising given the new momentum generated by the T2A on medical data. The DMI controls the management of PMIS: it feeds the data base of medical activity that will be used later for the medico-economic studies led by the management controller.

If the DMI lies at the heart of medical information, it is not necessarily limited to operational control and its role may be extended to tasks originally assigned exclusively to management controllers: *"The DMI analyses the results of the CDs in relation with the management control department and the CFO"* (Hospital No. 5). In a way, the medicalization of budgets introduced by the PMIS and strengthened by the T2A brought a "medical gaze" in the

accounting analysis.

This close collaboration between the DMI, financial services and management control can lead to mixing those departments in a medico-economic cluster. This integrated structure, which can be observed in hospitals No. 1 and 6, perhaps foreshadows the future organisation of services for analysis and decision support.

b.5) Influence of the T2A on management control

Undoubtedly, the T2A is a factor in the development of management control. To the question "*Has the T2A changed the role of management controller?*", all the hospitals surveyed replied "yes". Most of them gave structured answers and some major axis can be identified:

- The income dimension becomes prominent in hospital management. As one establishment said, "*The T2A put revenue at the heart of the funding system*". Therefore, "*hospital management, ethical questions set aside, comes more and more closer to corporate management where unprofitable activities, although essential, must be financed by profitable activities*" (hospital 4).

- In this new framework, the retrospective analysis gives way to a "*prospective analysis of the activity's evolution*" (hospital 2). There must be "*(...) a role of foresight in relation to activity forecasts*" (Hospital No. 5).

- The management controller sees his role evolving: it "*helps decision-making through analysis of the profitability of the establishment's future operations*" (hospital 2), it "*must be an educationalist to explain reforms at best, and their impact in the daily management of CDs*" (Hospital No. 5).

The traditional missions of the management controller still exist in spite of these new guidelines identified for the management control function. There isn't a substitution phenomenon but rather, a kind of "sedimentation". In order to have a clear and consistent message, it is necessary to have indisputable tools. "*Because the level of income is directly related to the level of activity, management problems now affect field actors. This implies the need for an information system and for effective dashboards*" (Hospital No. 4). And so, people who are able to handle them...

b.6) The future of the management control function

According to most hospitals surveyed, there is no doubt that the management control function is going to go through big changes.

The main trends are:

- A strengthened positioning in the organisation:

"*the management controller will become a central player in the system*" (Hospital No. 5). It must be in permanent contact with the central services (finance, information systems, DMI) and the CDs. The management controller is certainly going to become the interface between staff and line and not just the general management's right hand.

- A role which is clearly evolving towards expertise:

"*it should enable an informed decision (...) in the context of the T2A (...)*" (Hospital No. 5); "*(...) medico-economic studies on the financial efficiency before implementation of any new activity or purchase of expensive equipment*" (hospital 3). - Ultimately, a role of internal service provider in connection with strategic directions of the institution:

As hospital No. 2 summed it up very well: "*(...) It is a new job that will go beyond 'the person in charge of costs' to become a job of strategy consulting and of steering assistance, which reconciles support to strategic decisions and strengthening of ties with field actors.*"

CONCLUSION AND PROSPECTS FOR FUTURE RESEARCH

The management control function in hospitals has undergone big changes in recent years. Management control was traditionally based on budget limitation. This type of control is giving way to a new form of control, which increasingly looks like what Demeestère (2002) calls the "*performance management*". In this respect, the T2A is a powerful lever of change. By questioning the way financial resources are allocated, the tariff reform is far from merely a technical measure but alters the sense of collective action. By giving a monetary value to clinical activity, the T2A has introduced an economic dimension in assessing the performance of clinical units. Clinicians can no longer ignore the economic impact of their medical choices. Now, they are now accountable to others for their decisions (Bourn & Ezzamel, 1986; Preston, 1992).

As a consequence, the job of management controller is experiencing a fundamental change: initially seen as a "watchdog" or a kind of "Big Brother", the management controller is becoming a service provider for CDs and clinicians. As said Harrison & Pollitt for hospital accountants (1986), it "*moved away from the negative control aspects of accountancy to the positive provision of an information service to the clinicians*". His level of qualification required now, the tasks he is given, make him an interlocutor that can't be ignored and a first-rank strategic player (Demeestère & al., 2004).

Therefore, public health facilities, at least the most advanced in the structuring of the management control function, must now think about the purposes of the control system and try to develop a "*management pattern*" (Demeestère & al., 2004) or a "*steering pattern*" (Lorino, 2003) in agreement with the new budgetary and accounting framework introduced by the T2A.

The task will certainly be delicate because it challenges the mental representation of the various stakeholders, including general managers. It requires accountability of the various protagonists and the gathering of the separated spheres of the economic and of the medical (Claveranne & Pascal, 2005). And of course, it also requires the ending of the traditional clash between doctors and managers. Although difficult, this task is necessary: the evolution of management control in hospitals has not dispelled the ambiguity that Löning & al. (2003) described for industrial and commercial settings (quite transposable in the hospital environment). This fundamental ambiguity, which arose from the difficulty in determining internal clients of management control (general management or operational units?) must be lifted sooner or later. Otherwise we would face the revival of traditional conflicts in hospitals in addition to classical phenomena of power perimeters, common to all organisations. Therefore, a vast organisational change arises in public health facilities: the implementation of the T2A puts clinical units and CDs on the forefront. As already noted, their level of activity determines the financial resources of the whole institution. A rethinking of the management architecture, in particular the scope for action, autonomy and perimeter of CDs, has become crucial.

The structuring of the management control function is still in gestation. In most hospitals surveyed, this function is still at its early stages. There is still a long way for management control in acquiring a real legitimacy, especially from professionals. A key to success lies in the ability of institutions to recruit (and retain) a staff up to the current stakes, both able to overcome technical difficulties of the hospital management (including the T2A!) and place themselves in intermediation between medical and management logics.

But above all, the question lies in how hospitals define the essentials of the management control function. For historical reasons, management control most often remains under the control of the CFO. Yet, the rise of CDs entails a need for managerial skills for which few institutions were able to answer so far. Establishments that have devoted human resources for this new mission, have appointed dedicated officers. In our opinion, this new job seems to fill the criteria used to define the decentralized management controller in corporate settings (Jordan,

1998; Corformat et al., 2000). It must be noted that this decentralized management control function is not acknowledged as such in hospitals. Does this lack of institutional recognition show the fear of general managers to see the centre of gravity of management control moving?

This study could not exhaust the subject. For example, management control has not been studied in private health facilities, which are also subject to strong financial pressures. The results of our study, however, enable to identify several avenues for future research:

- The role and position of the managers in CDs. This job previously existed in some hospitals, but the law on the "new governance" (2005) has helped with giving it an official status. Further investigation on this new position could help to identify new trends in management control as a whole. It could also help to define a new steering pattern for hospitals.

- The evolution of the management control function within hospitals can no longer do without the missions and the positioning of the DMI. The importance of analysis and quality control for PMIS data, the link between these missions and strategy of the hospital, give it considerable weight. Most often with no hierarchical link with management, the DMI is an autonomous actor sometimes in territorial dispute with the management control department. The development of a medicalized management control, consequence of the PMIS and the T2A, undoubtedly strengthens the position of specialists in medical information. Therefore, will the DMI be exclusively in charge of the management control in the future, or will this one be exercised on a shared basis between the main actors (and if so, how)?

We think that issue is a promising research topic.

REFERENCES

1. Anthony, R.N. (1988), *The Management Control Function*. (The Harvard Business School press).
2. Anthony, R.N., Young, D.W. (1988), *Management control in non-profit organizations*. (Irwin 4th edition).
3. Argyris, C., Schön, D. (1978), *Organizational Learning: A theory of action perspective*, (Addison-Wesley).
4. Bloomfield, B.P., Coombs, R.W. (1992), "Information, Control and Power: the Centralization and Decentralization Debate Revisited". *Journal of Management Studies*, vol.29, n°4, july 1992, pp.459-484.
5. Bouquin, H. (2004), *Le contrôle de gestion*. (Presses universitaires de France).
6. Bourn, M., Ezzamel, M. (1986), "Costing and Budgeting in the National Health Service", *Financial Accountability and Management*, vol.2, n°1, pp.53-71.
7. Bourn, M., Ezzamel, M. (1987), "Budgetary devolution in the National Health Service and universities in the United Kingdom", *Financial Accountability and Management*, vol.3, n°1, pp.29-45.
8. Cauvin, C., Coyaud, C. (1990), *Gestion hospitalière : finance et contrôle de gestion*. (Economica).
9. Claveranne, J-P., Pascal, P. (2005), "T2A et gestion hospitalière, la physiologie du changement." *Gestions hospitalières*, pp.609-613.
10. Coombs, R.W. (1987), "Accounting for the Control of Doctors: Management Information Systems in Hospitals". *Accounting, Organisations and Society*, vol.12, n°4, pp.389-404.
11. Cyert, R.M. March, J.G. (1964), *Behavioral theory of the firm* (Prentice Hall).
12. Demeestère, R., Viens, G. (1977), "Peut-on maîtriser la hausse des coûts hospitaliers ?" *Revue française de gestion*, mai-juin/juillet-août, pp.25-32.
13. Demeestère, R., Lorino, P., Mottis, N. (2004), *Contrôle de gestion et pilotage*. (Dunod).
14. Demeestère, R. (2002), *Le contrôle de gestion dans le secteur public*. (L.G.D.J.).
15. Ducrocq, C. (1990), *Le contrôle de gestion des établissements hospitaliers*. (BergerLevrault).

16. Harrison, S., Pollitt, C. (1986), *Controlling Health Professionals* (Open University press).
17. Hill, N.T. (2000), "Adoption of Costing Systems in US Hospitals: an Event History Analysis 1980-1990", *Journal of accounting and public policy*, vol.19, pp.41-71.
18. Jensen, M., Meckling, W. (1976), "Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs, and ownership structure". *Journal of Financial Economics*, vol.3, pp.305-360.
19. Jordan, H. (1998), *Planification et contrôle de gestion en France en 1998*. Cahiers de recherche HEC.
20. Hood, C. (1991), "A Public Management for All Seasons?", *Public Administration*, vol.69, n°1, pp.3-19.
21. Kurunmäki, L. (1999), "Professional vs Financial Capital in the Field of Health Care – Struggles for the Redistribution of Power and Control", *Accounting, Organisations and Society*, vol.24, pp.95-124.
22. Laufer, R., Burlaud, A. (1980), *Management public. Gestion et légitimité*. (Dalloz).
23. Lega, F. (2008), "The Rise and Fall(acy) of Clinical Directorates in Italy", *Health Policy*, vol.85, pp.252-262.
24. Lenay, O., Moisdon, J-C. (2000), "Croître à l'abri de la gestion ? Le cas du système hospitalier public français." *Cahiers de recherche du centre de gestion scientifique de l'Ecole des Mines*, n°17.
25. Lenay, O. (2005), *L'ergonomie de la gouvernamentalité : le cas du système hospitalier français* in *Gouvernement, organisation et gestion : l'héritage de Michel Foucault* (Presses de l'Université Laval).
26. Levy, E. (1976), "L'hôpital est-il une entreprise ?" *Revue française de gestion*, pp.9- 24.
27. Löning, H., Malleret, V., Méric, J., Pesqueux, Y., Chiapello, E., Michel, D., Solé, A. (2003), *Le contrôle de gestion, organisation et mise en œuvre*. (Dunod).
28. Lorino, P., (2003) *Méthodes et pratiques de la performance* (Editions d'organisation). Mintzberg, H., (1979) *The Structuring of Organisations* (Prentice Hall).
29. Moisdon, J-C., Tonneau D., (1999), *La démarche gestionnaire à l'hôpital*. (Seli Arslan).
30. Moisdon, J-C., Nakhla, M., Pépin, M., Tonneau, D., (2006) "Evaluation des impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé." *Note méthodologique, Essor Consultants, CGS Ecole des mines*.
31. Pouvourville, G. de, Tedesco, J. (2003), "La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics." *Revue Française de Gestion*, vol.29, n°146, pp.205-218.
32. Preston, A.M. (1992), "The birth of clinical accounting: a study of the emergence and transformations of discourses on costs and practices of accounting in U.S. hospitals." *Accounting, Organizations and Society*, vol. 17, n°1, pp.63-100.
33. Robbins, G. (2007), "Obstacles to Implementation of New Public Management in an Irish Hospital", *Financial Accountability and Management*, vol.23, n°1, pp.53-71.
34. Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., Busse, R. (2006), "Methods to determine reimbursement rates for diagnosis-related groups (DRG): A comparison of nine European countries." *Health Care Management Science*, vol.9, pp. 215–223.
35. Scott, W.R. (1982), "Managing professional work. Three models of control for health organizations", *Health Services Research*, Vol. 17, n°3, pp.213-240.
36. Vagnoni, E., Abernethy, M. (2004), "Power, Organisation Design and Managerial Behaviour", *Accounting, organisations and society*, vol.29, pp.207-225.
37. Young, D., Pearlman, L., (1993) "Managing the Stages of Hospital Cost Accounting", *Health Care Financial Management*, vol.47, n°4, april, pp.58-80.

LE SECRET MEDICAL: DESUETUDE OU RESISTANCE D'UNE NOTION FACE A UNE EXIGENCE DE TRANSPARENCE?

Aurore POUSSIER¹

Université de Bourgogne, France, aurorepoussier@hotmail.fr

Résumé: *La notion de secret médical, issue du serment d'Hippocrate, connaît une évolution importante due aux évolutions de la relation médecin/patient et du développement des nouvelles technologies. Cette notion doit donc être protégée mais elle connaît des dérogations légales dans un but de protection d'intérêt particulier mais également d'intérêt général. Ces différentes dérogations tendent à démontrer une exigence de transparence qu'il est nécessaire de concilier avec le secret médical, élément indispensable à la protection de la vie privée.*

Mots clés: *Secret médical, protection de la vie privée, relation médecin/patient, données informatiques, protection des données.*

JEL Classification Codes: K00, K10

1. INTRODUCTION

La notion de secret en droit relève de la nécessité de protéger l'ordre public, les intérêts des particuliers ou encore des entreprises. Ces secrets, qualifiés de droit et dont l'objet diffère en fonction du domaine dans lequel ils s'appliquent, empêchent, ou de manière plus nuancée, réduisent la communication d'informations à des tierces personnes. Tel est le cas, par exemple, du secret des affaires, du secret de la défense nationale et de la défense publique, ces secrets doivent faire face à des difficultés relatives à leur nature et leur objet, difficultés devant concilier ledit secret et une nécessité croissante d'obtenir des informations. En des termes juridiques, il faut concilier un intérêt particulier avec un intérêt général.

Le secret médical est un des exemples le plus parlant de cette conciliation. En effet, le secret médical permet de protéger la vie privée de chaque individu, en étant ainsi un droit pour le patient et une obligation pour le médecin, mais il doit se concilier avec la communication des données médicales dans des conditions strictement définies par le législateur.

Avant d'être qualifiée de droit par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, cette obligation du médecin, issue du serment d'Hippocrate, est d'origine très ancienne (IV^{ème} siècle avant Jésus-Christ) et énonce que « quoique (le médecin) voit ou entende dans (sa) société pendant l'exercice de (sa) profession, (il) taira ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas ».

La Chambre criminelle avait déjà précisé, dans un arrêt du 8 mai 1947, que « l'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir »². Cet arrêt énonce clairement que l'obligation de secret médical s'impose au médecin qui doit garder pour lui toutes les informations qu'il a obtenues de son patient et celles qu'il a constatées au travers des différents

¹ Doctorante Contractuelle

² Cass. Crim. 8 mai 1947, Decraene, Bull. Crim. 1947, n° 124; JCP G 1948, II, 4141, note A. Legal.

examens effectués mais aussi que les médecins ne peuvent passer outre cette obligation. En effet, l'article 4 du code de déontologie médicale³ dispose que « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. / Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Cette conception absolue du secret médical a néanmoins connu des évolutions. En effet, elle a été remise en question par un arrêt du Conseil d'Etat du 12 avril 1957⁴. Il a estimé que le secret ne pouvait pas être opposé au patient. Celui-ci est le premier à être concerné par les constatations effectuées par le médecin, le patient doit donc, en toute logique, être informé des différentes pathologies dont il est atteint. Va ainsi se créer une relation de confiance entre le médecin et son patient. Selon Bernard Hoeni, il n'y a « de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret ».⁵ L'obligation de secret ne peut donc plus être qualifiée d'absolue puisque le patient sera informé par le médecin des différentes pathologies dont il souffre. De plus, le patient a également le droit d'obtenir communication de son dossier médical. Cette possibilité a été consacrée par la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public⁶.

A l'inverse, certains pays européens ont une conception différente de celle de la France. En effet, la protection du secret médical est relative en Suède, Danemark ou encore en Hollande. Le secret médical est reconnu légalement mais aucune dérogation légale n'est nécessaire pour autoriser le médecin à parler s'il le juge nécessaire. Cela relève ainsi de l'appréciation personnelle du médecin. En Russie, Norvège ou Espagne, le secret médical ne bénéficie d'aucune reconnaissance légale. Les informations médicales ainsi que la vie privée du patient ne sont donc pas juridiquement protégées.

Cette évolution de l'obligation de secret médical, connue en France, met en exergue la nécessité de protéger la vie privée du patient⁷. La loi n° 70-643 du 17 juillet 1970, tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens, instaure un renforcement de cette protection de l'intimité de la vie privée. Cependant, aucune définition ne permet de préciser ce qu'est la vie privée. La jurisprudence, tant administrative que judiciaire, a donc appliqué le principe de cette protection au secret relatif à la santé⁸. La santé fait donc partie intégrante de la vie privée de tout individu.

De plus, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé abonde dans le sens de la loi de 1970. Le secret médical devient alors un droit du patient, selon l'article L1110-4 du Code de la santé publique qu'il pourra invoquer afin d'obtenir une protection de sa vie privée et des données le concernant.

En revanche, rien n'autorise le médecin à livrer des renseignements en dehors des dérogations légales. Ces dernières ont été instituées afin de protéger des intérêts dits supérieurs. Il s'agit de la santé publique, du fonctionnement de l'Etat-civil, du maintien de l'ordre ou encore de la maîtrise des dépenses de santé. La transmission de données à caractère médical sera dès

³ L'article 4 du code de déontologie médicale, ayant pour origine le serment d'Hippocrate, a été repris par le Code de la santé publique à l'article R 4127-4 issu de l'article 4 du Décret 95-1000 du 6 septembre 1995, modifié par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004.

⁴ CE 12 avril 1957, Sieur Devé, Recueil Lebon p. 266.

⁵ Bernard Hoeni est auteur de l'Encyclopédie des cancers, Flammarion médecine sciences, 1986.

⁶ L'article 6 de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public énonce que « l'administration peut refuser de laisser consulter ou communiquer un document administratif, dont la consultation porterait atteinte au secret de la vie privée, ainsi que les dossiers personnels médicaux. »

⁷ Article 4 du Code de déontologie médicale.

⁸ Précisons qu'il en est ainsi à l'égard du droit à une vie familiale, au droit à l'image, au secret de la résidence et du domicile.

lors admise. Toutefois, les données transmises ne devront pas permettre l'identification du patient, exceptions faites des organismes sociaux, des médecins entre eux et du personnel soignant.

La rigueur des dispositions en vigueur est destinée à protéger les patients et non les médecins. S'il n'est pas respecté, cela reviendra à mépriser l'un des droits fondamentaux de l'homme : « tous les patients doivent être assurés que leur confiance ne sera pas trahie lorsqu'ils livrent à leur médecin une information les concernant ou mettant en cause des tiers ».⁹ La relation créée et basée sur la confiance entre le patient et le médecin ne doit pas être à sens unique. Certes le patient doit fournir toutes les informations nécessaires au médecin pour que ce dernier traite la pathologie de son patient mais en retour, le médecin ne peut invoquer le secret médical à l'encontre de son patient. Il a une obligation d'information. Le médecin est donc contraint à deux titres : à la fois par son obligation de secret médical et par son obligation d'information à l'égard de son patient. Ce n'est qu'à cette double condition que peut exister une relation de confiance entre le patient et le médecin.

Cette relation *intuitu personae* est ainsi protégée par le droit. Or, au sein de notre société libérale, doit se concilier le droit au secret médical garantissant une protection de la vie privée et une exigence de transparence. Il s'agit de la recherche d'une vérité d'où la difficile conciliation entre le secret et le savoir. Jean-Denis Bredin l'énonce clairement : « On observera seulement ici que certains de ces secrets sont d'intérêt public, d'autres d'intérêt privé, que d'autres prétendent servir à la fois des intérêts publics et privés – ainsi le secret de l'instruction-, que les règles qui les gouvernent, leurs fondements, leurs domaines, sont très différents. Leur régime juridique oppose, chaque fois, le droit de cacher et le droit de savoir : selon les intérêts en présence l'un ou l'autre doit l'emporter ».¹⁰

L'Etat entretient, ou plus exactement, tente d'entretenir envers ses administrés une obligation de transparence¹¹ permettant d'aboutir à un véritable Etat de droit. Cependant, cette transparence ne s'applique pas aux administrés entre eux et à l'égard de l'Etat dans le sens où leurs droits se doivent d'être protégés. Tel est le cas de la vie privée dont le secret médical fait partie. Toutefois, les avancées technologiques et plus particulièrement celles de l'informatique et de l'accès aux informations, mêlées à cette mouvance de transparence, peuvent mettre à mal la protection de la vie privée et plus particulièrement le secret médical. D'où la nécessité de trouver un juste équilibre. Et c'est précisément toute la difficulté en matière médicale puisque cela concerne les données les plus intimes d'un individu (I) devant être conciliées avec l'existence de dérogations établies au motif d'un intérêt général (II).

2. L'IDENTIFICATION DE LA RELATION MÉDECIN/PATIENT À TRAVERS LE SECRET MÉDICAL

Le secret médical a pour objectif de protéger la vie privée des personnes confiant à leurs médecins des informations particulièrement sensibles sur leur vie. Ils consentent à dévoiler des détails sur leur santé afin que les médecins les écoutent, les aident, les soignent. Une relation de confiance doit alors s'instaurer entre le patient et le médecin. Cette relation de confiance sera effective à partir du moment où le patient communiquera toutes les informations à son médecin et que ce dernier respecte ses obligations dont celles du secret médical et de l'information.

⁹ Commentaire de l'article 4 du Code de déontologie médicale, cf. site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) : <http://www.conseil-national.medecin.fr/>

¹⁰ BREDIN J.-D., « Secret, transparence et démocratie », *Pouvoirs*, 2001/2, n° 97, pp. 5-15.

¹¹ Cette obligation de transparence se retrouve au sein de nombreux textes juridiques. Par exemple la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et qui instaure la Commission d'accès aux documents administratifs, ou encore le projet de loi organique relatif à la transparence de la vie publique.

L'obligation de secret médical est, par conséquent, nécessaire afin de protéger la vie privée et la dignité des malades. Elle doit donc être appliquée dans l'intérêt des patients.

L'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique, issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé modifiée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, assure cette protection. Cet article détermine le champ d'application de l'obligation du secret médical. En effet, il dispose que toute personne, aussi bien le patient que le médecin, est concernée par le secret médical (A), c'est un droit pour l'un, une obligation pour l'autre. Toutefois, il ne définit pas quelles sont les informations protégées par ce même secret. Il est donc important, dans le cas présent, de préciser la nature de ces données et les modalités de leur accessibilité (B).

A) Le secret médical : champ d'application *ratione personae*

Chaque patient a droit au secret médical afin de voir sa vie privée protégée. Toutefois, les médecins ne peuvent opposer au patient, lui-même, le secret quant aux conclusions auxquelles ils peuvent aboutir. Dans un arrêt du 11 février 1972, le Conseil d'Etat a reconnu l'intérêt du patient comme fondement de cette obligation de secret, qui ne peut lui être opposable lorsque ses intérêts sont en cause¹². Par conséquent, le patient doit être mis au courant par le médecin de toutes les informations concernant sa santé, notamment les éléments lui permettant de prendre des décisions libres et éclairées.

Quelle que soit la situation du patient, ce dernier a droit à voir sa vie privée protégée par le secret médical. En effet, dans le cas particulier du don (organes, sperme, sang...), le patient donneur et le patient receveur ne sont pas informés de leur identité réciproque. L'anonymat, et *a fortiori* le secret entourant cette action, est indispensable afin de préserver la vie privée de chaque individu. La protection de la vie privée reste ainsi « supérieure » à la nécessité de transparence.

Il en est de même pour les détenus. En effet, le Conseil d'Etat estime qu'un détenu « a, comme toute personne, droit au secret médical »¹³.

C'est également le cas pour les ressortissants étrangers s'installant sur le territoire français. En effet, le Conseil d'Etat juge que le secret médical est assuré aux ressortissants. Dans un arrêt du 21 mars 2008, il était question de l'octroi d'une carte de séjour temporaire. Celle-ci est accordée de plein droit, dès lors qu'elle porte la mention « vie privée et familiale », « à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale (...) »¹⁴. Le Conseil d'Etat, en l'espèce, a estimé que « le secret médical interdisait au médecin de révéler des informations sur la pathologie de l'intéressé et la nature de ses traitements médicaux, fût-ce en portant une appréciation sur l'état du système de soins dans le pays d'origine »¹⁵. Le contenu du secret médical ne comprend donc pas uniquement les données purement médicales, mais également les éléments permettant de qualifier le système de santé du pays en question. Le domaine du secret médical est par conséquent très largement entendu. En effet, si l'appréciation permet de déterminer les pathologies dont est atteint l'individu, le secret médical est violé, la protection de la vie privée de l'individu est donc amoindrie.

¹² CE, 11 février 1972, J.C.P., 1973, II, 17363, note R. SAVATIER ; voir également CE, Ass. Pl., 12 avril 1957, Devé, Publié au recueil Lebon, p. 266.

¹³ CE, 31 octobre 2008, Section française de l'observatoire international des prisons, n° 293785, Publié au Recueil Lebon.

¹⁴ Art. L 313-11 Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

¹⁵ CE, 21 mars 2008, Ministre d'Etat, Ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, Inédit au Recueil Lebon ; dans le même sens : CE, 19 mai 2008, Association SOS Racisme, Mentionné dans les tables du recueil Lebon (une attestation délivrée par le maire d'une commune sur laquelle les ressortissants s'installent, ne doit pas comporter d'informations touchant au secret médical).

Le secret médical est en principe absolu, il ne peut pas varier en fonction de la personne concernée et selon le bon vouloir du médecin. Il existe un cas particulier, celui du Président de la République. Une difficile harmonisation doit donc être réalisée. En effet, il s'agit de concilier le droit du Président de la République à garder les informations médicales le concernant secrètes, comme pour tout patient, et le droit des citoyens à savoir si le dirigeant du pays est entièrement apte à diriger les affaires de l'Etat. Toute la difficulté réside alors dans la conciliation d'un intérêt privé, la protection de la vie privée, et d'un intérêt public, la transparence relative à l'état de santé de l'homme dirigeant le pays.

La communication d'informations sur l'état de santé du Président de la République relève d'une pratique et non d'une obligation. Par conséquent, il n'existe aucune obligation légale demandant au Président de communiquer des informations sur sa santé. Il n'existe pas, non plus, d'obligations légales interdisant au Président de la République de communiquer ces mêmes informations. Dans ce cas, si le Président décide d'informer les citoyens de son état de santé, l'obligation de secret médical ne sera pas, pour autant, levée. En effet, le fait qu'un patient, quel qu'il soit, notamment un Président de la République, révèle des informations concernant sa santé, ne délie aucunement le médecin de son obligation de secret. Il en a été jugé ainsi par le Conseil d'Etat le 29 décembre 2000¹⁶. Ainsi, le secret médical doit être respecté même si les informations concernant la santé d'un Président de la République concernent, certes indirectement, les français.

Les patients ne sont pas les seules personnes concernées par le secret médical. Les médecins le sont également.

En effet, depuis le serment d'Hippocrate jusqu'à l'article L 1110-4 du Code de la santé publique en passant par l'article 226-13 du Code pénal, de nombreux domaines traitent du secret. Certains en des termes généraux puisqu'ils n'énoncent qu'un secret professionnel et d'autres en des termes plus précis puisqu'ils abordent précisément l'obligation du secret médical. Le secret professionnel se définit comme « l'obligation pour les personnes qui ont eu connaissance de faits confidentiels dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions, de ne pas divulguer hors les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret »¹⁷. Le secret professionnel englobe de nombreux secrets, différents par leur nature et par les personnes auxquelles il s'applique. En effet, il faut distinguer le secret de la défense nationale, le secret bancaire, le secret des sources journalistiques, le secret médical, etc. S'agissant du secret médical, celui-ci s'applique aux professionnels médicaux proférant des soins aux patients ou établissant des diagnostics. Le secret médical est compris dans la catégorie plus large qu'est le secret professionnel. Toutefois, tous ces textes juridiques imposent le respect du secret qui leur est confié et ceci dans l'intérêt de la personne qui se confie.

Pour les médecins, la violation du secret médical peut engager la responsabilité pénale du médecin selon l'article 226-13 du Code pénal.

De plus, des sanctions déontologiques peuvent être infligées aux médecins en cas de violation de cette obligation de secret. La section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins peut en effet attribuer un blâme¹⁸.

Le médecin peut également voir sa responsabilité civile engagée. Selon Louis Dubouis¹⁹, « en droit français, la violation du secret médical ne constitue pas seulement une faute au sens pénal et déontologique. Elle engage également la responsabilité civile pour faute, sur le fondement de l'article 1382 du code civil, aux termes duquel « tout fait quelconque de l'homme,

¹⁶ CE, 29 décembre 2000, n° 211240, Publié au Recueil Lebon, p. 676.

¹⁷ CORNU G., *Vocabulaire juridique*, PUF, Paris, 2011.

¹⁸ CE 28 mai 1999, Tordjemann, n° 189057, JCP 1999, IV 2834, p. 1957.

¹⁹ DUBOUIS L., « Secret médical et liberté de la presse, Droit et politique communautaires, Les sources internationales et communautaires », RDSS, octobre-décembre 2004, p. 841.

qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à la réparer. » ». Il en a été jugé ainsi lors de l'affaire Plon contre France²⁰ en 2004.

Le médecin peut donc être sanctionné lorsqu'il viole son obligation de secret médical. Toutefois, le médecin reste le protecteur de cette obligation qu'est le secret médical. Il peut, dès lors opposer le secret à toute demande sans crainte de sanction. Il s'agit du principe d'immunité. En effet, la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation a jugé dans un arrêt du 8 mai 1947, que « cette obligation (...) est générale et absolue et qu'il n'appartient à personne de les en affranchir ». En l'espèce, il était question du refus par un médecin de témoigner devant une Cour d'Assises.^{21 22}

Bien que le médecin soit la première personne à être au courant des informations concernant un malade, il faut reconnaître qu'au sein d'un établissement de santé, plusieurs personnes ont connaissance des différentes pathologies du malade. Cette connaissance peut mettre en cause la protection de la vie privée ainsi que le caractère général et absolu du secret médical. Le secret partagé intervient afin d'assurer la continuité et l'amélioration des soins du patient. Cette notion « désigne l'échange entre professionnels de santé d'informations nécessaires à la prise en charge commune d'une personne »²³.

La pratique du secret partagé est depuis longtemps admise par la jurisprudence administrative. Dans un arrêt du 11 février 1972, le Conseil d'Etat estime que « le silence s'impose à tous ceux qui concourent directement ou indirectement à la délivrance des soins »²⁴. Le secret partagé a donc été consacré par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Cette loi a été modifiée par la loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994 relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé. Cependant, le partage ne s'appliquait que dans le cadre de recherche biomédicale. Par la suite, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (modifiée par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) a admis dans son article L1110-4 du Code de la santé publique la validité du secret partagé dans le cadre de l'équipe soignante. Le développement des nouvelles technologies, telles que la télémédecine, la téléconsultation, entraîne, en outre, un accroissement du champ d'application du secret partagé pouvant sans doute poser problème quant à l'effectivité du secret médical.

Néanmoins, le patient reste maître de ses secrets. C'est pourquoi certaines conditions doivent être respectées afin de protéger la vie privée du malade. Tout d'abord, avant chaque partage d'information, l'accord du patient doit être obtenu²⁵. De plus, les informations doivent être nécessaires, pertinentes, non excessives (il faut tenir compte de l'objet et de la finalité de la demande) et elles doivent être communiquées uniquement dans l'intérêt du patient. Une fois ces conditions remplies, les informations peuvent être communiquées (B).

B) L'identification et l'accès aux données protégées par le secret médical

Le secret médical couvre l'ensemble des informations concernant les personnes. Se pose alors la question de savoir comment définir la nature secrète des informations confiées par le patient à son médecin. Il semble évident que les données de nature médicale soient protégées car elles touchent à ce qu'il y a de plus intime chez une personne. Par conséquent, leur protection

²⁰ CEDH 18 mai 2004, Plon (société) c/ France, RDSS, octobre-décembre 2004, p. 841.

²¹ Cass. Crim., 8 mai 1947, Bull. crim. 1947, n° 124 ; JCP G 1948, II, 4141, note A. Legal

²² Le principe d'immunité permet cependant au médecin d'opposer le secret médical à toute demande sans crainte de sanction.

²³ PEDROT P. (sous la dir.), Dictionnaire de droit de la santé et de la biomédecine, Ellipses, Paris, 2006.

²⁴ CE, 11 février 1972, CROCHETTE, Recueil Lebon, p.138.

²⁵ Un problème peut se poser si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté. Or, si ce dernier a désigné une personne de confiance, elle pourra autoriser le partage des informations envers et entre le personnel soignant.

doit être générale et absolue. De par leur caractère médical, les données de santé revêtent également un caractère sensible. De plus, les données médicales sont personnelles. Elles appartiennent à celui ou à celle qui en a fait la confiance et non à celui qui les reçoit. Néanmoins, le médecin ne pourra pas communiquer ces informations à des tiers même si le patient l'avait autorisé auparavant²⁶. En outre, les informations médicales sont nominatives. L'identification de la personne concernée est donc chose facile. Dans cette hypothèse, le secret doit être absolu. Seules les personnes qui y sont nommément désignées peuvent en obtenir communication.

Cependant, les informations de nature secrète sont parfois difficiles à définir en établissement de santé. En effet, certaines données sont de nature administrative. Par conséquent, leur protection n'est pas nécessairement requise. Toutefois, certaines informations administratives peuvent par exemple donner des indications sur l'infection dont est atteint le patient²⁷. Le Conseil d'Etat considère que la communication d'informations, même non médicales, entraîne une violation du secret médical et doit ainsi être sanctionnée.

Certaines de ces données dont leur nature est médicale et personnelle sont contenues, de manière récurrente depuis quelques années, sur support informatique.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés permettait à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) d'effectuer des contrôles sur place de traitements informatiques.

La loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé²⁸ consacre l'idée que les informations ayant pour fin la recherche sont des données qualifiées de dangereuses. Par conséquent, la constitution de dossiers est subordonnée à l'autorisation de la CNIL. Néanmoins, l'article 8§1 de la Directive européenne du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données dispose que toutes les données à caractère médicale sont soumises à autorisation et plus seulement celles destinées à la recherche. L'article L1110-4 du Code de la santé publique énonce qu' « afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (...) ». Ainsi, la création de dossiers comportant des données nominatives à caractère médical sera subordonnée à l'autorisation préalable de la CNIL. Les données en question, bien qu'elles fassent l'objet d'une transmission, sont donc protégées²⁹. A défaut, l'article 226-17 du Code pénal énonce les sanctions possibles en cas de violation des dispositions de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978.

L'évolution du système de santé à travers le développement informatique et l'essor d'une santé en réseau a contraint le secret médical à élargir son champ d'application. « Les acteurs « hétérogènes » de ces réseaux, publics ou privés, doivent prendre les mesures techniques et organisationnelles qui s'imposent pour garantir la confidentialité, l'intégrité et la pérennité des données, indispensables à une prise en charge médicale sécurisée ».³⁰ Les informations

²⁶ Cass., Civ 1^{ère}, 14 décembre 1999, Dalloz 2000, IR, p.40

²⁷ CE, 1^{er} juin 1994, CHS Le Valmont, n° 150870, Recueil Lebon.

²⁸ Loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

²⁹ Ces données ne sont pas directement protégées par le secret médical, mais de par leur nature médicale, elles se doivent d'être protégées lors d'une transmission. Cela est d'autant plus accentué lorsqu'il s'agit de données médicales figurant sur des supports informatiques dont la fiabilité peut être mise en cause.

³⁰ LESAULNIER F., « Internet, santé et données personnelles », Editorial, Médecine et Droit, Information éthique et juridique du praticien, Janvier-février 2013, n°118, p. 1-2.

échangées au sein de la relation médecin/patient et dont le secret médical est le garant, ne sont donc plus limitées aux données uniquement médicales.³¹

S'agissant de la liberté d'accès aux documents administratifs, elle a été proclamée par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, modifiée par la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Le principe est celui du « libre accès de tous aux documents administratifs non-nominatifs et celui de la communication des documents nominatifs aux seules personnes concernées »³². S'agissant des données médicales, elles sont, selon l'article L1111-7 du Code la santé publique, personnelles et nominatives. Leur accès est donc limité aux seules personnes concernées.

Selon le Conseil d'Etat, le dossier médical est un document administratif nominatif³³. Il est donc accessible à la personne directement concernée par le dossier. Selon la Commission d'accès aux documents administratifs, cet accès, par le patient, est énoncé par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 relative à la communication des informations médicales contenues dans le dossier médical. Seuls le médecin et le patient ont accès au dossier.

Le dossier médical contient plusieurs éléments. En effet, il contient des informations formalisées (article L1111-7 du Code la Santé publique) recueillies lors des consultations externes dispensées dans un établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier ainsi que celles établies à la fin du séjour. Il comporte également des éléments techniques tels que l'identité du patient, les prescriptions médicales, etc.

Se pose alors la question des notes personnelles du médecin contenues dans le dossier médical. La Cour administrative d'appel de Paris, dans un arrêt du 30 septembre 2004 estime que les notes des médecins sont communicables au patient à partir du moment où elles ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic. La Cour Administrative d'appel prend alors en considération l'arrêté du 5 mars 2004 de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (devenue la Haute Autorité de Santé) selon laquelle il faut distinguer les notes ayant pour finalité l'élaboration et le suivi du diagnostic et les notes « personnelles » qui n'ont pas cette finalité et ne sont donc pas communicables.³⁴ En outre, l'article R 4127-45 du Code la Santé Publique énonce que « les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers ». En conséquence, tous les documents contenus dans le dossier médical ne sont pas communicables au patient quand bien même il le concerne directement.³⁵

³¹ Malheureusement, des efforts sont encore à fournir notamment par la présence de données à caractère médical venant d'autres pays que la France ou encore la présence d'informations médicales sur internet et au sein desquels la protection des données est moins contrôlée. Cette problématique est fortement discutée en France où les individus ont tendance à avoir recours à internet et plus particulièrement aux sites médicaux et autres forums afin de recueillir des informations concernant leur pathologie. Néanmoins, ce ne sont pas des informations pertinentes dans le sens où elles ne sont pas expliquées par un professionnel de la santé. Il est indispensable que ces sites face l'objet d'un contrôle plus poussé par la CNIL et également par l'Ordre national des médecins afin de communiquer aux patients des informations dignes de la science médicale.

³² RIVERO Jean, WALINE Jean, *Droit administratif*, Précis Dalloz, 20^{ème} édition, 2004.

³³ CE, 6 décembre 1993, Laidin, n° 143493, Mentionné aux tables du Recueil Lebon.

³⁴ CAA Paris 30 septembre 2004, AJDA 14 février 2005, p. 323, note Delaunay.

³⁵ La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie³⁵ a lancé le projet du dossier médical personnalisé ayant pour objectif de coordonner les soins en permettant la fourniture de toutes les informations relatives à un patient au médecin traitant et de partager les données contenues sur ce dossier entre l'ensemble des acteurs du parcours de soins. Le dossier médical personnalisé semble être un bon outil en faveur des patients afin de coordonner les actes de soins et permettant également aux patients d'avoir un accès direct à leur dossier médical personnalisé. Malgré un départ chaotique de ce projet, le dossier médical personnalisé connaît désormais un fonctionnement congru. En effet, l'hébergement des dossiers médicaux personnalisés est réalisé par les groupes Atos

Le secret médical implique que les données obtenues par le médecin soient protégées. En effet, toute personne ne peut avoir librement accès aux informations médicales nominatives. Cet accès, en dehors du personnel médical, est limité au patient. Toutefois, des dérogations ont été élaborées par le législateur (II). Certaines ont été instaurées afin de protéger les intérêts supérieurs de la Nation, d'autres l'ont été afin de protéger des intérêts privés. Malgré ces dérogations, la qualité de la relation médecin/patient doit être préservée.

3. LES DÉROGATIONS AU SECRET MÉDICAL

Le secret médical a des frontières difficiles à définir dans la mesure où l'exigence de discrétion se heurte à des impératifs sociaux et parfois à l'intérêt du patient lui-même.

La conciliation entre secret médical et droit à l'information, au nom d'une certaine transparence considérée comme « une exigence morale »³⁶ se réalise par la mise en œuvre de dérogations établies par le législateur³⁷. Selon Thierry Massis, « le secret exprime un aspect essentiel de notre civilisation : le respect de la personne humaine » et concerne ce qu'il y a de plus intime chez l'homme : sa vie privée. La recherche de la transparence passant par un droit à l'information vient contrebalancer le caractère absolu du secret et en particulier celui du secret médical. La transparence se définit comme la « qualité de ce qui laisse paraître la réalité tout entière, de ce qui exprime la vérité sans l'altérer »³⁸. Il s'agit donc de l'exposé de la réalité des faits, des situations, des données. Le secret médical, pris dans cette problématique de transparence, ne peut donc plus être considéré comme absolu. La communication d'informations médicales doit néanmoins être proportionnelle au but poursuivi, c'est-à-dire que le médecin ou l'établissement de santé ne pourront révéler que les informations utiles à la condition qu'elles soient autorisées ou imposées par la loi.

Ces dérogations concernent principalement la protection de la santé publique, la préservation de l'intérêt du patient, le fonctionnement de l'Etat-civil, la maîtrise des dépenses de santé, la protection des victimes d'infractions. Malgré l'existence de ces dérogations, l'intérêt des patients ainsi que les intérêts de tiers sont toujours pris en considération (A) afin de garantir un secret médical maximal.

Une relation de qualité n'exige pas un secret absolu, ce caractère n'étant d'ailleurs pas garanti juridiquement. Cependant, le domaine de la santé doit être identique pour tout individu. Il a donc une dimension collective bien que le respect de chaque vie privée doit être assuré. Par conséquent, lorsque des intérêts dits supérieurs par rapport au respect de la vie privée sont en cause, le secret médical se voit évincer afin de protéger cet intérêt collectif (B).

A) La révélation d'informations médicales protégeant des intérêts particuliers

Le patient est seul apte à prendre les décisions le concernant. Pour cela, il doit être clairement informé de ses pathologies par son médecin. Or, dans certaines situations, le patient

Origin et La Poste (leurs filiales étant Santeos et Extelia) et depuis janvier 2011, les patients peuvent demander la création de leur dossier médical personnel et avoir ainsi accès aux données les concernant. En outre, un projet européen a vu le jour en juillet 2008, projet dénommé eSOS (Smart Open Services for European Patients). Il s'agit d'un projet d'interopérabilité cofinancé par l'Union Européenne. Cette interopérabilité « entre les pays européens dans le domaine de la santé doit permettre de soutenir la mobilité des patients en Europe, garantir la sécurité des soins des patients, accroître l'efficacité et la rentabilité des soins transfrontaliers et fournir un service médical sûr et sécurisé dans chaque pays et à travers l'Europe ». Cf. Site www.epsos.eu/france.html.

³⁶ MASSIS T., « La transparence et le secret, Champ social, Débat de conscience », Etudes, 2001/6, Tome 394.

³⁷ Le législateur est seul compétent pour établir des dérogations au secret médical. En effet, selon un arrêt du Conseil d'Etat en date du 31 mai 1989, Dame Roujansky (Recueil Lebon, p. 135), un décret ne peut autoriser de telles exceptions. Attention, les dérogations ne trouvent pas leur justification première dans la recherche de transparence mais davantage au nom de l'intérêt général.

³⁸ Définition issue du Nouveau Petit Robert de la langue française, 2009.

est hors d'état d'exprimer sa volonté. Dans cette hypothèse, une personne de confiance pourra prendre les décisions utiles pour la santé du patient.

Cette possibilité a été consacrée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et modifiée par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie³⁹. La personne de confiance, désignée par le patient et révocable à tout moment, aura accès aux informations concernant le malade et agira dans l'intérêt de ce dernier. Ainsi, l'objectif de la personne de confiance est « d'encadrer la décision médicale pour les personnes vulnérables, sans qu'il soit pour autant nécessaire de recourir à une mesure de protection légale »⁴⁰. Cette possibilité démontre néanmoins que le secret médical n'est plus absolu. Pour autant, il faut reconnaître que dans le cas précis où le patient est dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté, la personne de confiance doit agir dans l'intérêt de celui-ci afin de le protéger.

En outre, la connaissance par les organismes d'assurance maladie d'informations médicales est indispensable à la réception de toutes les aides financières par le patient. Par conséquent, le secret médical n'est certes plus absolu, mais ce dans l'intérêt du patient. Il ne faut cependant pas perdre de vue que le personnel de ces organismes est également soumis à une obligation de secret professionnel. Cette dérogation au secret médical se trouve cependant atténuée par l'utilisation de codes. En effet, le Code de la sécurité sociale, dans son article L161-29, prévoit une communication obligatoire par les praticiens du code des actes effectués, des prestations servies aux assurés et des pathologies diagnostiquées aux organismes d'assurance maladie dans le but de maîtriser les dépenses de santé.

Le Conseil Constitutionnel rappelle toutefois, dans sa décision du 21 décembre 1999, l'exigence d'une « particulière vigilance dans la transmission des informations nominatives à caractère médical entre les médecins prescripteurs et les organismes de sécurité sociale ». Des modalités d'acheminement des documents nominatifs doivent être mises en place afin de permettre une stricte confidentialité de la transmission des informations qu'ils contiennent.

Le secret médical connaît également une dérogation en cas d'accidents du travail. En effet, le médecin constatant un accident de travail ou une maladie professionnelle doit, selon l'article L441-6 du Code de la sécurité sociale, établir un « certificat indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles ». Cette dérogation est nécessaire afin de prévenir toutes dépenses abusives.

Concernant les assurances privées et les mutuelles, la loi interdit tout accès au dossier médical des personnes concernées. Cependant, cette interdiction est mise à mal par le fait que le patient lui-même transmet des informations médicales qui le concerne. En effet, il doit remplir un questionnaire de santé, et parfois il peut être amené à remettre aux assurances des documents justificatifs remplis par les professionnels de santé. Les assureurs ont donc les moyens de connaître l'état de santé de leur futur assuré. Le secret médical n'est ainsi plus absolu et la relation issue du secret médical se trouve grandement élargie.

L'intérêt seul du patient ne justifie pas toutes les dérogations énoncées par la loi. Le secret médical est mis à mal lorsque des droits légitimes sont en jeu. Un certain équilibre doit donc être trouvé afin de concilier le secret médical avec ces droits.

Certaines situations peuvent engendrer des difficultés pour le médecin. Dès lors, il doit pouvoir exercer ses droits sans pour autant craindre une sanction pour violation du secret médical. La nécessité d'un intérêt légitime est donc indispensable à l'exercice de ses droits. Ainsi, si un médecin est accusé de faits mettant en cause sa qualité de médecin, il peut rompre le

³⁹ Art L1111-6 Code de la Santé Publique. Toutefois, l'article ne précise nullement quelles sont les informations transmissibles à la personne de confiance.

⁴⁰ P. LOKIEC, « La personne de confiance, Contribution à l'élaboration d'une théorie de la décision en droit médical », RDSS, Septembre-Octobre 2006, N°5, p.865 et s.

secret médical pour faire valoir ses droits⁴¹.⁴² Le principe des droits de la défense surpasse alors celui du secret médical.⁴³

Le médecin est parfois tenu de révéler des informations contenues dans le dossier médical et ce dans le but de protéger son patient. Par conséquent, « la révélation d'informations relevant du secret médical doit poursuivre une finalité légitime fondée sur des raisons pertinentes et suffisantes et ne pas être disproportionnée par rapport au but légitime poursuivi ». ⁴⁴ Encore faut-il pouvoir déterminer au préalable, en quoi ces raisons sont pertinentes et suffisantes.

En outre, selon l'article L1110-4 alinéa 7 du Code de la santé publique, « le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants-droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès ». Le patient décédé ne devra pas au préalable avoir refusé cette communication. Encore fallait-il qu'il ait connaissance de la possibilité de refuser ladite communication. Par conséquent, s'il n'a pas précisé sa volonté, les ayants droit peuvent obtenir son dossier médical. C'est ce que le Tribunal administratif de Paris a précisé dans un jugement du 9 décembre 1999. Toutefois, il a ajouté que le médecin ou l'établissement ne doit pas avoir connaissance d'un litige entre les ayants droit du patient décédé⁴⁵. Il est également important de préciser que le secret médical n'est pas opposable aux ayants droit dès lors que le patient n'a pas refusé la transmission de son dossier médical⁴⁶.

De plus, la communication ne doit concerner que les informations nécessaires à la réalisation d'un des trois objectifs poursuivis par les ayants droit (c'est-à-dire connaître la cause de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leur droit). Le Conseil d'Etat estime que l'ensemble du dossier médical ne peut être communiqué à l'ayant droit d'un patient décédé comme c'est le cas pour le patient lorsqu'il est en vie⁴⁷.

B) La révélation d'informations médicales protégeant l'intérêt général

Le principe de protection de la santé est, selon le Conseil constitutionnel, un objectif à valeur constitutionnelle⁴⁸. Cette qualification permet au juge de justifier l'atteinte à certains droits fondamentaux par une loi poursuivant un intérêt général. Ainsi, une restriction au principe du respect de la vie privée peut être motivée car la santé, selon le Conseil constitutionnel, revêt un caractère collectif. Cette dimension collective permet alors de déroger aux libertés individuelles dont le secret médical fait partie. Toutefois, déroger au secret médical afin de

⁴¹ Cass., Crim. 20 décembre 1967, Bull. Crim. 1967, n° 338. Néanmoins, des mesures efficaces pour éviter la divulgation de l'identité des malades devront être prescrites. Cass., Civ 1^{ère}, 18 mars 1997, JCP G 1997, II, 22829, Rapport P. Sargos.

⁴² L'intérêt légitime dans le cas de l'espèce était pour le médecin de faire valoir ses droits afin d'assurer sa défense. Or, parfois, le médecin peut refuser de communiquer des informations médicales lorsqu'un intérêt légitime le justifie. Le juge civil devra alors apprécier si ce refus est justifié. Cass., Civ 1^{ère}, 7 décembre 2004, D. 2005. Somm. 403, Obs. Penneau.

⁴³ CEDH 27 août 1997, aff. n° 74/1996/693/885, M. S. c/ Suède.

⁴⁴ SARGOS P., « Les principes d'immunité et de légitimité en matière de secret professionnel médical », JCP G 2004, I, 187.

⁴⁵ TA Paris 9 décembre 1999, Dalloz 2000, IR, p. 50.

⁴⁶ Cass., Crim. 26 mars 2003, n° 02-83.828, Inédit ; voir également TA Nice 12 mai 2006, AJDA 2006, p. 1677. Dans le cas d'espèce, la défunte avait, selon le centre hospitalier, exprimé la volonté que le secret médical absolu soit respecté par rapport à sa famille. Or, le centre n'établit pas la réalité de cette allégation. Par conséquent, le tribunal estime que les ayants droit pouvaient obtenir communication du dossier médical.

⁴⁷ CE 26 septembre 2005, Conseil national de l'ordre des médecins, AJDA 2005, p. 1873.

⁴⁸ Conseil constitutionnel, 15 janvier 1975, n° 74-54 DC, Interruption volontaire de grossesse, Rec. p. 19 ; Les grandes décisions du Conseil constitutionnel, Dalloz, n° 23 ; P. SEGUR, Confidentialité des données médicales, A propos des enquêtes de santé, AJDA, 26 avril 2004, pp. 858-862, voir particulièrement p. 861.

protéger la santé publique, ne s'effectue qu'au profit de certaines hypothèses. En effet, l'article L3113-1 du Code de la santé publique énonce ces hypothèses. Cette transmission obligatoire des données à caractère médical par le médecin aux autorités concernées rompt avec le secret médical. Néanmoins, les informations communiquées ne doivent pas faire apparaître l'identité de la personne concernée ou ne doivent pas permettre l'identification de cette personne. Cette condition atténue donc cette dérogation au secret médical et permet de maintenir une protection de la vie privée.

La seconde dérogation entraînant une protection de la santé publique, concerne la recherche, l'évaluation et l'analyse des activités de soins et de prévention et la lutte contre la toxicomanie. La loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994 relative au traitement de données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé, a prévu la possibilité pour les membres des professions de santé de transmettre des données nominatives aux responsables de programme de recherche. Cette dérogation n'est pas obligatoire, elle est seulement facultative. Ainsi, des données médicales peuvent être transmises à des organismes tiers mais elle se fait sous certaines conditions. Il faut informer les patients et obtenir un consentement libre et éclairé, d'où la nécessité d'une information claire et précise par les médecins, lorsque la recherche nécessite le recueil de prélèvements biologiques identifiants.

Selon le Conseil constitutionnel, « la volonté de « remédier à l'augmentation excessive des dépenses et à leur caractère éventuellement injustifié » est un motif légitime pour autoriser la transmission à des tiers des données nominatives à caractère médical ». ⁴⁹ Il est donc indispensable de « concilier le droit au respect de la vie privée et l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale ⁵⁰ ». Le législateur a donc prévu la communication aux organismes d'assurance maladie du numéro de code des actes effectués, des prestations servies et des pathologies diagnostiquées. Les personnes travaillant au sein de ces organismes d'assurance maladie sont soumises néanmoins à une obligation de secret professionnel.

Il semble toutefois surprenant que le principe de l'équilibre financier de la sécurité sociale limite les droits des patients. Telle a été la décision du Conseil constitutionnel en date du 12 août 2004 dans laquelle il considère dès lors qu'il a justifié d'un juste équilibre entre le respect de la vie privée et l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Des dérogations importantes au secret des données médicales ont été créées au nom de la santé publique. Cependant, des solutions juridiques et techniques existent pour empêcher que la relation de confiance établie entre le patient et le médecin ne se dégrade. Ainsi, seules la mise en œuvre des normes de sécurité et une stricte application de la loi peuvent éviter que la maîtrise des dépenses de santé ne porte atteinte aux libertés individuelles. Cet équilibre peut sembler difficile à percevoir lorsque deux libertés fondamentales se confrontent.

La liberté d'expression et de communication trouve son fondement dans l'article 11 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789. Il est donc important de savoir si les informations médicales peuvent être comprises comme des pensées ou des opinions pouvant être exprimées librement. Il semble évident, de par leur nature médicale et touchant à ce qu'il y a de plus intime d'une personne, que de telles informations ne peuvent pas être librement communicables ⁵¹. Une exception peut toutefois être acceptée. En effet, il est impossible

⁴⁹ *Op. Cit.*

⁵⁰ Conseil constitutionnel, 21 décembre 1999, n° 99-422 DC, loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, Rec. p. 143 ; AJDA 2000, p. 48, note J.-E. Schoettl.

⁵¹ Cf. développement sur la protection des données médicales.

d'invoquer la protection d'un secret protégé par la loi lorsqu'il a déjà fait l'objet d'une divulgation par voie de presse.⁵²

Un exemple flagrant, celui du Président de la République François Mitterrand, permet d'observer la conciliation entre secret médical et liberté d'expression. Après son décès le 8 janvier 1996, le Dr Gubler a édité, par l'intermédiaire de la société Plon, un livre, *Le grand secret*, révélant la maladie dont souffrait le Président et l'évolution de cette dernière au cours des deux mandats. Les ayants droit du Président ont donc invoqué une violation du secret médical ainsi qu'une atteinte à la vie privée du Président. Après une longue procédure interne⁵³, la société d'édition Plon a saisi la Cour Européenne des droits de l'homme. En invoquant une violation de la liberté d'expression issue de l'article 10 de la Convention européenne des droits de l'homme. La Cour devait étudier si l'interdiction de publication émise par les juridictions françaises constituait une ingérence prévue par la loi et poursuivait un but légitime. De plus, cette ingérence⁵⁴ devait être nécessaire dans une société démocratique.

La Cour Européenne des Droits de l'Homme estime qu'il est essentiel de défendre la liberté d'expression dans une société démocratique. Cependant, la protection de la vie privée, au sein de laquelle se trouve le secret médical, doit également être garantie par les Etats d'où une difficile conciliation. La Cour tient le raisonnement suivant « la Cour européenne des droits de l'homme déclare (...) que les caractères général et absolu du secret médical ne sauraient en soit (...) porter atteinte à la liberté d'expression et au droit à la connaissance par la nation de la vérité sur l'état de santé de son ancien Président de la République »⁵⁵.

S'agissant de la poursuite d'un but légitime, la Cour a considéré que « les mesures d'interdiction critiquées (...) tendaient à protéger l'honneur, la réputation et l'intimité de la vie privée du Président défunt »⁵⁶. Ainsi, l'ingérence était prévue par la loi.

Concernant le caractère nécessaire dans une société démocratique, la Cour européenne des droits de l'homme estime que la liberté d'expression constitue l'un des fondements essentiels d'une société démocratique. Pour la Cour, il n'existait donc pas de raison suffisante d'interdire durablement la publication de l'ouvrage. En effet, selon elle, le secret s'estompe avec le temps.

4. CONCLUSION

Le secret médical est prescrit depuis de nombreux siècles afin de sauvegarder la vie privée des individus. Intimité qui se doit d'être protégée de manière absolue afin de conserver l'espace de liberté de chacun. Or, l'évolution des technologies et au nom du concept de transparence, une telle protection n'est plus justifiée. En effet, le développement rapide et incessant des nouvelles technologies engendre une augmentation des besoins de protection. Cependant, les réponses juridiques à ces besoins sont lentes à apparaître. Cela peut alors engendrer un affaiblissement du secret médical et faire courir un risque pour la vie privée du patient. Le législateur et les autorités administratives indépendantes (telle que le CNIL) ne relâchent cependant pas ses efforts pour sauvegarder au mieux le secret des données médicales.

⁵² Voir pour exemple ainsi que pour la limitation de la liberté de la presse, les décisions suivantes : CE 28 mai 1999, Tordjemann, n°189057, JCP 1999, IV, 2834 et CEDH 18 mai 2004, Société Plon c/ France, n° 58148/00, D. 2004, IR p. 1643.

⁵³ MANAOUIL C., GIGNON M. et JARDE O., « Faut-il instaurer une dérogation au secret médical concernant l'état de santé des hommes politiques ? », Revue Médicale Bruxelles, 2007, p. 183. Cet article permet de comprendre toute la phase procédurale interne des ayants droit de François Mitterrand concernant l'affaire du Grand Secret.

⁵⁴ L'ingérence se définit comme « l'immixtion sans titre dans la gestion des affaires d'autrui ». CORNU G., Op. Cit.

⁵⁵ DELPRAT L., « Du secret médical au secret d'Etat...ou la justification d'une violation du secret médical par la protection de la liberté d'expression », Médecine et droit, 2006, pp. 1-10.

⁵⁶ Id.

Toutefois, le premier garant du secret médical est le médecin lui-même. Sa conduite est dictée par l'intérêt du patient qui doit être légitime. Il ne devra donc pas satisfaire à des demandes qu'il jugera illégitimes. Or, parfois le médecin pourra être confronté à des situations particulièrement difficiles à gérer. Dans ces hypothèses, la réponse donnée ne sera pas toujours précise et complète. Le médecin peut alors demander conseil auprès de confrères ou encore du Conseil de l'ordre des médecins. Après avis, il devra tenter de résoudre les difficultés en toute conscience, sachant que toute transgression engage sa responsabilité. Néanmoins, s'il a une hésitation, l'obligation du secret médical général et absolu devra prévaloir car « une fois le secret révélé, il est trop tard pour revenir en arrière. »⁵⁷

La qualité de la relation créée entre le patient et le médecin dépend donc de l'équilibre à trouver entre l'exigence morale de transparence et le respect de l'obligation du secret médical. Cet équilibre est mis en cause à travers de nombreuses dérogations qui atténuent le caractère général et absolu dudit secret. L'objectif du secret médical est, avant tout, de protéger la vie privée des patients envers les tiers et de garantir les informations de nature particulière qui sont échangées au cours de cette relation. Le droit au secret médical détenu par les patients est également complété par le droit à l'information, obligation des médecins. La question qui peut se poser est alors de savoir dans quelle mesure le médecin doit communiquer à son patient toutes les informations qu'il détient. Le médecin doit-il garder le secret de certaines informations relatives à son patient sous peine de voir sa responsabilité engagée ?⁵⁸

En outre, le patient reste et restera toujours en situation de faiblesse face au médecin qui a les connaissances médicales. Il ne peut donc y avoir un abandon total du secret médical en faveur de la transparence. La notion de secret médical ne tombe alors pas en désuétude face à la montée en puissance de l'exigence de transparence mise en avant dans nos sociétés contemporaines. Ces deux notions seront alors qualifiées de complémentaires lorsqu'elles s'appliquent au sein du colloque singulier qu'est la relation médecin/patient.

REFERENCES

1. Bredin J., *Secret, transparence et démocratie*, Pouvoirs, 2001/2, n° 97, pp. 5-15, 2001.
2. Manaouil C., Gignon M. et Jarde O., *Faut-il instaurer une dérogation au secret médical concernant l'état de santé des hommes politique?*, Revue Médicale Bruxelles, 2007.
3. Dubouis L., *Secret médical et liberté de la presse, Droit et politique communautaires, Les sources internationales et communautaire*», RDSS, octobre-décembre 2004, p. 841.
4. Lesaulnier F., *Internet, santé et données personnelles*, Editorial, Médecine et Droit, Information éthique et juridique du praticien, Janvier-février 2013, n°118, p. 1-2.
5. Rivero J., Waline J., *Droit administratif*, Précis Dalloz, 20^{ème} édition, 2004.

⁵⁷ Issu du commentaire de l'article 4 du Code de déontologie médicale. Site du Conseil national de l'ordre des médecins.

⁵⁸ Le Conseil d'Etat a dernièrement rendu un arrêt relatif à cette question. CE, 24 septembre 2012, Melle P., req. N° 339285, Mentionné dans les tables du Recueil Lebon.

THE E-HEALTH SYSTEMS IN POLAND

Małgorzata WALCZAK¹, Zdzisław PÓLKOWSKI²

¹The Lower Silesian University of Entrepreneurship and Technology in Polkowice, Poland,
m.walczak@dwspit.pl

²The Lower Silesian University of Entrepreneurship and Technology in Polkowice, Poland,
z.polkowski@dwspit.pl

Abstract: *Information Technologies are disruptive technologies that have caused major changes in health system in Poland. Current digital economy is driven by modern information and new IT tools, which offer hospitals, doctors and patient access to any type of information, regardless of its form of existence, storage type or geographical location. These tools encourage the development of new activities, health services.*

The purpose of this article is to analyze the the current state of development of e-services in Poland in the context of nowadays health system. In the first part of the paper, the authors present various programmes, which enable the access to the medical services and patients' data online. The next part of the paper is devoted to examining the technical aspects of the said programmes and presenting their advantages as well as the areas which might be improved.

The last part of the work will be focused on the websites of the selected health institutions. According to the authors, WWW services provide much information on how the process of computer systems are being implemented, what data the services include and the capacity of the equipment as well as the software, human resources and the knowledge in this sphere.

Moreover this section highlights the latest trends in e-health with particular emphasis on aspects such as the use of private and public cloud computer and their integration with web sites of health institutions.

This study brings its contribution to the understanding of the change of health system in Poland behavior by using a new perspective e-health systems and IT tools above by doctors, officers and patients.

Keywords: health, e-health, IT systems, e-services.

JEL Classification Codes: I1, O31, M15

1. INTRODUCTION

The technological progress, especially the access to the Internet caused and enabled the development of many spheres of life as well as services. In everyday life, everybody more often uses the internet services, not only the ones related to the entertainment or online shopping. The internet users use many applications, which make everyday activities easier and save time, therefore the field of medical services must undergo this kind of metamorphosis as well.

In the first part of the paper, the authors present various e-health programmes, which enable the access to the medical services and patients' data online in EU and Poland. In this part, the authors characterize the programmes, which are currently being programmed and implemented, specify their assumptions, functions, which both the doctors and the patients will be able to use soon. These programmes enable the continuous and undisturbed access to the patients' data, so vital when it comes to the appropriate treatment. The e-patient, e-prescription programmes show, how easily the possibility of connecting different data from various areas makes the treatment process easier, more efficient and definitely safer.

The next part of the paper is devoted to examining the technical aspects of the said programmes and presenting their advantages as well as the areas which might be improved. The authors will analyse different functions accessible by the doctors and patients. The authors will also check their scope and efficiency in Poland and EU countries and will try to forecast some potential solutions which currently might stand for the ongoing process of the improvement in the researched field.

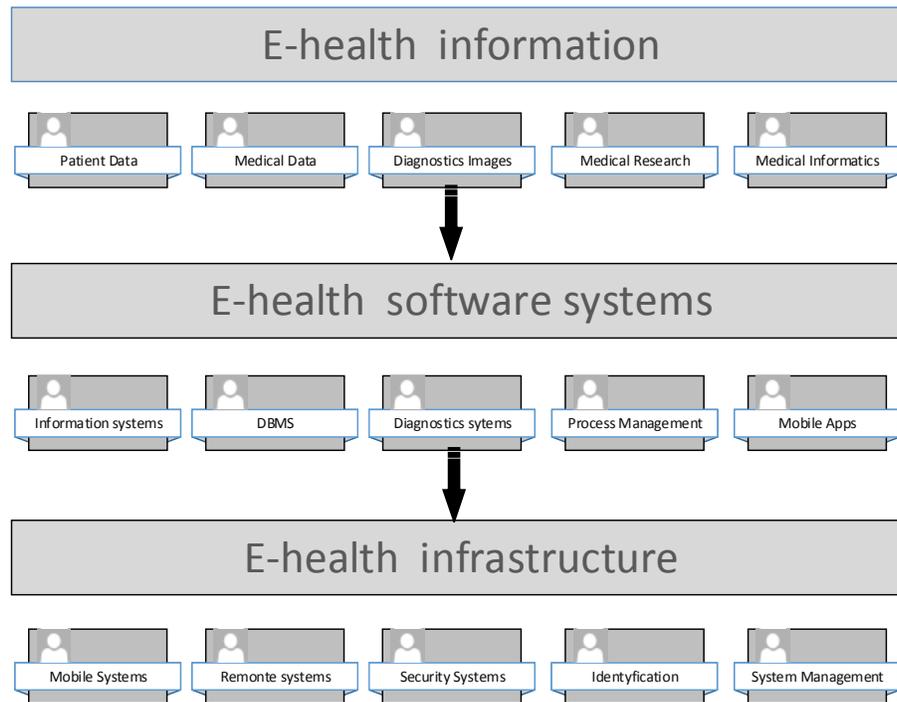


Figure 1: Standards and e-Health (DeNardis L., ITU-T Technology Watch Report, 2011)

“The Strategy of the IT society development in Poland till 2013 and Europe 2020 – the Strategy for the intelligent and sustainable development contributing to social inclusion” and “The European Digital Agenda” served as the basic documents for the study as they give a wider perspective of the actions as to health care. The indications from the European Commission referring to e-health were also taken into consideration while working on the study. The authors also included the concepts of the initiated projects, financed from the Structural Funds and which are being coordinated at the national level by the Information Systems Centre in the Health Care, which is subordinate to and supervised by the Minister of Health.

Following the trends which have been widespread around Europe, Poland is also engaged in introducing the latest developments in e-health field. The targets as well as the stages to be followed related to “e-Health Poland” for the years 2011-2015 are presented below.

- A. The implementation of information programme by health care units with the use of IT
- B. The implementation of Medical Information System
- C. The integration of the central data bases and register within the Health care system
- D. The increased access to the information within health care.
- E. Promoting telemedicine
- F. The improvement of the health education and promotion
- G. Providing the data protection
- H. Carrying out the review of the information systems in health care units.

2. THE ANALYSIS OF THE SELECTED E-HEALTH PROJECTS AND SOLUTIONS IN POLAND.

Characteristics of the project ‘e-health Lower Silesia’

"Dolnośląskie E-health" is the result of the need to adapt the system to the requirements of healthcare information economy, which is a part of the emerging information society. The migration of the patient from one provider to the other in the majority of cases doesn't involve a parallel migration of medical data gathered. This means that they are likely to be lost and the process of diagnosis and collection of data on patient begins again. Moreover, patient data are available only by employees of the providers. Access to them, even in the event of a life-saving is not possible outside of the parent entity providers. These problems and technological conditions were the basis for the development of the concept of an Electronic Patient Record (EPR). Its main goal is to create a central database that will enable to access, collect, store, share and process the personal and sensitive data in a way that ensures continued access to them no matter the current place of residence or in case of hospitalization. Electronic Patient Record will ensure the free and not violated movement of patients from one provider to the other and assuring that both personal and sensitive data are being collected continuously. (age, blood type, allergies, medications, history of disease, etc.).

The problem of collecting and storing patients' data seems to be of vital importance as to their safety and the specifying the range of access possibilities the users of such data base will have. Therefore the system of medical information is going to be created in the near future in Poland. The initiator of the system is the Minister of Health and currently the Parliament is working on the draft of the Law Act. However, the creation of the system leads to many controversies due to the low level of data safety in it. "The Ministry included in the project only general recommendations related to sensitive data" It is not sufficient to properly protect patients' data" (Strug 2012). According to the Law Act the employees of NHF, hospitals, patients and local self-government units will have the access to the data. The Law Act does not state precisely what access each of the mentioned employees will have – it will be defined in the Directives. The General Inspector for Data Protection indicates that the access must be specified clearly in the document of the Law Act rank. The patients' data basis, including the sensitive data, are not hermetic and there have been examples of the data leakage, which had to be dealt with by the General Inspectorate of Personal Data Protection. The release of the patients' data may lead to legal proceedings as to those units following the article 455 of the Civil Code and consequently the payment of enormous compensations. The system is to be implemented by the end of 2014, if it goes smoothly through the legislative process. It is financed from the European Union funds (150 m Euro).

The E-wuś system

The introduction of the health care system solutions in Poland is being done gradually and now the positive effects of it can be noticed. The latest facilities have been possible due to the e-wuś system i.e.: Electronic Verification of Patient's Insurance.

The implementation of that system means not only the advantages for everybody, but also the measurable profits of saved time and money, it is also a revolutionary project which enables to use the free health care system with only Id card and Birth Identification Number (PESEL). The system ensures fast and efficient patients' verification through the internet or in the clinic with only some identity document (Id, schools' ID, driving licence, etc.). Children younger than three months, who do not have Birth Identification Number, are verified on the basis of their parents' number.

Electronic Patient Record

Characteristics of an electronic prescription

What is an Online Account e-prescription?

Internet email account is an online recipe notebook containing information about prescribed medicines bought from a pharmacy. Data on medicaments are sent to your account directly from medical institutions and pharmacies cooperating with e-prescriptions. It is also possible to complete the information by the user. Account may also contain basic data rescue, information on chronic diseases and medicines and chemicals which a patient is allergic to. Having the e-prescription Internet Account will increase the safety of patients. The moment the doctor is prescribing some medicines and later while buying, the doctor's computer systems and pharmacist connect with e-prescriptions and check the patient's account whether the given medicines cause interactions or may result in allergic reactions. You will receive a doctor's legible, computer-printed prescription, which will contain all the necessary information and will enable quick and proper sale of medicines in the pharmacy. E-prescription system will also have an electronic database of medicines, so your doctor will be able to choose a cheaper one, the pharmacist will also be able to point a cheaper replacement (if the doctor has not indicated the replacement drug). The access to information on cheaper substitutes will also be available to the patient with the e-prescription online account.

What is the Register of Entities Performing medical activities?

RPWDL is an electronic registry that within its functions, enables to create the applications as to:

- registering the entity
- entering the changes in the register
- removal the data of an entity from the register
- sending electronically of the signed the electronic application
- retrieval of the certificates
- storage and subsequent access to business applications and applications signed and sent electronically.

In order to use the system, you must have a user account and log in. The system also allows you to search and browse entries of the entities (and their companies) into the register, according to different criteria and view registration logs.

Electronic Mail System of Health Care

Electronic Communication System in Health Care called "ZOZMAIL", was created in accordance with the implementation of the Programme while getting ready for Polish accession to the European Union. The aim of the system is to improve the ZOZMAIL - electronic information flow between providers of Health Care, as well as the institutions, and institutions operating in the field of health care. The adoption of a uniform system of naming mailboxes and using the tools to search for a particular recipient enables fast transfer of information. ZOZMAIL system will also make the contact of the patient with a particular health care institutions possible as well as it will facilitate the transmission and acquisition of statistical information. In the future, the use of digital signatures will be introduced, giving tangible savings from replacing the paper correspondence with the electronic one. At present, the system includes all health care facilities.

3. RESEARCH METHODOLOGY

In the current development e-health systems context, deepened by the economic situation, managers, authorities must look at the past; they need reports on previous and current situation to improve the future operational efficiency – figure 2. The general goal is to make informed forecasts about the future e-health systems in order to optimize resource allocation and consumption, and also to avoid possible problems that could have a negative impact on development e-health systems.

Managers, It specialists use forecasting also to extrapolate how trends will change in the next years or as a benchmark for a long-term perspective of it systems (Banica L., Pirvu D., Hagi A., 2012).

IT providers, interacting with these requests, have launched various systems and tools to support managers in making better decisions, such as business intelligence platforms, forecasting software and e-health systems.

In this paper, we will discuss the capabilities of forecasting e-health systems and will highlight the advantages of using this kind of tools to improve services for patients.

The services characterized above definitely lead to a considerable changes in any e-health systems. Since the process of the implementation has been already started the authors decided to analyse the WWW services dealing with the Heath care.

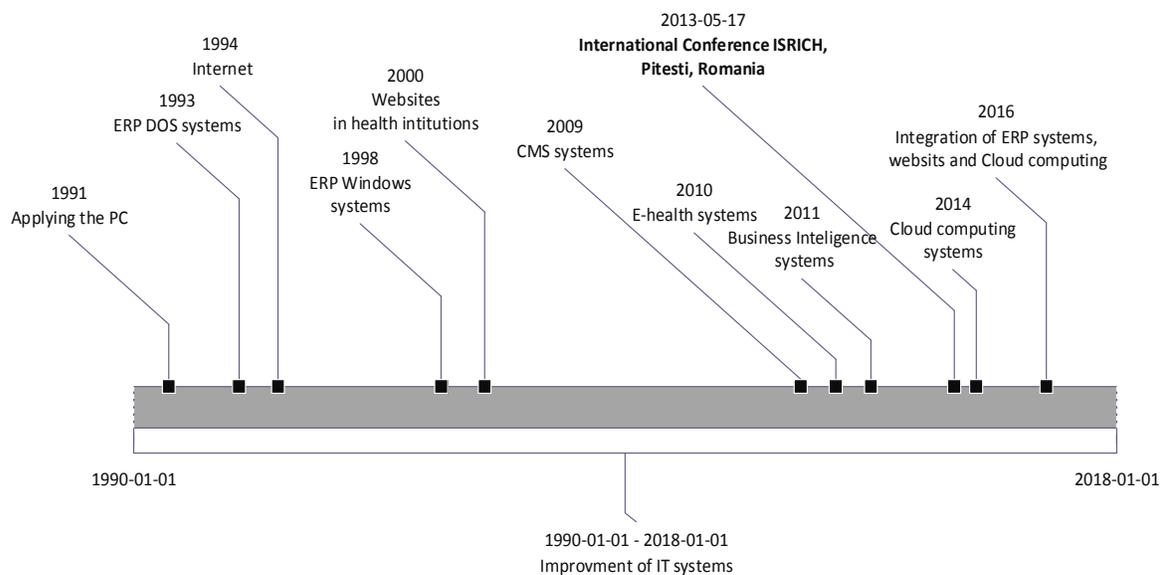


Figure 2: Past, current and future of e-health systems in Poland
(These dates should be treated with caution, Pólkowski 2013)

According to the authors and on the basis of figure 2, WWW services provide much information on how the process of computer system processes are being implemented, what data the services include and the capacity of the equipment as well as the software, human resources and the knowledge in this sphere. For this reason it is very likely that in the future there is the integration of information systems working in the private and public cloud computer with internet systems.

This research depended on primary data. Field data were collected through research of 60 selected www health institutions. The particular health care institutions selected for the research analysis were chosen following the typical way like it is done by patients (e.g.: entering :hospital and location” or “the clinic and location”. In case of no results the advanced search method was

used. Moreover the authors used method of entering the internet domain: e.g.: www.szpital.lubin.pl.

The target of the research were the websites within the Dolnośląskie province in Poland. It represents the country as a whole in terms of e-health systems use. The research was done by testing www of health institution. A total of 60 tests were made. During the tests the following aspects were checked:

1. *If the health institutions have www?*

The websites the institutions have are their "Identification card" enabling the patients to learn about the scope of the health care services, the location of the units, the best way to contact the clinic, hospital or the doctor. Websites today, contain the additional panel, which makes the contact with the particular centre possible but also gives the opportunity to order certain services. It beneficial for both sides. This way, the area and the distance limits are eliminated. In the world today, all institutions providing the Health care services should have their own websites. The possibility to obtain the information as well as to reach the wider spectrum of patients. The trend to obtain the greatest number of patients in so called "fight" seems to have been prevailing in Poland for few years now. Therefore the websites are being ordered by the smallest units like consultant's offices, small clinics, which try to obtain patients this way.

2. *If it's easy to find this www?*

The internet domain is not only an element of the internet address, which plays distinguishing role. Currently, it also allows, as a trademark, to identify the goods, services or the institution. The use of the internet domains is a common activity exploited by the institutions to indicate the business activity run by them, the goods sold by them or services provided. The institutions use the domains of the second rank. The domains constructed this way include the name of the institution and its location.

3. *Which internet domain they have? Do they have city domain?*

The average patient, when searching some online services, often enters the name of the sought service together with the town he lives in. Therefore, the right selection of the internet domain is the key element of creating the appropriate image of the institution in the Internet, including the health care centre.

Results

The authors examined 60 randomly selected public and private institutions providing health services in the province of Lower Silesia. 42 institutions have websites. 38 pages working in the national domain of pl, 1 com, 1 eu, 2 net. In 4 cases, the parties in the urban domain: klodzko, dzierzoniow, walbrzych, zgorzelec. Some of the pages related to health care institutions contained only Tele address information general data of the hospitals. In one case, there was a statement that health services are provided to foreigners. In 2 cases only the BIP (Public Information Bulletin) was found. In one case the website included the basic information about hospitals: <http://www.szpital-kowary.pl/> Only in the case of the Provincial Hospital in Legnica, the website was functioning in German. However the domain was set up incorrectly <http://www.lubszpital.republika.pl/> In 18 cases, the institutions lacked their own sites or information was placed only on the city webpage.

Despite the optimistic forecasts made by government analysts regarding e-health solutions in Poland, results of the research which was carried out shows us that the reality is pessimistic. This is pointed out by the fact that a great majority (42 health institution) have own website and only.

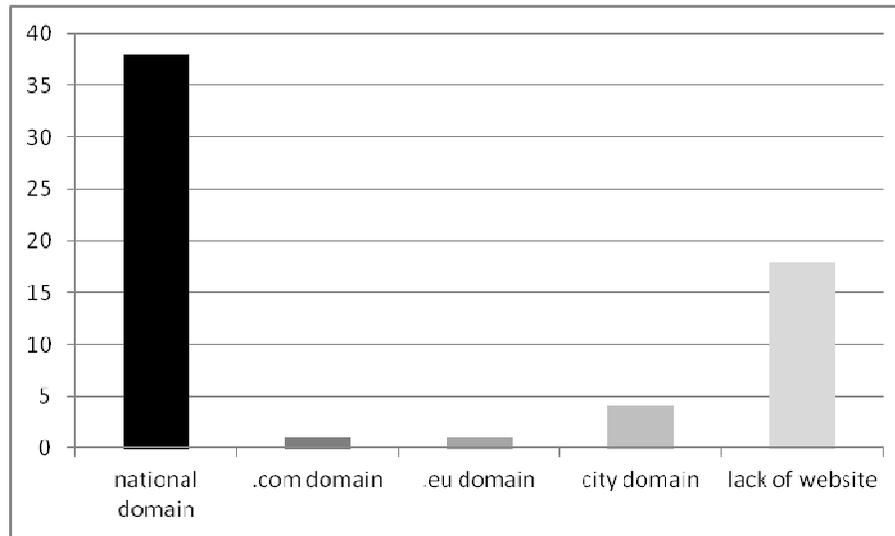


Figure 3: Websites and domains of health institutions in Poland (Pólkowski 2013)

The research results show, that though there are various interesting and innovative IT projects carried out by the Ministry of Health and other NGOs, some kind of chaos can be noticed. There is lack of principal rules necessary in the field of computerizing as well as when recognizing the role of the Internet in particular units. It surely results from incomplete coordination of IT actions between the health care units and governmental ones. On one hand, there are innovative projects being implemented, on the other hand the www services lack the basic elements significant when it comes to the contact with the patients. The solution to this “resonance” might be the introduction of standard and unified IT elements used in health care centres. Similar situation exists in other public institutions such as schools and offices. Despite there are some regulations related to the use of the IT systems, data safety, the level of computerizing depends vastly on human resources (IT specialists), equipment, software as well as the open-mind of decision makers towards the innovation.

Moreover use of private and public cloud computer and their integration with web sites of health institutions can improve the current situation. It is obvious that in order to proceed with the integration of emerging operating systems in the cloud, it is necessary to have a web service in the correct domain at first. The studies described above unfortunately show that few institutions own web sites in the correct domain. Of course, it can be changed at any point, but it may increase the patients’ inconvenience who used the internet services earlier. Moreover, a domain change leads to negative results on SEO (Search Engine Optimization).

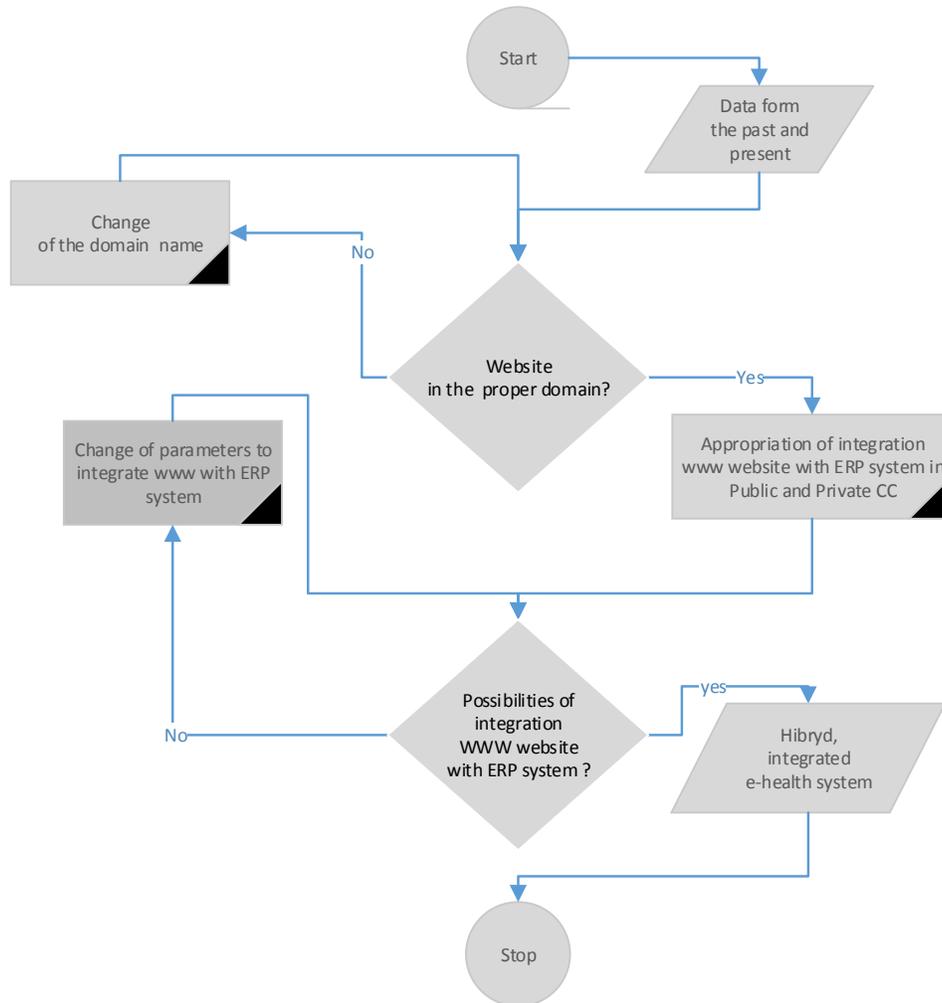


Figure 4: Algorithm of integration www website with Private Cloud Computing in health institution (Pólkowski 2013)

Therefore the development and the implementation of the hybrid solution might turn out to be the most convenient one. This solution combines elements like species, types, structures, methods into an integrated whole. The result of the merger reveals a synergistic effect; hybrid demonstrates the qualities that are hard to watch in the original ingredients. The unique properties of the hybrids meant that in many disciplines working on such systems can be considered as one of the most promising research directions. (Radosiński 2001).

This is an integrated method for the development of hybrid information systems, which combines conventional information system development methods with knowledge based system development methods. The method is an integration of four existing methods using two integration process approaches: intra-process and inter-process. In the requirements analysis phase, a structured method is applied to function analysis, an information modeling method is applied to data analysis, and a knowledge acquisition method is applied to knowledge analysis. We then use an intra-process approach to integrate these techniques together using consistency rules. In the design phase, we use an inter-process approach to transform requirements analysis to object oriented design by a transformation algorithm. Finally, an object oriented method is applied to the design and implementation of hybrid information systems. This method can take

advantage of the four methods and also remove some limitations of each individual method. It is applicable to the development of traditional information systems, knowledge based systems, and large and complex hybrid information systems.

For this reason, it is meaningful to search for solutions that will combine the advantages of creating a single system Integrated Hybrid System. In the present case the model describes the combination of hybrid solutions employed in the public cloud, private institutions and the internet system. The use of private cloud seems to be necessary for the security of the system. The access to specific resources in a private cloud will be possible via the website. It is recommended to use the replication of data: the process of creating and managing duplicate versions of a database. The replication process not only copies a database but it also synchronizes a set of replicas so that changes made to one replica are reflected in all the others. The key asset of replication is that it enables many users to work with their own copy of the database but have the database updated as if they were working on a single, centralized database. For database applications where users are widely distributed geographically, replication is often the most efficient method of database access.

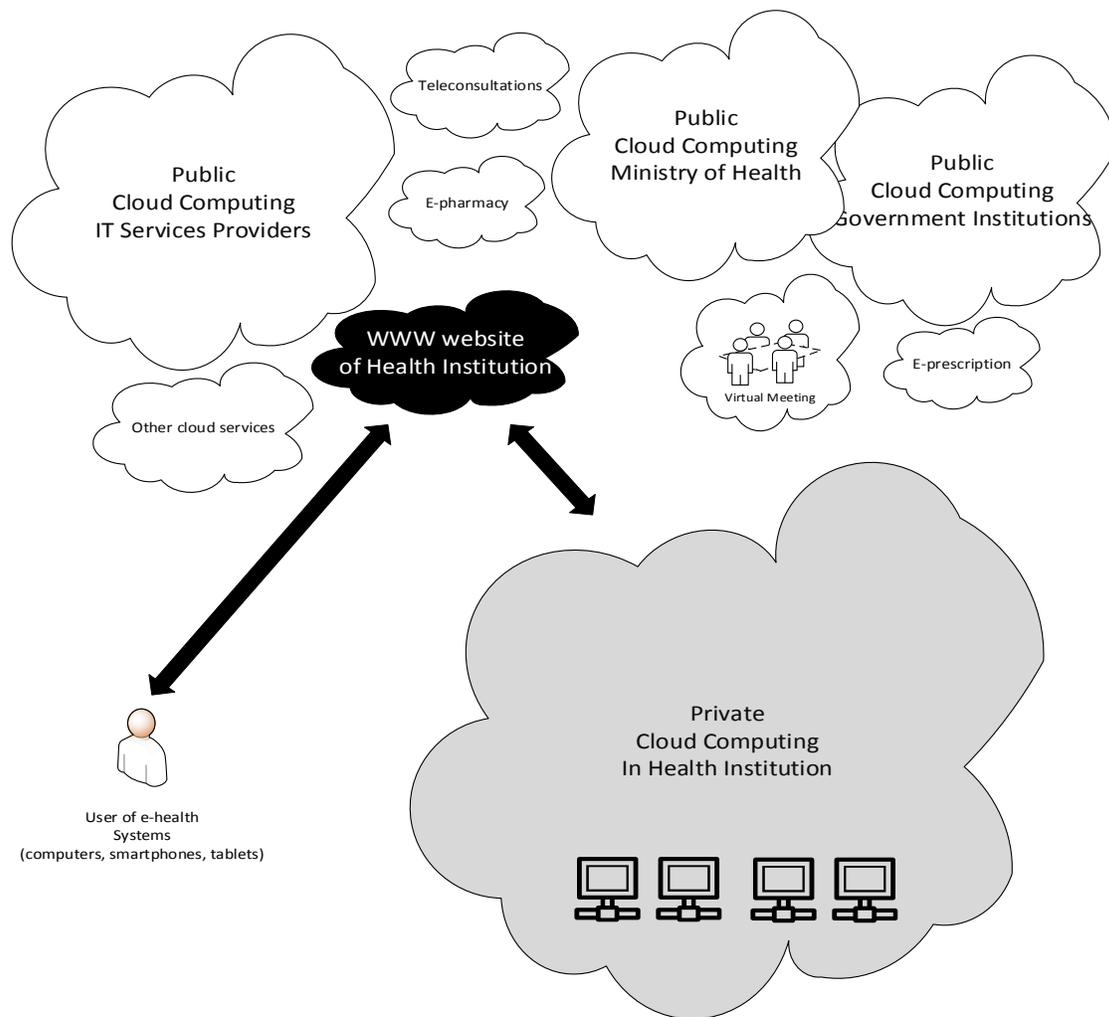


Figure 5: The model of the hybrid e-health system integrated website health institution whit Public and Private Cloud Computing (Pólkowski 2013).

The implementation of the hybrid e-health system

Some managers, authorities, and IT specialists can consider the opportunity of implementing innovative solutions only when the institution passes through a crisis period because of the evolution of some external or internal factors. In this case, the implementation process implies sudden changes and sometimes can imply radical changes within institution. Others will decide to implement new IT solutions taking into account a realistic and desired future structure and of the IT systems. In this case, managers, authorities, and IT specialists will adopt the „step by step” implementation, avoiding change resistances. Even if we are talking about a radical or a „step by step” implementation, managers have to know that the implementation and integration of e-health solutions is a long-term process (Pandelica, Diaconu, 2011). Taking into account the main changes that should occur within the transition process, we think that some phases should be done according to figure 6:

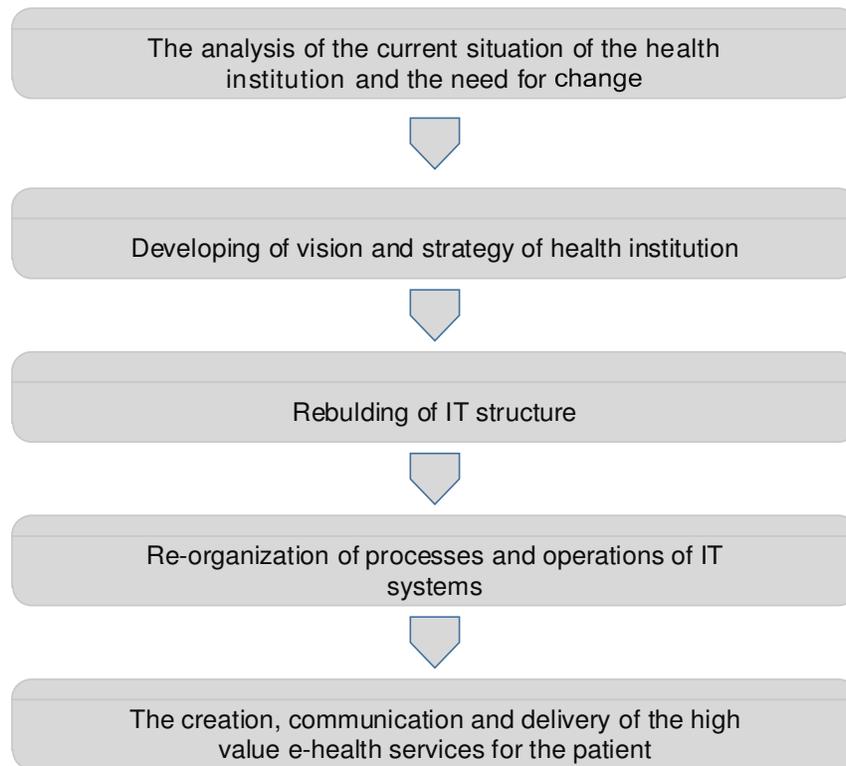


Figure 6: Phases of the implementation and integration of the hybrid e-health system
(based on publication of Pandelica A., Diaconu M., 2011).

4. LIMITS OF THE RESEARCH AND FUTURE RESEARCH DIRECTIONS

The limits of the study result from the advancement level of the works related to the implementation process of the e-health services. Many of them are being implemented at present, therefore the moment for testing the e-health online tools could not have been carried out as it had been assumed. As a further research, the intention is to observe the ongoing changes and developments in order to test the potential and solutions launched with the e-health. Moreover, as it has been already pinpointed, the recommendations related to the language aspect as well as on the obstacles when using the websites will be handed over to the institutions and authorities and hopefully following the introduction of the solutions, the research will be carried out and the

tests of the tools will be performed. The outcomes of the further study, after the e-health services and tools have been implemented and used by patients will constitute the next study.

5. IMPACT OF THE UE (ESPECIALLY THE LEGAL ASPECTS) AND ITS IMPACTS IN POLAND

The development of e-health in the Republic of Poland requires the cohesive policy of the country while implementing the available remote medical services, publishing the valuable information on health in the internet as well as providing the condition to increase the level of health knowledge among the citizens together with obtaining new qualifications and skills by the employees of the health care sector. The initiatives which develop the electronic services are also recommended and sufficiently financed by the European Union. In order to make the implementation process easier and to precisely assign the particular tasks to particular enterprises at the same time providing the coordination and control of the actions, the Polish parliament passed the Law Act of 28 April 2011 on information system in health care sector. This Law Act will enable the legal functioning of the whole information system.

The main goal of the Law Act of 28 April 2011 about the IT system in the health care is:

1. Regulating the existing system of collecting, processing and using the information in health care sector.

2. Creating the information and communication environment enabling making the optimal decisions in the further perspective related to the health care policy independently of acquired organizational model of the health care and the rules for its financing.

3. Creating the stable information system in the health care sector, characterized, on one hand by the flexible approach to the organization of health care data system.

4. Improving the functioning of the health care system in Poland by providing the full-scale, updated and consistent norms, processes, systems and information resources of the health care sector influencing the cohesiveness of the information order in the health care considering the citizens' information needs.

5. Optimizing the financial expenditures born on computerizing the sector of the health care and the development of information society within the area of the health care as to the obtained results.

6. Bringing back the appropriate relations between the data creator, the information system guests who collect data and the entities using and analyzing the information generated in the information systems.

7. Creating clear legal basis for medical registers functioning at present and for the future ones.

6. CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS

E-health solutions look positive and the government's awareness of the advantages can increase its usage. It appears that E-health services are indeed relevant to Poland, despite the current limitations with the existing infrastructure and other issues related to the economical and socio conditions. E-health offers excellent opportunities and possibilities for those whose health disorders limit them greatly and when expanded not only will facilitate the access to medical services but will also improve the quality of their lives. The expansion within the Polish borders

will enable to use the capability of the institutions and also will enable them to enter the European market. The potential of Polish professionals is unquestionable and the implementation of the IT tools will surely enhance the institutions' competitiveness so crucial especially in the crisis environment.

The study was focused on understanding how health institutions are using www website and to create good environment to do the best health services using IT. The research that was carried out, revealed that there is certain resonance between what particular institutions do within the field of computerizing and what the Ministry of Health implements. The examination of the www services, as the basic source of information related to the health care services provided showed that particular institution do not have the basic knowledge in the field of the internet technologies exploitation. On the other hand, the projects being implemented by the Ministry of Health indicate that these actions seem to be the accurate ones. The legal issues tend to create certain obstacles, as they do not specify precisely the matters referring to e.g.: sensitive data protection. The examples of the data leakage can be found in Poland and they attest to the necessity to thoroughly specify the legal aspects in this area. The cooperation between the General Inspectorate for Data Protection and the Ministry of Health is clear as to that issue. The results of the study emphasized that taking action for the integration of different systems and information developments can bring many advantages. The use of hybrid solutions Hybrid Information Systems can help to create a comfortable living environment of e-services to the patient. The use of a private cloud as data replication can provide a high level of system security.

REFERENCES

1. Hyla T., Orcon-Based Electronic Health Record Access Control, IADIS International Conference E-Krajowe Projekty e-Zdrowie, Ministerstwo Zdrowia, 2012
2. Logica B., Pirvu D., Hagi A., International Journal of Academic Research in Accounting, Finance and Management Sciences Volume 2, Issue 3, 2012
3. Macri J., Innovating for Better Health: doing new with less, VP EMEA Public Sector Microsoft, 2012
4. Siebert M., Lott M., Schinnenburg M., Goebels S., Hybrid Information System, Munich, 2012, OSOZ Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia, 2012
5. Pandelica A., Diaconu M., The management of innovation process from market orientation perspective in automotive industry, Scientific Bulletin – Economic Sciences, Volume 10/ Issue 2, 2011
6. Papińska- Kacperk J., Społeczeństwo informacyjne, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa, 2008, p. 436
7. PortoKalidis, G. et al., Protecting Smart Phones by Means of Execution Replication, Amsterdam, 2009: s.n. sudzc, 2012. [Online] Available at: <http://sudzc.com/> [Accessed 28 February 2012].
8. Radosiński E. „Systemy informatyczne w dynamicznej analizie decyzyjnej”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2001
9. Standards and Health, ITU-T Technology Watch Report, 2011
10. Sullivan F., Transforming health care research and its implementation, , IADIS International Conference E-HEALTH 2012, Lisbon, p. 17
11. Tomkiewicz M. , e-Zdrowie w Polsce i na świecie, Computer World Polska Poznański P. 2011 Polska e-administracją nie stoi, Gazeta wyborcza, 2012
12. Thomsen A., Gaming technology helps children with cerebral palsy , Microsoft Europe, 2012

Digital sources:

13. [Online] Available at:
<http://e-recepta.gov.pl/web/sim;jsessionid=14BB768510A50CF752EECEDD23B7FD87>
[Accessed 12 December 2012].
14. [Online] Available at: <http://ikp.gov.pl/> [Accessed 28 October 2012].
15. [Online] Available at: <http://rpwdl.csioz.gov.pl/> [Accessed 14 September 2012].
16. [Online] Available at: <http://www.zoz.org.pl/> [Accessed 16 September 2012].
17. [Online] Available at: <http://www.osoz.pl/osoz/web/osoz-cms> [Accessed 23 September 2012].
18. [Online] Available at: <http://tele-care.eu/> [Accessed 3 October 2012].
19. [Online] Available at: <https://www.soa.edu.pl/web/guest/home> [Accessed 12 January 2013].
20. [Online] Available at:
http://www.computerworld.pl/artykuly/382161/eZdrowie.w.Polsce.i.na.swiecie.html?utm_source=news&utm_campaign=polecane&utm_medium=tags [Accessed 12 February 2013].
21. [Online] Available at:
http://wyborcza.pl/1,76842,10188940,Polska_e_administracja_nie_stoi.html [Accessed 2 March 2013].
22. [Online] Available at: <http://www.spzoz-bielsk.pl> [Accessed 10 January 2013].

L'INTUITION DES DIRIGEANTS : ESSAI DE DEFINITION ET CONCEPTIONS MANAGERIALES

Ahmed DAMMAK¹

Groupe ESC Troyes, Troyes, France, ahmed.dammak@get-mail.fr

***Résumé:** Différentes recherches en gestion ont attribué un rôle important à l'utilisation de l'intuition par les dirigeants dans leurs pratiques organisationnelles.*

Les dirigeants, eux même, confessent de plus en plus, être enclin, face à un environnement turbulent, à se fier à leurs intuitions.

Cependant de quelle intuition parle-t-on ? Est-il possible de la définir ?

En fait l'intuition a toujours eu des acceptions différentes que ce soit dans l'imaginaire collectif ou pour les différents chercheurs (médecins, philosophes, psychologues ou « gestionnaires ») qui s'y sont intéressés.

Elle est tour à tour une illumination, du flair, une source de connaissance, une analyse raccourcie basée sur l'expérience etc.

Face à cette multitude de définitions, nous avons essayé d'approcher l'intuition par les représentations que s'en font ses principaux utilisateurs, les dirigeants. Nous avons pour ce faire interrogé une cinquantaine de haut dirigeant de petits et moyens tours opérateurs français.

La constatation principale que nous pouvons ressortir de nos résultats sont : Un rejet par les managers d'une conception de l'intuition comme un don inné, synonyme de sixième sens irrationnel. Elle serait plutôt la résurgence parfois inconsciente d'expériences et de connaissances emmagasinées face à une situation donnée. Cette acception « rationnelle » de l'intuition laisse les dirigeants avouer plus librement l'utiliser essentiellement dans des activités de création et de relations humaines.

Mot clés: intuition, pratiques managériales, dirigeants, expérience.

JEL Classification Codes: L20, L26

INTRODUCTION

La presse, les médias, glorifient et mettent en avant des dirigeants ayant réussi parce qu'ils avaient eu une idée révolutionnaire, étaient sortis des sentiers battus... Cette innovation est souvent attribuée à un côté intuitif plus développé que chez la moyenne des managers.

Cette mise en avant de l'intuition a suscité notre attention. En effet cette « illumination » si peu logique nous semblait détonner dans le monde économique et « rationaliste » du management.

Mais en fait qu'est ce que cette intuition. En quoi consiste-t-elle ? Et parle-t-on tous de la même chose ?

1. DIVERGENCE DE DEFINITIONS ET D'INTERPRETATIONS DE L'INTUITION DANS LES RECHERCHES PRECEDENTES

Nous allons tenter tout au long de cet article de définir cette intuition et de ressortir toutes les significations qu'elle pourrait englober. En effet si « intuitivement » chacun a plus ou moins son idée (« quelque chose que l'on ressent au fond de soi sans savoir d'où ça vient ») sur

¹ Professeur de stratégie, Ph.D.

l'intuition, il se révèle, dès que l'on s'y intéresse de manière plus approfondie, qu'il n'existe pas de définition unitaire à ce concept.

L'appréciation de l'intuition a varié à travers les âges mais aussi à travers l'angle dont elle a été examinée (point de vue commun, philosophique, psychologique ou managérial). Nous retrouvons un foisonnement de définitions dont certaines sont parfois même contradictoires. L'intuition serait, pour certains, irrationnelle, synonyme de sixième sens ou de flair et pour d'autres, elle serait liée à l'expérience du dirigeant et serait synonyme de réapparition de connaissances emmagasinées et « réveillées » par un problème donné.

La seule définition fiable de l'intuition se trouvera, donc, dans la pensée de ceux qui l'utilisent. Ce sont ces perceptions que se font les managers de l'intuition que nous allons essayer d'explorer dans notre recherche.

Cette exploration n'est pas aisée car comme le note Mintzberg (1986), l'intuition ne peut être expliquée, écrite et ne peut être, non plus, décomposée, ordonnée, contrôlée. Il s'agit d'un processus mystérieux, caché au plus profond du subconscient et sujet à la plupart des émotions humaines.

Nous devons, donc, au préalable, nous faire une idée de l'ensemble des acceptions « théoriques » de l'intuition pour être capables de saisir et d'interpréter les acceptions propres aux décideurs.

1.1 Intuition dans le langage commun

Intuition vient du latin «intueri» qui, à peu près, signifie «regarder attentivement à l'intérieur de soi ». Cette métaphore de l'intuition, en tant qu'œil permettant de voir, porte en elle-même deux acceptions de l'intuition. D'une part cet « œil » est exposé à « l'objet » qu'il voit, et il a donc un rôle passif, mais d'autre part pour pouvoir voir cet « objet », cet « œil » doit orienter son regard vers cet « objet » étudié et aura donc un rôle actif.

Cette vision a dérivé, pour aboutir aux définitions les plus courantes de l'intuition, comme connaissances immédiates qu'on retrouve dans les différents dictionnaires où elle serait une forme de connaissance immédiate qui ne recourt pas au raisonnement ou à la déduction ; un sentiment plus ou moins précis de ce qu'on ne peut vérifier ou de ce qui n'existe pas encore ; une perception rapide et spontanée d'une information sans l'attention consciente ou le raisonnement ; une connaissance innée ou instinctive, le flair, le savoir ou le sixième sens qui permet de sentir et de deviner les choses ou plus généralement le fait d'atteindre une solution ou obtenir un résultat en utilisant moins d'informations qu'il n'est habituellement nécessaire.

De même pour l'Encyclopédie Universalis (1990), l'intuition désigne la manière d'être d'une connaissance qui comprend directement son objet, par un contact, sans médias, avec lui et sans le secours de signes ou de procédés expérimentaux ; une pensée anticipatrice qui devance les preuves ; elle donne le sens d'une situation avant que les éléments de celle-ci ne soient entièrement explorés ou scrutés. L'intuition est fondatrice et fournit des vérités qui ne peuvent venir ni de l'expérience ni de l'argumentation.

Neyraut(1997) la définit dans le même sens, comme une saisie immédiate de la vérité sans l'aide du raisonnement ou une faculté de prévoir ou de deviner.

Pour résumer ces précédentes acceptions nous pouvons dire que l'intuition se caractérise par la saisie immédiate de l'objet qui est « intuitionné ». L'intuition ne se ferait, donc, ni par la médiation de l'analyse ni par celle du symbole ou de l'image. C'est la raison pour laquelle on a traditionnellement opposé la pensée intuitive à la pensée analytique, rationnelle ou symbolique. Cette pensée analytique se base sur une décomposition et une recombinaison de tous les éléments qui constituent un objet et dans ce cas, il s'agit d'un raisonnement par étapes, alors que l'intuition aurait un caractère d'immédiateté avec une simultanéité dans la saisie de tous les caractères de l'objet.

Toutes ces définitions se rejoignent sur la présentation de l'intuition comme une sorte de don inné quasi-irrationnel, difficile à expliquer. Cette vision sera contestée par plusieurs auteurs qui ont démontré des fondements « rationnels » à cette intuition.

Pour ces derniers, l'intuition est la faculté de puiser dans la mémoire des connaissances emmagasinées inconsciemment qui vont donner une indication sur la marche à suivre face à un problème. L'intuition est dès lors indissociable de l'expérience.

Nous pouvons remarquer que l'intuition est loin d'avoir une acception unitaire et Mintzberg (1994) l'atteste en présentant les différentes définitions de l'intuition répertoriées par Bunge (1975) : comme perception (identification rapide, compréhension claire, capacité d'interprétation) ; comme imagination (capacité de représentation, habileté dans l'élaboration des métaphores, imagination créative) ; comme raison (inférence catalytique, pouvoir de synthèse, bon sens) ; et comme évaluation (jugement correct, discernement, ou vision « de l'intérieur »). Nous voyons bien que toutes ces définitions n'ont pas le même caractère mystérieux que laisseraient entendre certaines acceptions précédentes.

Un autre point de divergence est la considération de l'intuition comme une illumination soudaine, qui surgit hors du contrôle conscient (Archimède dans son bain). Une intuition qui surviendrait sans rien montrer de ses mécanismes intimes de fonctionnement. Comme lorsqu'on se dit "ma première idée était la bonne" tout en sachant que cette première impression est dépourvue de bases logico-déductives ou explicitement perceptives.

Ce avec quoi Petitmengin (2001) n'est pas d'accord. En effet, elle a démontré que l'instantanéité n'est pas le mode d'apparition le plus courant de l'intuition mais que celle-ci apparaît le plus souvent de manière progressive sous la forme d'un lent mûrissement prévisible et quasiment contrôlable.

Avant de passer à l'examen des différentes acceptions qu'a eu l'intuition en sciences de gestion, il est intéressant de donner un éclairage sur quelques représentations intéressantes de l'intuition en philosophie et en psychologie.

1.2 Intuition et philosophie

L'intuition, comme mode de connaissance, a intéressé les philosophes. Ces derniers l'ont appréhendée de manières différentes sans aboutir à un consensus sur une définition « philosophique » de cette intuition. D'ailleurs pour Goblot (Auriol 2000)*, il ne faudrait pas utiliser le terme « intuition » car « personne ne sait ce qu'il veut dire ».

L'encyclopédie philosophique universelle, donne un éclairage général sur les représentations de l'intuition en philosophie. La plus commune reste la forme de savoir dans laquelle l'objet connu est immédiatement et totalement présent à l'esprit.

Nous restons proches d'un rapport plus ou moins lointain avec l'acte de « voir » (origine latine du terme). Cette « vision » est saisie dans sa dimension active, car pour Petitmengin (2001) la philosophie considère l'intuition comme une connaissance qui se produit à propos d'un objet qu'elle vise ; l'intuition étant une activité de la pensée cherchant à représenter le plus exactement possible son objet.

Nous avons trouvé cette définition (anonyme) qui résume assez bien cette conception « l'intuition c'est comme une petite lumière intérieure qui nous éclaire lorsqu'il fait nuit. Encore faut-il avoir envie de l'allumer ».

Pour Auriol (2000), l'intuition « philosophique » est une « connaissance soudaine, spontanée, indubitable, comme celle que la vue nous donne de la lumière et des formes sensibles,

* Pour les deux sections suivantes, nous n'étions pas en mesure de lire les principaux philosophes et psychologues dans le texte. Nous avons pris le parti de nous inspirer des présentations qui en ont été faites essentiellement par Auriol (2000), Petitmengin (2001) et Osbeck (1999)

et, par conséquent, indépendante de toute démonstration ; ou un acte transcendant, indéfinissable, au moyen duquel l'intelligence saisit l'absolu dans son identité, c'est-à-dire tel qu'il est en lui-même, au-dessus de toute distinction et de toute différence ».

Nous voyons ici deux conceptions assez divergentes. D'une part, celle d'une intuition incontrôlable, insaisissable et d'autre part, celle d'une intuition qui fait intervenir l'intelligence.

L'intuition ne serait donc pas forcément opposée à l'intelligence comme le pensait Isaak (1978) mais elle serait une de ses composantes.

De même, et comme le note Osbeck (1999), à l'opposé de ce que nous serions tentés de penser (et ce qui représente une conception de l'intuition dans d'autres approches), cette intuition n'est pas considérée en philosophie comme contraire au raisonnement mais comme une base et une composante de ce raisonnement. L'intuition est le moyen de comprendre les principes premiers et les évidences propres (les caractéristique définissantes des choses) qui sont à la base de toute connaissance.

Petitmengin (2001) confirme cette approche en rappelant que, déjà, les philosophes de la Grèce antique considéraient l'intuition comme l'évidence première ou ultime, le point de départ ou le terme de la connaissance.

Descartes (Auriol 2000) va plus loin et considère l'intuition comme la raison même. Elle est la connaissance qui découvre les évidences, les idées claires et distinctes. « Il n'y a pas d'autres voies qui s'offrent aux hommes, pour arriver à une connaissance certaine de la vérité, que l'intuition évidente et la déduction nécessaire ».

De même pour Jean Paul Sartre (Auriol 2000), l'intuition est le mode de connaissance suprême : « Il n'est d'autre connaissance qu'intuitive. La déduction et le discours, improprement appelés connaissances, ne sont que des instruments qui conduisent à l'intuition. »

Tout ceci amène à considérer que l'intuition conduit à une certitude sans faille car elle atteint la vérité directement, en elle-même. Elle se distingue par là, clairement, du raisonnement analytique séquentiel. C'est pour cela que Le Roy (Auriol 2000) considère « toute vraie intuition est une intuition vraie. Le seul problème consiste à discerner dans quels cas on se trouve bien en face d'une intuition authentique, non d'un simulacre ».

Nous retrouvons cette conception de l'intuition comme connaissance « vraie » et comme accès privilégié voire unique à la « vérité » chez les philosophes contemporains et notamment Husserl et Bergson (Petitmengin 2001).

D'ailleurs, Bergson (Auriol 2000) est considéré par la plupart des chercheurs comme le contributeur principal à l'étude de l'intuition en philosophie. Il présente l'intuition comme un mode de connaissance à l'instar de l'intelligence ; laquelle intuition est façonnée par la vie et se rapporte directement à la réalité. Un de ses apports fondamentaux réside dans le fait de ne plus considérer l'intuition comme inconsciente et indépendante de la volonté de l'individu mais comme exigeant un effort de sa part pour apparaître.

C'est un effort spirituel intense puisqu'il s'agit de « sortir de soi-même », d'écarter toutes les habitudes de pensée, les notions familières et les connaissances acquises. L'intuition exige donc selon Bergson que « l'on se transporte à l'intérieur d'un objet pour coïncider avec ce qu'il a d'unique et d'inexprimable »

Cet effort devant être fait en amont pour être prédisposé à « accueillir l'intuition » fait que cette intuition selon Bergson nous prend nécessairement par surprise, comme une expérience extraordinairement simple.

En résumé pour Bergson (Auriol 2000), l'intuition est le véritable mode de connaissance de la réalité, elle n'est pas une faculté « supra intellectuelle » mais un effort consistant à se désintéresser de l'action.

Nous venons de voir que pour la majorité des philosophes, l'intuition est un moyen primordial pour atteindre la réalité des choses. Cependant, d'autres philosophes comme Kant

(Petitmengin 2001) la considèrent comme une connaissance incomplète. Bernard (1938) les rejoint sur ce point en considérant l'intuition comme « une conception a priori, un sentiment vague des choses, une interprétation anticipée des phénomènes ». L'intuition n'apparaît, donc, plus comme une pensée accomplie mais simplement comme une ébauche de pensée dont la valeur de vérité reste relative, ce qui explique les erreurs pouvant être commises.

En conclusion, nous pouvons noter que même si les philosophes ont quelque peu divergé sur la valeur relative de l'intuition, ils lui accordent, quasiment, tout un rôle essentiel dans la « quête » de connaissance.

Ce rôle a été souligné par Poincaré (Auriol 2001) qui considère « Deviner avant de démontrer ! Ai-je besoin de rappeler que c'est ainsi que sont faites toutes les découvertes importantes ? » ; « C'est par la logique qu'on démontre, c'est par l'intuition qu'on invente. »

1.3 Intuition et psychologie

En tant que mécanisme de l'esprit, l'intuition a évidemment intéressé les psychologues. Or comme le note Osbeck (1999), la notion d'intuition en psychologie a évolué et divergé au fil du temps. Par exemple, pour la psychologie clinique, elle représente la capacité des praticiens expérimentés à faire des inférences sans procédures standardisées. Pour la psychologie expérimentale, elle est la capacité de faire des conjectures se révélant correctes sans savoir pourquoi. Cette intuition serait donc une forme d'apprentissage implicite, apprentissage par expérience sans en avoir conscience.

Un des points de divergence essentiels, entre les psychologues, réside surtout dans la portée de cette intuition. Alors que Mc Dougall (Osbeck 1999) considère l'intuition comme une apperception implicite (le contraire des apperceptions explicites : langage formation d'idées...) et opérerait sur un plan d'intellectualité plus bas, l'intuition étant réservée à ceux qu'il considérait (à tort selon nous) avoir des pouvoirs de pensée abstractive limitées comme les femmes, les enfants, les chiens.

Jung (1926) la présente comme l'une des 4 fonctions mentales principales de chaque individu. En effet, d'après lui, l'individu dispose, pour s'adapter au monde extérieur et aux conditions de sa propre structure, de quatre fonctions principales qui sont : la Pensée, le Sentiment, la Sensation et l'Intuition.

Chaque être humain possède les quatre fonctions, mais à des degrés d'évolution différents. L'une d'elles est, en général, plus développée et plus consciente que les trois autres, c'est la fonction principale, celle qui réagit le plus spontanément.

L'intuition, en tant que fonction mentale « junguienne », vise les possibilités que cachent une chose, un être ou une situation. C'est la fonction de compréhension spontanée, non réfléchie, venue par la voie de l'inconscient. On dit de quelqu'un qu'il est intuitif s'il porte avec aisance des jugements justes sans justification logique ni possibilité d'analyse.

L'intuition perçoit la totalité d'une chose par la voie de l'inconscient et en prévoit les possibilités inhérentes. L'intuition consiste, donc, pour Jung, en un flair, une conception de possibilités inhérentes à un être, une situation ou une chose.

Pour l'intuition, une donnée quelconque se présente en tant que totalité, sans que nous soyons capables, de prime abord, de trouver, ou d'indiquer de quelle façon cette donnée s'est présentée à nous. L'intuition est un genre de conception instinctive...

Les « intuitifs », selon Jung, découvrent des schémas d'ensemble et des relations que les autres ne perçoivent pas. Ils ne se laissent pas impressionner par les idées reçues et regardent tout avec un œil neuf. Ils sont plus intéressés par ce qui pourrait être que par ce qui est.

Ces personnes intuitives sont portées à faire des synthèses créatives, conceptuelles, symboliques ou métaphoriques, elles se montrent souvent créatives, imaginatives et curieuses, et adoptent une vision à long terme.

Ribot (Auriol 2000) va dans le même sens et considère que l'intuition, entre plusieurs voies possibles, va tout droit dans la bonne. Elle n'est pas un acte de pure connaissance qui constate comme la perception : elle devine les dessous, les au-delà, elle infère, s'appuyant peut-être sur l'organisation inconsciente de l'esprit.

Passons maintenant au psychologue le plus célèbre, entre tous, Sigmund Freud (Auriol 2000). Ce dernier utilise le terme intuition dans son acception de connaissance immédiate et « non travaillée ». Cependant, il a une position assez spéciale sur l'intuition et contraire à beaucoup d'autres psychologues. En effet, si Freud croit en la télépathie, il nie toute pertinence à l'intuition et considère que l'intuition ne peut avoir de caractère scientifique. C'est pour cela qu'il ne considère pas l'intuition comme source de connaissance fiable pour la psychanalyse. Il explique qu'« on ne peut compter, de manière générale, sur un tel don car son efficacité est soustraite à toute critique et il ne peut donc se prétendre crédible » Il dénie donc à l'intuition toute pertinence scientifique et toute universalité.

Freud (Auriol 2000) dit aussi que « Les mystères de l'Univers ne se dévoilent que lentement à notre investigation ; il reste beaucoup de questions auxquelles la science ne peut encore aujourd'hui donner de réponse. Mais le travail scientifique est la seule voie qui puisse nous conduire à la connaissance de la réalité objective. C'est encore une fois pure illusion que d'attendre quoique ce soit de l'intuition et de l'introspection ; elles ne peuvent rien nous dire si ce n'est les particularités de notre propre vie mentale, lesquelles sont difficiles à interpréter »

C'est en cela que Freud (Auriol 2000) critique l'optique des philosophes voyant l'intuition comme un mode d'accès privilégié à la vérité : « La philosophie n'est pas en opposition avec la science, elle se comporte comme une science et travaille au moins partiellement avec les mêmes méthodes Elle s'égare en surestimant la valeur épistémologique de nos opérations logiques et en acceptant d'autres sources de connaissance comme l'intuition. »

Freud (Auriol 2000) conclut en assurant « qu'il n'y a d'autre source de connaissance de l'univers que le travail intellectuel sur des observations soigneusement scrutées, en d'autres mots, ce que nous appelons recherche – et à côté de cela, nulle connaissance qui soit dérivée de la révélation, de l'intuition ou de la divination. »

Nous pouvons, donc, résumer en considérant que les traitements psychologiques de l'intuition ont varié d'une intuition innée réservée à une minorité chanceuse, jusqu'à une capacité mentale accessible à tous avec des degrés différents de son exploitation.

Nous venons de voir que l'ensemble des scientifiques, que ce soit en philosophie ou en psychologie, n'arrivent pas à trouver un terrain d'entente sur une conception unitaire de l'intuition. Il faut cependant noter que leurs différentes conceptions ne doivent pas être considérées comme contradictoires mais plutôt complémentaires. L'intuition est donc un concept à multiples facettes.

Qu'en est-il des chercheurs en gestion ? Ont-ils réussi à atteindre une certaine convergence entre leurs différentes acceptions de l'intuition ? Pourrions-nous ressortir une définition ou un faisceau de définitions communes aux chercheurs en gestion et de stratégie d'entreprise ? En fait, existerait-il à l'instar d'intuitions « philosophiques » ou d'intuitions « psychologiques », des intuitions que nous pourrions qualifier de « stratégiques » ?

1.5 L'intuition chez les chercheurs en gestion

Les différents auteurs ayant traité les liens entre intuition et décision stratégique ont proposé des définitions (souvent sommaires) de l'intuition. Ces définitions sont généralement assez distinctes, et ne nous semblaient pas émaner des perceptions que se font les dirigeants et les cadres de l'intuition.

Pour Isaack (1978), il existe plusieurs conceptions de l'intuition qu'il rapproche des termes comme pressentiment, sensation et qu'il oppose à l'intelligence (capacité de pensée rationnelle).

Pour Morris (1967), il est impossible pour les managers de traduire en mots les processus (aspects de la situation sélectionnés, contenu de mémoire utilisé, méthodes déductives ayant conduit à la décision) qu'ils utilisent pour atteindre une décision.

Ces processus de pensée sont implicites, subconscients ou intuitifs. La pensée intuitive peut être définie comme la pensée que le sujet ne peut traduire en mots. L'intuition suggère le saut immédiat à une décision plutôt qu'un processus impliquant des étapes conscientes bien définies et soignées.

Dans le même esprit, Barnard (1938) classe l'intuition parmi les processus non logiques de prise de décision. Un processus non logique étant celui que l'on ne peut exprimer en mots ou sous forme de raisonnement et qui ne se révèle que par le résultat de la décision et de l'action.

Lank & Lank (1995), définissent l'intuition en tant que capacité du cerveau opérant à partir de l'hémisphère droit, capable de traiter des informations physiques, émotionnelles et mentales. Cette capacité permet d'aboutir à des solutions sans pensée rationnelle, analyse ou calcul quantitatif. En effet, l'intuition permet d'anticiper les changements technologiques, sociaux, politiques et économiques et d'exploiter au plus vite les opportunités (Marlow 1994).

Les définitions précédentes gardent toutes une vue de l'intuition en tant que capacité paranormale, or comme le démontrent Behling et Eckel (1991), l'intuition peut avoir des acceptions différentes : intuition en tant que pouvoir paranormal ou sixième sens réservée à quelques personnes ; intuition en tant que trait de personnalité plus développé chez certaines personnes que d'autres ; intuition en tant que processus (d'analyse et de choix) inconscient ; intuition en tant qu'ensemble d'actions observables ; intuition en tant qu'expérience distillée.

C'est cette relation entre intuition et expérience qui a le plus été mise en avant par les théoriciens du management. En effet, parmi les définitions de l'intuition de Bunge (1975) citées précédemment, Simon (Mintzberg 1994) n'en retient qu'une seule : l'identification rapide considérant l'intuition comme un processus d'analyse figé par les habitudes et expériences. D'ailleurs, pour Simon, le synonyme le plus proche de l'intuition n'est pas l'inspiration mais plutôt le jugement.

De même, Khatri et Ng (2000) contestent l'acception de l'intuition en tant que synonyme d'irrationnel et paranormal. Au contraire, les processus intuitifs émergent de l'expérience et de l'apprentissage et consistent dans la masse des concepts, techniques, abstractions et croyances emmagasinés. L'intuition serait le fait d'être capable d'utiliser dans une situation tout ce qui aurait été vu, ressenti et expérimenté précédemment.

En résumé, l'intuition ne serait pas irrationnelle, elle est basée sur une compréhension profonde de la situation à travers les expériences passées.

Pour Burke et Miller (1999), aussi, l'intuition ne doit pas être vue comme un sixième sens magique ou un trait inné de personnalité mais comme une accumulation d'expériences. L'intuition est une sorte de carte mentale générée par des années de pratique ; l'intuition est une conclusion cognitive basée sur l'expérience du décideur et ses émotions du moment.

Nous pouvons rapprocher cette conception de l'intuition de « l'intelligence pratique » de Gamot et Vidaillet (1998). Le dirigeant lors de la prise de décision est guidé par cette intelligence pratique qui représente sa capacité à sélectionner, comprendre et manipuler un environnement dans un objectif d'adaptation. Pour exercer cette intelligence, le dirigeant a des savoirs tacites, d'un savoir-faire pratique, informels, non exprimés et difficiles à verbaliser, souvent élaborés et transformés par l'action.

Clarke et Mackaness (2001) résument cette conception en définissant l'intuition en tant qu'expérience compressée permettant d'atteindre une solution sans comprendre toutes les étapes qui y ont mené.

Rowan (1986) regroupe ces différentes conceptions en considérant l'intuition comme une connaissance que l'on acquiert sans l'intervention de la pensée rationnelle mais qui ne surgit pas du néant car ces idées neuves proviennent d'une organisation de faits et d'expériences passées.

Si nous essayons de résumer les différentes conceptions précédentes, nous pouvons considérer que l'intuition est en quelque sorte une connaissance directe de quelque chose sans utilisation consciente du raisonnement.

L'intuition apparaît à un niveau inconscient, elle implique une interprétation holistique de l'information et une reconnaissance implicite de la structure des problèmes et des relations entre les variables avec une certitude implicite que le pressentiment est correct. En résumé, l'intuition est une manière inconsciente et holistique de procéder dans laquelle le jugement est fait sans une conscience des règles ou des savoirs utilisés.

L'intuition est, aussi, plus la capacité d'apprendre par l'expérience qu'une capacité innée, elle est, de ce fait accessible à tous. Quand un manager se fie à son intuition, il utilise implicitement, inconsciemment et automatiquement des capacités cognitives tirées de sa propre expérience, ce qui simplifie mais peut, aussi, biaiser la prise de décision.

1.5.1 Intuition et irrationalité

L'intuition en sciences de gestion est souvent opposée à la rationalité.

La rationalité est, comme le souligne Simon (1986), le trait principal du comportement humain dans les théories économiques classiques. Ces dernières posent comme préalable à la prise de décision l'exercice de la rationalité qui prônerait, comme le souligne Hart (1992), une analyse exhaustive et approfondie de la situation de la décision en examinant toutes les alternatives envisageables, identifiant et évaluant l'ensemble des conséquences qui découleraient de l'adoption de chaque alternative et sélectionnant les alternatives qui seraient préférables en terme de concordance avec les fins recherchées.

Or, pour Rutgers (1999), les origines de la pensée managériale sont plus anciennes que le concept de rationalité et il date des origines de la pensée rationnelle au logos grec, moyen de compréhension de la réalité, qui englobait entre autres les concepts de raisonnement, plaidoirie, calcul etc. Cette pensée rationnelle a été, par la suite, considérée par les positivistes comme le moyen de résoudre tous les problèmes humains, alors que pour les modernistes, elle correspondait plutôt à l'objectivité (s'empêcher d'avoir des jugements de valeur) pour arriver à l'acception économique actuelle de la rationalité comme une icône de l'efficacité et de l'efficacité et ce, en tant qu'action orientée vers l'accomplissement (voir la maximisation) de l'utilité.

Le concept de la rationalité a donc évolué à travers les âges mais que représente-t-il réellement aujourd'hui ? Est-on en face d'un concept unique ou plutôt multi facettes ?

Larousse donne la définition suivante de ce qui est rationnel : ce qui est déduit par le raisonnement ou conforme à la raison (ce que le Larousse oppose à l'intuition), à la logique et au bon sens.

La psychologie, comme le notent Rutgers (1999) et Simon (1986), réduit quasiment la rationalité à un acte ayant une raison, une motivation ou un but. Alors que Pour Von Neuman et Morgenstern (Romelaer et Lambert 2001), la rationalité se place dans la résolution du problème et si, l'individu essaie d'obtenir le maximum d'utilité, on dit de lui qu'il agit rationnellement.

Pour Eilon (1969) la rationalité se limite au fait de se conformer à un critère de sélection, (si en appliquant un critère, l'action A est trouvée supérieure à B, l'individu est dit rationnel s'il sélectionne A). Et d'après lui, la rationalité serait processuelle, elle se définit plus en référence au processus qu'à l'individu, et chaque fois que la résolution dévie de ce qui est attendu en

suivant le processus, cette résolution ne peut être qualifiée de rationnelle. Restera le problème de la fixation des critères de choix et du processus qui peuvent être individuels ou bien organisationnels et on aura à ce moment-là deux types de rationalité (individuelle et organisationnelle) pouvant être même contradictoires. Si ces critères sont fixés par l'organisation que le décideur n'approuve pas mais qu'il s'y conforme, la résolution sera rationnelle du point de vue organisationnel mais elle sera irrationnelle du point de vue individuel. Si le décideur choisit de s'écarter de ces critères et d'en choisir d'autres lui convenant mieux, il se comportera de manière rationnelle du point de vue individuel et de manière irrationnelle du point de vue organisationnel.

Ces différentes définitions et acceptions de la rationalité font que tout acte (et de même toute décision) peut être considéré comme obéissant à une certaine rationalité.

Simon (1976) donne d'ailleurs l'exemple d'une personne qui retire son doigt du feu après s'être brûlée. Elle est considérée comme agissant rationnellement dans le sens où son acte sert un but et obéit au bon sens, alors que cet acte n'est ni conscient ni délibéré.

C'est pour cela que cet auteur (un des premiers à critiquer la rationalité économique stricte à travers le concept de rationalité limitée) considère que, parler d'une rationalité n'est pas judicieux car il y aurait plusieurs rationalités. Par exemple, nous devrions parler de décision objectivement rationnelle si elle poursuit une maximisation dans l'absolu, subjectivement rationnelle si la maximisation est dans les limites de la connaissance actuelle, consciemment rationnelle si le processus est conscient, délibérément rationnelle s'il est délibéré, « organisationnellement » rationnelle si elle est orienté vers des buts de l'organisation et personnellement rationnelle si elle est orientée vers des buts individuels...

En partant de cette constatation, Romelaer et Lambert (2001) listent un certain nombre de types de rationalités qui ne seront pas mises en œuvre uniquement lors de la comparaison des alternatives de choix mais aussi lors de la formation des préférences qui guident cette comparaison. Ces rationalités sont regroupées en deux pôles.

Les rationalités optimisatrices qui sont fondées sur des raisonnements intentionnellement optimisateurs (à des degrés variables) et les rationalités exploratoires où, au contraire des précédentes, la règle de la décision n'est pas fixe et les préférences sont mal connues au départ et susceptibles de changer.

Dans les rationalités optimisatrices, le décideur considère donc, qu'au moment du choix, il peut optimiser parce qu'il a fait de son mieux pour tenir compte de tous les aspects du monde, de ses propres limites et des valeurs qui sont les siennes. Dans les rationalités exploratoires, le décideur considère qu'il ne peut pas optimiser parce que le monde est changeant et rempli d'acteurs mal connus et autonomes et le décideur sait que son choix pourra être ultérieurement remis en question. Nous parlerons donc rationalité optimisatrice (ou anticipatoire, ex-ante, détachée) par opposition à une rationalité exploratoire (ou émergente ou suspendue ou dans le monde).

La conclusion que tirent Lambert et Romelaer (2001) de cette catégorisation est, qu'étant donné qu'il existe plusieurs types de rationalités, le contraire de « être rationnel » n'est pas forcément « être irrationnel ». Deux personnes peuvent avoir des rationalités différentes sans que l'une soit plus rationnelle que l'autre.

De ce fait, l'intuition ne peut être considérée comme irrationnelle mais comme obéissant à une rationalité propre.

Nous ne pouvons donc pas nous servir de la dichotomie rationalité – intuition pour essayer de définir l'intuition.

1.5.2 Intuition et biais cognitifs

Dans notre exploration de la nature de l'intuition, nous avons commencé par présenter les définitions qui lui ont été attribuées par des chercheurs de diverses disciplines. Nous avons aussi tenté un rapprochement et un concept un peu plus étudié, l'irrationalité. Il nous a semblé aussi utile d'examiner la relation entre intuition et biais cognitifs.

En effet, plusieurs auteurs ont justifié l'écart entre le processus de décision classique suggéré et le processus suivi dans la réalité, par l'existence de ces biais cognitifs, tout en présentant certains de leurs méfaits.

Du fait que les individus, d'après Simon (Barabel et Meier 2002), ont des capacités cognitives limitées de traitement et de mémorisation des informations et que les décideurs subissent des biais cognitifs, ces biais deviennent alors des mécanismes de pensées qui interfèrent lors de la prise de décision ; ils peuvent l'altérer comme ils peuvent représenter des mécanismes de simplification du processus.

La question que nous nous posons est : l'intuition est-elle un biais cognitif ou au contraire est-elle un des mécanismes permettant de compenser leurs effets ?

Commençons par présenter les principaux biais cognitifs évoqués par les chercheurs en gestion. Multitude d'heuristiques et de biais cognitifs peuvent s'exercer chez un décideur en matière de sélection et d'interprétation des informations. Ils peuvent être utiles mais peuvent se révéler erronés et conduire à des stratégies cognitives abusives, donnant lieu au développement d'actions déviantes chez le dirigeant.

Hogarth (Barabel et Meier 2002) par exemple présente ces biais en corrélation avec les différentes étapes du processus de décision où ils interviennent.

Lors de la phase d'acquisition de l'information et d'analyse de l'environnement, existe un biais de « disponibilité » : le cerveau n'est pas capable de récolter et de traiter l'ensemble des informations nécessaires.

Lors du traitement de l'information, il existe un biais « d'ancrage » : le dirigeant se base sur un point d'entrée pour construire son raisonnement. Il oriente de ce fait son raisonnement et rejette les informations n'allant pas dans le sens de son orientation définie.

De cela, découle le biais de « représentativité » du fait que les informations sur lesquelles se basera le décideur ne seront pas forcément représentatives de l'ensemble des informations pertinentes.

Lors de la fin du processus (résultat du processus informationnel), nous retrouvons le biais de « l'illusion de contrôle » où le dirigeant pense pouvoir contrôler les effets de la décision mise en œuvre. Lors du traitement du feed-back, il existe le biais de « rétrospective » où le dirigeant essaie coûte que coûte de trouver, avec le recul, une cohérence à ses décisions.

D'autres auteurs, notamment Das et Teng (1999) présentent d'autres biais qui sont : les « hypothèses prioritaires et l'attention sur des buts limités » ; « l'exposition à des alternatives limitées » ; « l'insensibilités aux probabilités d'outcome » ; « l'illusion de maniabilité ».

Pour ce qui est des « hypothèses prioritaires et l'attention sur des buts limités » : les décideurs amènent leurs croyances et hypothèses formées antérieurement et limitent la recherche d'autres alternatives de même qu'ils se concentrent sur des objectifs limités et peuvent oublier les informations relatives à d'autres buts. Nous pouvons rapprocher cela des biais « d'ancrage » et de « représentativité » cités par Hogarth (1980)

Quel rôle pourrait jouer l'intuition dans ce biais ? Nous pouvons dire que des managers intuitifs seront plus enclins à ce biais, puisqu'ils s'accrochent souvent à une idée première. Dans

le même temps, l'intuition permettant de mutualiser un ensemble de données emmagasinées inconsciemment, pourrait réduire ce biais.

Pour ce qui est de « l'exposition à des alternatives limitées » : les managers se concentrent sur un nombre limité d'options. Les managers adoptent une attention séquentielle aux alternatives. Les managers, ici, n'adoptent donc pas une approche de décision exhaustive séquentielle mais, comme le souligne Fredrickson (1986), utilisent leur intuition pour suppléer l'analyse rationnelle.

Pour ce qui est de « l'insensibilité aux probabilités d'outcome » : les managers ne font pas confiance aux chiffres et n'utilisent pas d'estimations de probabilités de résultats

Ce biais est fortement présent chez les managers qui utilisent l'intuition pour suppléer le manque de probabilité. Cependant, dans la plupart des cas, les managers ne se désintéressent pas de leur plein gré de ces estimations, mais parce qu'elles ne sont pas disponibles ou qu'elles sont très coûteuses.

En pour ce qui est de « l'illusion de maniabilité » : les managers surestiment les probabilités de succès et ont une illusion de contrôle (à la Hogarth 1980). En effet, ils ne prennent pas en compte l'existence d'un degré de risque inhérent à toute situation de décision. Ils ont aussi l'illusion que les conséquences d'une décision sont « malléables » et que les résultats peuvent être corrigés et renversés avec des efforts supplémentaires. Ils croient, donc, à un contrôle post-décisionnel. Nous retrouvons le cas de managers intuitifs qui s'accrochent à leur idée première et qui essaient de tout faire pour prouver que c'était la bonne.

En conclusion, nous pouvons considérer que le fait que les dirigeants utilisent l'intuition est dû aux biais cognitifs. Il faut cependant préciser que ces biais cognitifs ne doivent pas être pris uniquement avec un a priori négatif mais ils peuvent être bénéfiques en terme de simplification du processus de décision

1.5.3 Intuition et connaissances tacites

Après avoir exploré, les corrélations entre intuition et irrationalité et intuition et biais cognitifs, nous avons pensé à comparer l'intuition à un autre mécanisme de l'esprit souvent étudié en sciences de gestion : les connaissances tacites

La littérature de recherche considère, généralement, que les savoirs d'un individu sont composés de deux types de connaissances : les connaissances explicites et les connaissances tacites. Les connaissances explicites peuvent s'exprimer dans un langage formel et facilement partagées entre différentes personnes. Elles peuvent s'exprimer par des formules scientifiques et par des interventions codifiées ou sous diverses autre formes.

Par connaissances tacites, on entend les connaissances liées à l'expérience individuelle et difficiles à codifier (la perspective et la connaissance par déduction). Les connaissances tacites comprennent la perspicacité, les pressentiments, l'intuition et les compétences de nature hautement personnelle et difficiles à formaliser, ce qui les rend difficiles à transmettre à d'autres ou à partager.

Pour résumer nous pouvons dire que :

- 1) les connaissances qu'on sait avoir sont les savoirs explicites,
- 2) les connaissances qu'on sait ne pas avoir sont les lacunes de savoir,
- 3) les connaissances qu'on ne sait pas ne pas avoir sont les lacunes de savoir inconnues,
- 4) enfin, les connaissances qu'on ne sait pas avoir sont les savoirs ou connaissances tacites.

Pour notre part, au contraire de la définition précédente, nous ne considérons pas l'intuition comme une connaissance tacite mais plutôt comme nourrie par les connaissances tacites.

Nous citerons pour étayer nos propos la définition de Barnard (1938) : « la source de ce processus (intuitif) consiste dans la masse de faits, concepts, techniques, abstractions et donc

tout ce qu'on appelle connaissance et croyances imprimées dans nos cerveaux plus ou moins par effort conscient. »

Pour être complet, nous pouvons nous pencher sur « l'apprentissage organisationnel ». Selon Koenig (1996), l'apprentissage organisationnel est un phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui, plus ou moins durablement, modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes.

Pour schématiser, l'apprentissage organisationnel serait le fait que l'organisation, en tant que tout, apprend de l'analyse des situations et de ce qui l'entoure ce qui peut rejaillir sur les connaissances de chacun de ses membres.

Pour notre part, nous ne croyons pas à une sorte d'intuition organisationnelle partagée, l'intuition reste individuelle. Donc, la seule corrélation que l'on pourrait, à notre avis, trouver entre l'apprentissage organisationnel et l'intuition est le fait que cet apprentissage nourrit les connaissances d'un individu issu de cette organisation et qui, par la suite façonnent ses intuitions.

Après cette présentation des différentes approches qu'ont eue les chercheurs en gestion et après avoir abandonné l'idée d'approcher l'intuition par opposition à la rationalité, le problème de la définition de l'intuition reste entier. C'est pour cela que nous avons pris le pari de ne pas trancher, a priori, en faveur d'une définition précise. Un de nos objectifs étant de faire émerger des conceptions d'intuition du terrain lui-même, et d'en dégager un faisceau de définitions.

Cependant, dans un souci de compréhension, nous adoptons une définition assez large de l'intuition que nous essaierons d'affiner au cours de notre conceptualisation.

Nous considérerons que l'intuition est une connaissance directe sans utilisation de raisonnement approfondi ou d'analyse rigoureuse, issue de la cristallisation des expériences passées à la rencontre d'une situation donnée.

2. EXPLORATION EMPIRIQUE DES CONCEPTIONS MANAGERIALES DE L'INTUITION

Pour explorer la conception que se fait le dirigeant de l'intuition, nous ne sommes pas partis sur le terrain avec une définition préconçue et bien articulée de l'intuition.

Nous avons décidé d'inverser la situation et d'être à la place de celui « à qui l'on explique ». Nous avons dès lors articulé l'entretien de telle manière à ce que nous partions de l'acceptation qu'a le dirigeant de l'intuition.

2.1 Terrain de recherche

Nous nous sommes adressés à de hauts dirigeants (PDG, DG, Gérant). Ces derniers sont supposés avoir plus de recul et une vue plus globale de la pratique managériales et seraient donc plus à même de nous donner une image plus réaliste de la réalité managériale de l'intuition.

Nous nous sommes de plus imités à de petites structures (PME) en raison de l'implication importante qu'y ont les managers dans tous les aspects de la profession.

Enfin et comme notre but est de faire émerger des représentations managériales et si possible les comparer, nous avons souhaité exclure l'influence du contexte sectoriel en nous limitant à un seul secteur d'activité.

Nous avons choisi, pour des raisons que nous allons exposer, de nous adresser uniquement aux dirigeants de petites et moyennes entreprises du secteur touristique et plus précisément des tour-opérateurs.

Le choix s'est porté sur le secteur touristique par ce que l'environnement de ce secteur peut être qualifié de véloce au sens d'Eisenhardt (1989) (changements de la demande, compétition,

technologie si fréquents que les informations sont souvent non pertinentes, indisponibles ou obsolète, tsunami). En effet ce secteur est tributaire de plusieurs facteurs : le revenu des ménages (le tourisme n'étant pas un bien de première nécessité), les conditions climatiques, les situations géopolitiques des destinations et les diverses crises internationales (guerre du Golfe, 11 septembre, SRAS, Tsunami), les demandes des voyageurs sont de plus en plus changeantes et diversifiées et il est nécessaire aux tours-opérateurs d'innover sans cesse en terme de circuits et de destinations, enfin la généralisation d'Internet, l'arrivée de grands tour opérateurs étrangers et l'arrivée de la grande distribution dans le secteur, ont totalement changé la donne sur le secteur. Cet environnement changeant oblige les entreprises à s'adapter et donc de prendre des décisions stratégiques assez fréquentes.

Or Eisenhardt (1989) trouve que dans ces environnements véloces, les décideurs examinent beaucoup d'informations « en temps réel », analysent plusieurs alternatives simultanément et surtout s'aident de l'intuition pour réagir rapidement et de manière pertinente aux stimuli changeants issus de l'entreprise et de son environnement.

Au sein du secteur touristique nous avons décidé de nous limiter aux tour opérateurs (TO) et ne pas inclure les agences de voyages, les hôteliers ou les transporteurs etc.

Nous avons pensé que ces TO étant des producteurs de voyages c'est-à-dire chargé de faire aux moins un assemblage hôtel et transport (plus des excursions, des activités...) seront impliqués dans toutes les facettes du secteur touristique et touchés par l'ensemble des événements le touchant.

Au sein de ces tour-opérateurs nous trouvons des disparités entre entreprises au niveau de la taille mais aussi au niveau des spécialités.

D'un côté nous trouvons de très grandes entreprises qualifiées sur le secteur « d'industriels du voyages » faisant des catalogues d'une centaine de voyages et brassant des milliers de voyageurs. On peut citer les plus connues comme Nouvelles Frontières, Fram, Club Med Voyages...

D'un autre côté de TO beaucoup plus petit appelés « artisans du voyages » composés généralement de moins de 10 salariés et faisant moins de 10 millions d'€ de chiffre d'affaire.

Dans la suite de cette recherche pour éliminer la variable de taille nous éliminons la première catégorie pour nous concentrer uniquement sur les petits et moyens TO.

Tous nos interlocuteurs (en tout 51 dirigeants) sont au moins directeur général de leur TO, mis à part un qui est à la fois directeur commercial et de production. Un élément notable est qu'à l'exception du 1/5ème de nos interlocuteurs, ils sont tous fondateurs de leur entreprise.

Pour ce qui est de nos entreprises d'accueil (51 TO de la région parisienne), elles allaient de l'entreprise individuelle à une entreprise de 30 salariés et elles couvraient toutes les facettes des TO : des généralistes, des spécialistes d'une destination (Tunisie, Islande...), d'une activité (plongée sous marine, expédition polaire...) d'un type de clientèle (scolaire, troisième âge...)....

2.2 Méthodologie

Dans notre recherche, de type inductif, nous allons essayer de faire émerger les représentations des dirigeants quant à l'intuition et à son rôle dans les prises de décision stratégique. C'est pour cela que l'entretien semi directif centré nous semble le moyen le plus approprié pour mettre à jour ces représentations.

Ce type d'entretien présente aussi selon Miller (1991) l'avantage de nous permettre d'explicitier les questions si les réponses sont vagues ou pas claires, de reformuler les questions gênantes selon la réaction de l'interlocuteur et d'adapter le langage et éviter, ainsi, les mauvaises interprétations.

Dans notre « mini entretien » nous nous attachions à sonder les perceptions du dirigeant concernant l'intuition en lui posant la question directement. Nous commençons par demander au répondant de définir (selon lui) l'intuition, le dirigeant ne s'étant pas préparé à l'avance à cette demande, il devait y réfléchir sur le moment et livrer ainsi ses sentiments sur la question et non un discours préparé à l'avance.

Nous élargissons, ensuite, la question en demandant quel rôle estime-t-il que cette intuition pourrait jouer dans la pratique managériale et plus précisément le processus de prise de décision stratégique.

2.3 Principes d'analyse

Une fois les entretiens traités (retranscrits, codés en dictionnaire des thèmes puis en dictionnaires des thèmes résumés)² nous passons à leur analyse.

Nous décidons de regrouper l'ensemble des items relevés dans les différents dictionnaires des thèmes résumés dans un même tableau.

Nous avons donc regroupés les items semblables ou très proches (dans ce cas nous reformulons un item général représentatif), en pratique ceci est matérialisé par l'utilisation d'un seul item avec en face l'ensemble des initiales des interlocuteurs l'ayant cité.

Nous aurons donc un ensemble d'items avec les initiales des interlocuteurs en face. Dès lors nous comptons le nombre d'interlocuteurs ayant exprimé cet item et nous le notons en face (ex. 7/50) en lui adjoignant le nombre d'entretien total examiné.

C'est à partir de ses proportions que nous ressortirons des idées d'ensemble.

La question qui se pose est à partir de combien de citations l'item peut être considéré comme représentatif au sein de notre population ?

Nous avons choisi pour cela trois taux : 50%, 33% et 25%

Le premier taux a été utilisé par Ederlé (2001) le considérant comme seul taux représentatif. Un item présent chez 50% des interlocuteurs étant considéré pertinent pour l'ensemble de l'échantillon. Pour notre part nous gardons ce taux de 50% qui pour nous représentera une généralisation absolue mais nous ne pouvons nous limiter à ce taux. En effet Ederlé utilisait ce taux pour comparer des entretiens d'interlocuteurs appartenant à une même entreprise sur un phénomène organisationnel, la vision, ce qui peut faciliter la création de représentations communes. Or, dans nos recherches nous cherchons à ressortir des représentations communes de dirigeants appartenant à des entreprises différentes avec des environnements différents sur un phénomène individuel propre à chacun, l'intuition.

C'est pour cela que nous avons décidé à l'instar de Reger et Huff (1993) de retenir le taux de 33% comme synonyme de représentation commune satisfaisante et le taux de 25% comme pouvant indiquer une possibilité de représentation commune.

Cette constatation nous permettra de ressortir les représentations communes que se font les dirigeants de l'intuition.

3. RESULTATS : CONCEPTIONS MANAGERIALES DE L'INTUITION

Nous avons, comme mentionné précédemment, demandé aux dirigeants de nous définir l'intuition. C'est sans surprise que nous avons retrouvé la difficulté de définition et les disparités d'acceptions notées dans notre revue de littérature.

La plupart de nos interlocuteurs ont été surpris par la question. Ils ont, généralement, observé un temps de réflexion plus ou moins long avant de répondre. Près d'un quart nous a même spécifié qu'il était difficile d'en parler ou que l'intuition était un sentiment inexprimable.

Nous obtenions des réponses du type « *Je ne sais pas, honnêtement... je ne sais pas la définir très correctement* » (M. Ey) ou « *Je n'ai pas beaucoup réfléchi à l'intuition, ça dépend par rapport à quelle situation. La question est large* » (M. Le).

L'intuition reste un phénomène mal compris ou plutôt compréhensible de manière différente, chacun de nos individus présentait le phénomène selon ses propres conceptions. Nous avons pu recueillir auprès de nos interlocuteurs quasiment 20 acceptions (ou rôles se confondant parfois avec des définitions) attribuées à l'intuition. Le même interlocuteur pouvait parfois avoir plus de deux conceptions de l'intuition qui pourraient, a priori, sembler contradictoires. Prenons l'exemple de M. Ca : il considère à la fois que l'intuition est issue de l'expérience, qu'elle est une étincelle génératrice d'idées, qu'elle sert aussi à deviner les attentes des clients, qu'elle est façonnée par les préférences personnelles, enfin qu'elle est indispensable tout en pouvant être mauvaise conseillère et pouvant induire en erreur.

3.1. Constatations générales quant aux perceptions de l'intuition :

Pour essayer de dégager les perceptions de l'intuition les plus communes à l'ensemble de nos interlocuteurs, nous allons diviser les acceptions relevées en catégories. En effet, nos interlocuteurs définissaient parfois l'intuition par sa nature propre, parfois par ce qui la nourrissait et enfin par le rôle qu'elle devrait jouer.

3.1.1 L'intuition définie par ce qui la nourrit

Certains de nos interlocuteurs ont défini l'intuition par ce qui la façonnait. Nous retrouvons essentiellement les facteurs suivants: l'expérience, la connaissance de l'environnement et les caractéristiques personnelles, ainsi que la nécessaire confrontation des fruits de l'intuition à la réflexion a posteriori. Ce qui s'impose nettement c'est le lien intuition – expérience. En effet pour la moitié de nos interlocuteurs, l'intuition est issue de l'expérience. « *Je pense qu'avant tout, c'est l'expérience, pour avoir de l'intuition, il faut des années d'expérience, un débutant ne peut pas avoir l'intuition, et encore les expériences mais mûrement vécues et réfléchies* » (M.Sa)

Nous retrouvons, ici, une relation attestée par la littérature et qui nous éloigne d'une conception de l'intuition en tant que sixième sens inné inexplicable. En effet, cette intuition (comme le notent un certain nombre de nos interlocuteurs) réside dans l'exploitation de connaissances emmagasinées inconsciemment. Ces connaissances et cette expérience des situations permettent à nos décideurs d'entrevoir la meilleure solution à un problème sans avoir recours à des études approfondies.

« *Mon intuition c'est l'expérience... Par l'expérience, par le jugement, par la connaissance du pays, des gens, des cultures... c'est un ensemble de connaissances qui m'ont donné cette intuition, et ce n'est pas comme ça une lumière divine, pas du tout* » (Mme Ng).

Cette expérience est elle-même nourrie par la connaissance pointue de l'environnement et du secteur. Ce que nos interlocuteurs lient à l'intuition (une proportion de 35%) : « *Je n'aime pas trop le mot intuition, c'est la perception du marché ou de l'avenir, et ça joue quand même pour beaucoup pour une entreprise un peu dynamique et ça doit être à peu près entre 60 et 70% d'une décision* » (M. Er).

3.1.2 L'intuition définie par son rôle

La majorité de nos interlocuteurs, en définissant l'intuition, nous ont parlé du rôle qu'ils attribuaient en général à l'intuition: soit du rôle général en voyant l'intuition comme indispensable ou d'un rôle plus précis.

Il est déjà à noter que le quart de nos interlocuteurs ont spontanément déclaré que l'intuition est indispensable. « On ne peut pas marcher sans intuition. » (M. Er) ou « Je pense qu'il y a toujours une part d'intuition dans les décisions » (M. Le).

L'intuition est surtout utile pour l'innovation. Nos interlocuteurs lui donnent une caractéristique « divinatoire » permettant de sentir l'évolution des choses ou de deviner les attentes des clients ou des collaborateurs (25% en tout), ou anticipatrice permettant d'estimer les conséquences des décisions et permettant d'être l'étincelle génératrice d'idées.

« *A priori, lorsque l'on lance un produit, on a beau faire toutes les études, poser la question au client, qu'est-ce que vous en pensez, ah oui c'est bien... il faut quand même une certaine dose d'intuition parce que les clients ne répondent pas toujours aux questions qu'on leur pose ... sur le lancement d'un nouveau produit, il y a une grosse part d'intuition* » (M. Ca) ou « *je pense qu'il y a tout le temps une intuition qui est une étincelle qui allume une idée mais après, il faut entretenir la flamme* » (M. Bi).

D'ailleurs, l'intuition est souvent, pour nos interlocuteurs, présente en début de processus et n'a pas de rôle décisionnaire, les décisions sont prises en la confortant à des analyses plus poussées. Enfin, l'intuition est essentiellement nécessaire pour toutes les décisions concernant ce qui se rapporte à l'humain (relation avec le personnel ou les différents partenaires) : « *j'ai une intuition mais elle n'est pas sur les produits, elle est sur les gens, j'arrive assez vite à cerner les gens* » (Mme Bo) ou « *l'intuition c'est ressentir ce que pensent les autres* » (M. Op).

3.1.3 Une intuition innée et irrationnelle vs une intuition construite et « réfléchie »

Le dernier axe qu'empruntent nos interlocuteurs pour approcher l'intuition est la dimension de « rationalité ».

Comme le laissait supposer la corrélation forte entre intuition et expérience, c'est clairement l'optique d'une intuition non « pure » et « rationnelle » qui est entendue.

En effet, plus du quart de nos interlocuteurs ont spécifié littéralement l'inexistence d'une intuition « pure » ou innée synonyme d'une illumination, d'un flair ou d'un sixième sens.

A l'instar de M. To : « *je réfute complètement la définition de l'intuition du hasard, hasardeuse. Quelqu'un qui dit : oh non mais, j'ai pris cette décision par intuition, moi je ne crois pas au sixième sens, moi je suis quelqu'un de très pragmatique, il n'y a pas de sixième sens* », ou M. Ez : « *l'intuition totale, la lumière de Dieu qui vous rentre dans le crâne pour vous dire faites ceci ou faites cela, ça n'existe pas* »

De plus, si nous y ajoutons l'ensemble des items que nous pouvons rapprocher de cette acception tels que les assertions que l'intuition est réfléchie ou l'intuition vient après une mutualisation des données, l'intuition vue comme respectable, comme synonyme de bon sens, nous aboutirons à l'expression de la moitié de nos interlocuteurs.

Nous avons regroupé des assertions comme : « *Donc, l'intuition quelque part c'est quelque chose de tout à fait rationnel* » M. Ki ou « *l'intuition c'est l'appellation plus valorisante du bon sens* » (M. Co).

La part de nos interlocuteurs, ayant exprimé des items pouvant laisser penser à une vue de l'intuition comme innée ou non rationnelle, ne dépasse pas 23% ; allant de l'intuition vue comme grain de folie, comme synonyme de flair, comme non logique, ou mystérieuse.

CONCLUSION

Si l'utilité de l'intuition dans le travail des dirigeants, a été mise à jour par plusieurs recherches et par le discours des dirigeants, la définition même de cette intuition n'est pas unanime. En effet l'intuition a eu plusieurs acceptions parfois même antinomiques.

Les dirigeants eux même n'arrivent à verbaliser et à expliquer clairement cet outil mystérieux (intuition) qu'ils avouent utiliser notamment lors de la prise de décisions.

Il est donc quasiment impossible d'établir une définition homogène et unique de cette intuition managériale, tout au plus peut on approcher ses différentes facettes en nous fiant aux représentations que s'en font les managers.

Nous pouvons donc constater que pour les dirigeants, l'intuition n'est pas vue, comme dans l'imaginaire collective, en tant qu'illumination ou sixième sens impossible à comprendre. L'intuition est vue comme beaucoup plus rationnelle et considérée comme l'exploitation quasi inconsciente des expériences emmagasinées par les dirigeants et de leur connaissance de leur environnement.

C'est grâce à cette démythification de l'intuition que les managers lui attribuent volontiers une place prépondérante dans leurs activités professionnelles et notamment celles relatives à l'innovation et aux relations humaines au sens large du terme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Giffard M. (1992), *Développez votre intuition et celle de votre équipe*, ESF éd., Paris
2. Neyraut M. (1997), *Les raisons de l'irrationnel*, PUF, Paris
3. Bunge M. (1975), *Intuition and Science*, Westport CT, Greenwood Press
4. Mintzberg H. (1994), *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Ed. Dunod
5. Mintzberg H. (1990), *Le Management : Voyage au centre des organisations*, Ed. d'Organisation
6. Encyclopédie philosophique universelle (1990), *Les notions philosophiques*, PUF
7. Petitmengin C. (2001), *L'expérience intuitive*, L'Harmattan, Paris
8. Osbeck L. M. (1999), « conceptual problems in the development of a psychological notion of « intuition » », *Journal for the theory of social behaviour*, 29 :3, pp 229 - 248
9. Isaack T.S. (1978), « Intuition : An ignored dimension of management », *Academy of Management Review*, vol 3, iss 4 (oct), pp 917 – 922
10. Barnard C.I. (1938), *The function of the executive*, Harvard University Press
11. Jung C. G. (1920), *Types psychologiques*, Ed. Géorg
12. Morris W.T (1967), « Intuition and relevance », *Management Science*, vol 14, Iss 4, application series (dec), p157-165
13. Lank A. G. & Lank E. A. (1995), « Legitimizing the gut feel : the role of intuition in business », *Journal of Managerial psychology*, vol 10, iss 5, pp 18 - 26
14. Marlow H. (1994), « Intuition and forecasting – A holistic approach », *Long Range Planning*, Déc.
15. Behling O. & Eckel N. L. (1991), « Making sense out of intuition », *Academy of Management Executive*, vol 5, n°1, p 46- 54
16. Khatri N. & Ng A. H. (2000), « The role of intuition in strategic decision making », *Human Relations*, New York, Jan
17. Burke L.A.& Miller M. K., (1999), « Taking the mystery of intuitive decision making», *The Academy of Management Executive*, Nov.
18. Gamot & Vidaillet (1998) « Paroles et pensées dans l'action du dirigeant» in Laroche H. et Nioche J.P. (1998), *Repenser la stratégie*, Vuibert, Paris
19. Clarke I. & Mackaness W. (2001), « Management Intuition: an interpretative account of structure and content of decision using cognitive maps », *Journal of Management Studies*, 28, 2
20. Rowan R. (1986), *Intuition et management*, Rivages / Les Echos
21. Miller D.C.(1991), *Handbook of research design and social measurement*, Sage Publications, California
22. Ederlé N. (2001), *Vision et pilotage d'entreprise: conceptualisation, représentation et pratiques*, Thèse de Doctorat, université Paris 9 Dauphine

Tableau récapitulatif du profil des interlocuteurs

Int.	S.	Age	Fonction	Statut	Formation	Sec.	Ent.
Ah	M	35	Gérant	Créateur prop. (+ famille)	H.T. (Sc. Eco)	8	8
Al	M	53	Gérant	Créateur et propriétaire	Autodidacte	15	15
An	M	61	PDG	Créateur prop. (+ famille)	T (Et. Supérieures)	40	10
Ar	F	41	Gérante	Salarié	H.T. (bac + 5)	11	3
Be	M	61	Gérant	Créateur et propriétaire	H.T. (langues)	34	15
Bi	M	36	Gérant	Créateur et propriétaire	T. (BTS)	14	3
Bl	M	43	Dir. Com + prod	Salarié	H.T. (Autodidacte)	21	5
Bo	F	47	Gérante	Créatrice et propriétaire	H.T. (Sc. Eco)	20	6
Ca	M	43	PDG	créateur et actionnaire	H.T. (Dauphine)	12	8
Cl	F	44	Directeur	Créateur et propriétaire	H.T. (bac + 5)	20	20
Co	M	52	Directeur général	Salarié	T. (Et. Supérieures)	26	7
Cq	M	53	Directeur	Créateur et propriétaire	H.T. (Hist. Géo)	30	23
Da	M	48	Directeur	Créateur et propriétaire	T. (Et. Supérieures)	22	15
Di	M	57	Gérant	Salarié	H.T. (Autodidacte)	36	30
El	M	43	Gérant	Créateur prop. (+ famille)	T. (BTS)	16	12
Er	M	43	Directeur	Cr. + salarié + act. min.	H.T. (Doctorat Sc éco)	14	14
Ey	M	41	Gérant	Créateur propriétaire	H.T. Hist. Géo	16	13
Ez	M	45	Directeur	Créateur et propriétaire	H.T. Gestion	8	8
Fo	F	39	Gérante	Créateur et propriétaire	H.T. (Sc. Eco)	9	9
Fu	M	45	Gérant	Salarié	T. (BTS)	23	9
Ga	M	50	Gérant	Créateur prop. (+ famille)	H.T. (Art & métiers)	30	12
Je	M	43	PDG	Créateur et propriétaire	H.T. (bac + 5)	12	12
Int.	S.	Age	Fonction	Statut	Formation	Sec.	Ent.
Jo	F	40	Directeur du TO	Salarié + Act. Minoritaire	T. (BTS)	20	5
Ju	M	55	Directeur	Créateur et propriétaire	H.T. (Autodidacte)	33	26
Kh	M	50	Directeur	Créateur et propriétaire	H.T. (Autodidacte)	31	15
Ki	M	54	Gérant	Créateur et propriétaire	H.T. (Autodidacte)	37	22
La	M	36	Directeur	Créateur et propriétaire	H.T. (gestion)	15	15
Le	M	36	Gérant	Créateur et propriétaire	H.T. (gestion + géo)	8	5
Lv	M	36	Gérant	Créateur et propriétaire	H.T. (bac + 5)	13	2
Ly	M	48	Gérant	Créateur prop. (+ famille)	H.T. (Hist. Géo)	29	29
Me	F	51	Directrice	Créateur prop. (+ famille)	H.T. (Sc. Eco)	30	15
My	M	50	Directrice	Anc. Salarié + associé	T (formation)	30	30
Ng	F	50	Gérante	Créatrice et propriétaire	H.T. (marketing)	10	10
Ni	M	46	PDG	Créateur et propriétaire	H.T. (langues)	14	7
Op	M	66	Gérant	Créateur et propriétaire	H.T. (Autodidacte)	25	17
Or	F	47	Gérante	Créateur prop. (+ famille)	T. (BTS)	15	9
Pe	M	49	Gérant	Salarié	H.T. (marketing)	25	6
Po	F	49	PDG	Créatrice + Act maj (46%)	H.T. (prépa HEC)	29	8
Qu	M	43	Directeur	Créateur et propriétaire	H.T. (gestion)	19	19
Ri	F	45	Gérante	Créatrice et propriétaire	T (BTS)	25	1
Ro	M	30	PDG	Créateur et propriétaire	H.T. (marketing)	12	8
Ry	M	54	PDG	Créateur et propriétaire	H.T. (Autodidacte)	31	31
Sa	M	49	Directeur	Salarié	H.T. (Deug lettres)	34	22
So	M	38	Directeur	Créatrice + Act maj (50%)	H.T. (gestion)	12	10
St	M	37	Gérant	Créateur et propriétaire	H.T. (Sc. Eco)	13	13
To	M	45	Directeur	Créateur et propriétaire	H.T. (3e Cycle éco)	21	5
Ur	F	52	PDG	Créateur et propriétaire	H.T. (marketing)	19	10
Va	F	44	Gérante	Créateur et propriétaire	H.T. (prépa HEC)	21	15
Vi	M	48	PDG	Créateur et propriétaire	H.T. (langues)	12	12
Xu	M	47	Gérant	Créateur et propriétaire	H.T. (Sc. Eco)	24	19

LEGENDE :

Int. : Interlocuteurs S. : Sexe T. : Tourisme H.T. : Hors Tourisme
 Sec. : Nombre d'année dans le secteur Ent. : Nombre d'année dans l'entreprise

THE FRENCH PARADOX: HOW CAN WE EXPLAIN THE ASSIMILATION OF HEALTH BIOTECHNOLOGIES?

Bertrand PAUGET¹, Xavier PARISOT²

¹European Business School, Paris, France, bertrandpauget@ebs-paris.com

²European Business School, Paris, France

Abstract: *There is in France and more generally in Europe a paradox. In the agro industry business, the use of biotechnology is suspicious and controversy (see for example the emblematic case of GMOs), the subject is little debate in the health sector. Yet, in those two sectors, the production process of biotechnology is the same. How can we explain those differences?*

This article aims to explain the reasons for the acceptance of biotechnology in the business of health. Health professionals interviewed in this study leave use the biotechnology as a tool to improve their practices and benefiting their patients. In doing so, they play a key role to facilitate their consumption by the public.

This article is based on a qualitative and exploratory methodology. Our sample consists of leaders of biotech companies or selling biotechnology and doctors who use them.

Keywords: biotechnology, acceptance, technological assimilation, identity.

JEL Classification Codes: L20, I19

INTRODUCTION

The adaptation of diseases to the drug promotes the emergence of new forms of pathogens increasingly resistant. This phenomenon is causing the rise of new form of infections and loss of effectiveness of antibiotics and antiviral.

The globalization of trade increases the speed and extent of spread of diseases and promoting the transformation of these epidemics pandemics that affect a population so much larger as the example of the "Spanish flu" which made 21 million deaths between 1918 and 1920 (Buisson *et al.*, 2007).

The pharmaceutical industry must develop new active ingredients faster and in greater volume. The adoption of biotechnology has brought production processes suitable for mass consumption and promoted the development of a new strategy for research and development. However, while biotechnologies are in the food sector suspicion and controversy (such as the emblematic case of GMOs), the subject is little debate in the health sector. Yet the production process of biotechnology is the same.

Thus, "Biotechnology is permitted restrictions are in medicine, which cures the disease, then they are dismissed without nuances in agriculture, which might cause. It is a cultural bias quite revealing. The European agrees to include in his body on medical prescription which he refuses to find the plate. Which enters into its veins by injection would be less dangerous than what passes through his stomach." (Neiryneck, 2005).

Medical applications were assimilated rapidly, agricultural applications have been subject to investigations, consultations and public debates and the moratorium still prevents their use

¹ Professor of management, Ph.D.

² Associate professor, Ph.D.

(Neiryneck, *ibid.*). Even when medical biotechnology has been under discussion before use (Claeys et Huriet, 2000), as in the case of research on embryonic stem cells, this has rarely been followed by a ban (Milon, 2006).

In the debate on agricultural biotechnology, the weight of inputs and the dangers are not treated equally. Potential risks monopolize all the attention and obliterates the potential profits. While in the case of so-called red biotechnology (or health), the therapeutic benefits weigh very heavy in the decision to use. This is reflected in the absence of studies specifically examining the acceptance of red biotechnology. This article therefore proposes to establish a first grid explaining this phenomenon.

We seek to explore why the use of red biotechnology is no debate. We thus postulate that the approach is determined by their professional identity (Dubar, 2002): identity of a sectoral, identity associated with the manufacture of biotechnology on the other.

We focused on the relation between the producers of biotechnology with health professionals (ie the relationships Business to Business) as a part of an exploratory qualitative study based on ten interviews.

We conclude that over the identity of actors is being questioned over the controversy on the dangers of biotechnology, including bio drugs, appears. It is in this sense a contamination of the debate on GMOs in the health sector. The assimilation of the innovation process could be affected at a time when it appears crucial to face the global warming & health epidemic are increasing.

I. LITTERACY OVERVIEW

Red biotechnology applications are very diverse. However, they have in common the requirement to meet the standards of quality and safety defined by the public health code. These parameters are controlled by the AFSSAPS in the authorization process of placing on the market in France. Medicines derived from biotechnology and biopharmaceuticals are currently the main market segment of red biotechnology in terms of turnover. From producer to consumer, the actors involved are the laboratories, drug companies, the distributors and wholesalers, hospital and other distributors, health professionals (mainly doctors who prescribe the drugs) and patients.

Strong relationships are essential especially in the innovation process. Thus, researchers working with the hospital to test the efficacy of new active ingredients, patients' associations support research, industry working with surgeons to improve their tools, their materials, their techniques, the finance large private laboratories of R & D programs in the public sector ... Advances in medical biotechnology is therefore characterized by a strong interdependence of the actors. Their relationship is essential to allow or not the assimilation of biotechnology in society.

The concept of relationship seems to be of some evidence: Clarkson (1995) quote "It is the first condition of being human. It is so obvious that it is frequently taken for granted, and so mysterious that many . . . have made it a focal point of a lifetime's preoccupying passion".

However, it is often the process around the relationship that are used rather than the relationship itself or the actors who mobilize as outlined in earlier work (Pauget, 2006, Grenier and Pauguet, 2006). Thus, the scope of the strategy involves the concepts of coordination, cooperation, the ethos of the anthropology, sociology those with experience, and the social norms...

More recently, the concept of social network (Degen and Forse, 1994) has highlighted the ability of actors to use these relations. The social network has an intensity (Ahuja, 2000, Lemieux 1999), a direction (Coleman, 1989). However, very little is said about the content of the relationship.

We postulate that this relationship is the foundation on which you can build acceptance of red biotechnology. We are using the concept of professional identity (Dubar, 2002). The choice of this concept can be controversial. It was indeed possible to use previous work on recognition of physicians to their environment (Strauss, 1992) to analyze the relationship of physicians with other actors.

In doing so, we would have relegated the producers of biotechnology to a subordinate place, which we believe is not their own. We have therefore preferred to make the opposite choice on more particular producers of biotechnology in their relations with doctors. Identity is perceived at the individual and collective effort as a general representation and positioning of actors in relation to individual goals, group or organization. The identity "is linked to the membership of certain social groups and the emotional and evaluative significance resulting from this membership" (Tajfel, 1992). We postulate that the identity, and more particularly the one related to his profession, is the content structure of the relationship. It gives a sense and a direction to the relationship.

Indeed, as we have previously stated in our previous work (Pauget, 2008), an actor creates and maintains a relationship, not with a view to achieving a common but according to his desire to be recognized. To achieve this recognition, it remains in the group or separates. The sense of belonging created by the creation of identity is reflected in what Halbwachs is defining by the word "thinking with others" (1994). But it is not possible to reduce the phenomenon of identity to the sense of belonging. There is indeed an adaptation of the actor in the process of building the relationship through the mobilization of an identity for himself (how am I positioned in relation to others, Mead, 1934). In addition, any relationship involves a contact with each other and therefore an identity to others (what a picture of me the other me back).

Dubar summarizes this approach in a grid that we mobilize in this article.

The main characteristic of red biotechnology is the way was built manufacturing processes using biotechnologies. They are highly relational. However, two essential peculiarities influencing professional identity of the actors producing or using biotechnology can be used in relation to the literature:

- The first is the technical nature of biotechnology. "They are [...] based on cutting-edge scientific advances in biochemistry, cell biology, microbiology, process engineering and are characteristic of a high-tech industry". (Hache, 2005). Their development has helped to meet the needs of industrial innovation in adapting to the sectors in which they were mobilized. This technicality is associated with a moral. Initially, biotechnology was seen as a possible way to increase the happiness of mankind. They were seen as able to help solve the problems of population, food, health and environment (Bud, 1993; Debru, 2003). This vision still corresponded to that of the philosophers of the Enlightenment: scientific progress should contribute to the progress and happiness of a civilization. If of course, these certainties have been largely depleted, they nevertheless continue to be used as arguments in favour of biotechnology.
- The second characteristic is that they are at work in the private capitalist sector. They are therefore determined by the rules that govern this type of economy: search for profitability, development applied to the marketing of new innovative products, speculation.

II. METHODOLOGY

Our field of study lies in the health sector that uses biotechnology. We use the case method (Yin, 1991) in that it allows to integrate the economic and social weight and to better understand the specific organizations that have participated in our study. Our approach is based on a modest inductive approach, we used primary and secondary data.

The primary data consist of semi-structured interviews (see annex). They were recorded and transcribed so as to understand why biotechnology is being used without much friction or polemics. To this end, we had a total of ten interviews from ten different organizations. These are:

- Five companies that are national manufacturer of bio products. We interviewed each of the CEI directly concerned with the problem of assimilation of biotechnology on the market. Their companies produce bio products to the health sector

- Five doctors in charge of hospital or clinical services that all use bio (mainly drugs and prostheses). They are all located in the north-eastern France. The choice fell on those responsible for services because we believe they were best able to take a comprehensive view of their responsibility to share the use of biotechnology in medical practice. Several specialties are represented, including cardiology, surgery (especially gastrointestinal), obstetrics.

The questionnaire was the same because we have built a sufficiently general to allow the expression of views which enlighten us in different ways but methodologically comparable vision of biotechnology in the health sector. We want to understand, certainly ever exploratory how actors produce and use biotechnology for their assimilation.

Our study focuses on the producers (the biotech companies on the one hand) and physicians who are intermediate users of biotechnology. We analyze as well the "Business to Business" (B to B) the first part of the value chain of the drug. We postulate that in this phase that we can better analyze why the use is not a problem to producers and to health professionals. We analyzed the data and coded interviews according to the approach advocated by Miles and Huberman (1991).

Our coding is formed by a matrix to determine the nature of professional identity for oneself or others against the two other variables influencing the biotechnology sector.

Our secondary data consist of various materials. They both study reports parliamentary studies Inserm as brochures or pharmaceutical analysis ... This data can be divided: those dealing with the production of biotechnology in the health sector of a share and use their assimilation by the general public. They complement our primary data.

This approach is part of a larger research project including end users, (patients) to gather their perceptions on these innovative products. Data were collected among the general public (ten) to the point against our assumptions and analysis but they were not included in this article. This research project considers biotechnology as an autonomous business ecosystem and whose codes and relational models deviate sometimes practices commonly accepted by society. Our posture intervention research (David, 2000) aims to reduce the gap to allow the expression of an informed debate in society and not dogmatic about the use of biotechnology.

III. RESULTS AND DISCUSSION

We note that there is in the light of our results two fields that can explain the assimilation of red biotechnology in society: the first is related to the changing structure of the health sector, the second based on the perception that producers and doctors of nature bioproduct they are from their point of view, a new range of tools among others.

The structuring of the health sector made strong interdependencies was built around the figure of the doctor. In our interviews, they develop a discourse that is taken by producers of biotechnology, which revolves around the regulatory field of health. From this fact, the majority of respondents, it is not possible to do "anything" (Excerpt from interview). The use of bio is not regarded more or less dangerous than other products.

On the ethical level, the importance of perceived risk is assessed according to specialty physicians and the sphere of application of bio-considered. Thus, cardiac and digestive surgery,

doctors appear less affected by ethical issues in obstetrics. Regarding drugs, the origin of the active ingredient is described as negligible in terms of the effectiveness of treatment. Thus, in practice, very few perceived differences appear between the use of bio products and use of products. What is important primarily for the doctor, the quality of the relationship with the patient and comfort meet the technology used. One doctor summed up this thinking: "I would say that I work in a specialty in which the biotechnology ... including the use of biotechnology does not lead to a debate too ... uh ... an ethical debate. In the sense that the ... in treating cardiac arrhythmias, one of the arteries leads uh ... there is not too much trouble. After if you start in obstetrics or medical specialties other than.. uh .. we can have an ethical debate that is much more important and more difficult. The only ethical debate that you can have the use of biomaterials in cardiology is to know at what age it should stop, how far to go. But this is not the product itself that is at issue is the use in some people. ...So there are some products of biotechnology which begs the question of the use in general "(Excerpt from interview, Doctor 1).

Unlike the agricultural biotechnology sector, where lack of trust among stakeholders leading to the expression of extreme positions, postures recorded among participants in this study are rather homogeneous whether producers or doctors. Doctors say they are confident in a relatively protective medical sector without ignoring the potential risks are an inappropriate use of bioproducts, "Yes, everything that is effective, the same adage in medicine, all that is as for drugs, all that is very efficient and also potentially very dangerous. The more you are efficient, we can act and it is potentially more dangerous. "(Excerpt from interview, Doctor 2).

This insurance prescribing is justified by the strong dependence of designers bio product doctors and hospitals. Indeed, an interaction of these actors is essential to development and the development of new therapies. Combined with strong regulatory constraints, these reassure doctors about the quality and safety of treatments they prescribe: "The information is much more ... they can not give information in the same way ... it's pretty regulated. But to meet and possibly on hand to explain things, it can be easily "(Excerpt from interview, Doctor 3).

In logic of business to business ", the physicians who prescribes, play a central role as they determine which products should be used under what circumstances. They are the ones who shape the discourse that there are almost equivalent with the producers of biotechnology.

However, the purpose of these manufacturers, mainly for specialists, is technical. It combines the advantages of bio with the needs of prescribing physicians. Of all respondents, distributed bio products are indicated for the treatment of diseases with high unmet need previously (vaccines, cancer, infectious diseases, autoimmune diseases, and bio-compatible implantable). When intellectual property rights exist, they make the captive market of users. It is therefore, the only therapeutic option available, the best alternative technique developed. The discourse of producers who have understood that this generates a strong attractiveness for bio, focuses on the contributions of their innovations. In their relationships with prescribers, these benefits are the cornerstone of the marketing strategy used by pharmaceutical. This action is sometimes reinforced by the organization of visits to plants greatly appreciated by physicians.

Based on our study, it is difficult to determine the scope and intensity of interaction between producers and doctors on the postures adopted. Despite a higher level of extension, doctors have a perception of biotechnology similar to the growers. This result reflects the complete assimilation of medical biotechnology available in professional practices. In addition, doctors and producers develop biotechnology as a toolbox that improves health. The use of this instrument is characterized by the mobilization of three types of arguments:

- 1) Biotechnology is old and therefore inherently low emissions. The decline can predict the side effects listed or against their use: "The first manipulation biotechnology ... we are acquired when it was ... when we studied the embryogenesis and when we examined the histology [...] because already at that time then, but I speak of 60 years, they are

- "manipulation" that did. So I feel what is called biotechnology currently is a small industrial side, it may be a little pejorative, but it is my feeling. But as a purist, I would say we have done already biotechnological manipulations, although there are 50 "(Excerpt from interview, Doctor 3).
- 2) The biotechnology companies are involved in scientific and technical development. In this sense, it perpetuates the scientist view of science promoted by the Enlightenment over biotechnology scientists are, the more they can find new therapeutic approaches, more progress resulting benefit to patients. Doctors echo of this vision: "Uh, I mean by this that there was a shift from a technique that lasted 17 or 18 centuries and a century it has become a science and medicine in half a century scientific medicine hyper, hyper-specialized, avant-garde ... "(Excerpt from interview, Doctor 3).
 - 3) The third argument is more specifically used by the producers because it is oriented towards the needs of clients according to a capital "to health which seems logical, we have a number of drugs that may be produced either by bacteria or plants [...] if we have new technologies to modify plants, bah, so you can acquire new characteristics that may be useful in terms of production, in terms of approach, in terms conservation [...] So it was useful in relation to it "(Excerpt from interview, Producer 1).

DISCUSSION

Whether from the perspective of both producers and doctors, we were struck by the convergence of speech as if a speech could not emerge from the producers of red biotechnology. Framed largely in a regulated medical field and regulated biotechnology are to them one more tool in a therapeutic practice for patients. Considering the use, doctors and producers think exactly the same thing.

For doctors, biotechnology is a toolkit that assists and improves their medical practice. Biotechnology does not transform their professional identity inherited from their work: it is an identity for itself that is mobilized.

In contrast, producers mobilize others for an identity oriented towards the organization of production. They can mobilize only very fragmentary speech centred on mastery of the biotechnology sector, like biotechnology did not own a field, but just one field of application for doctors.

In total, the trust relationship that has developed between the practitioners of biotechnology and health professionals focused on the doctor, because it is a legitimate figure. In the health sector, institutions have recovered and institutionalized this link and thus the assimilation of biotechnology.

The new trends:

We note however, both in terms of our secondary sources as primary changes in several ways. First, the status of the physician is weakened (Kervasdoué, 2003). His word is less legitimate. Thus, the nature of drugs prescribed may be questionable. However, the figure of the physician is central to the assimilation of biotechnology.

Secondly, we see a desire among some of producers of biotechnology would "educate" their end users without necessarily going through the intermediary figure yet legitimate doctor. Thus networks laboratories patients are emerging to explain the properties of drugs directly to patients. So is this the case of certain diseases. This aims in a context of welfare state financial crisis, and generic products. However, this discourse underpinned by logic of capital (a marketing vision of health care) creates new relationships and representations, parallel to those we have presented. It seems necessary to explore this avenue of research, not contained in our

exploratory sample to find out how these relationships affect the uptake of biotechnology by patients. They act in addition to or in opposition of the doctor-patient relationship? Do they or do they hinder the assimilation of biotechnology?

Finally, we noted the emergence in our sample of suspicion towards biotechnology. The doctor 4 said this:

"For there any sectors where biotechnology advance that it helps in certain disease and there are other areas where we see it in biotechnology .., can be seen particularly in the sperm in men, is currently fashionable, it became increasingly compared to what the man had a few years ago so we can consider that biotechnology and modern developments currently reducing the number of sperm in humans, we are going to disappear "(extract from interview).

There is a contamination of the debate on agricultural biotechnology to medical biotechnology.

CONCLUSION

In France, our relation to biotechnology is not the same after that we talk about agricultural biotechnology or those related to health. However, there is a paradox that medical biotechnologies are the only ones allowed. We tried to explain this apparent contradiction through this exploratory study.

These are the bodies (physicians) and institutions (hospitals) that allow the medical use of biotechnology. Lived as a therapeutic aid, they are well accepted. But this vision of biotechnology is related to trust in the figure of the doctor. However, it is questioned. We see through the results of our questionnaires, and more broadly through the media debate in France, the debate swirling contaminates agricultural biotechnology field of health. There is a suspicion that emerges vis-à-vis health-related biotechnologies.

However, according to a swing of the pendulum, there is a risk that the stigma affects all red biotechnology. And instead to look at their use on a case by case - and judging from their potential harmfulness all-biotechnology or rejected. What could happen if like the green biotechnology (e.g. GMO), the public refused to eat? What if such a drug was dangerous because it stigmatized was designed and produced from biotechnology?

The model of therapeutic innovation of the pharmaceutical industry increasingly relies on the use of biotechnology. The market for medicines derived from molecular biology is experiencing a growth rate in value twice that of the overall market. In 2006, biopharmaceuticals account for 25% of global drug pipeline (Abecassis and Coutinet, 2008). Two times faster than that recorded in the medicines (Leem, 2005), the proliferation of "blockbusters" in biopharmaceuticals is often cited by those interviewed. If societal reasons will challenged the employment of biopharmaceuticals in its entirety, would we be able to imagine alternatives, while the number and recurrence of epidemics or pandemics, accelerating? It is likely that not.

It would therefore seem appropriate to obtain an informed debate and to create a new representation of biotechnology red, less related to legitimate and figures based on knowledge co-constructed by stakeholders. It should nevertheless bear in mind, as pointed out by a doctor that any drug is dangerous or not built from biotechnology, and that any risk can never be excluded. Or do we prefer the biotech scapegoat cathartic rejection of science that has failed in his attempt to become a reality the vision of the progress promised by the philosophical vision of science born in the XVIIIth century?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abecassis P. and Coutinet N., Caractéristiques du marché des médicaments et stratégies des firmes pharmaceutiques. *Horizons Stratégiques*, 7(janvier-mars 2008), 111-139.
2. Ahuja. G., 2000. Collaboration networks, structural holes, and innovation: A longitudinal study, *Administrative Science Quarterly*, 2000, 45, 425-455.

3. Berger P. and Luckman T., 1963. *The social construction of reality : a treatise in the sociology of knowledge*, Anchor Books
4. Bud R., 1993. *The uses of life. A history of Biotechnology*, Cambridge, Cambridge University Press.
5. Buisson Y., Nicand E. and Saliou P. 2007. *La grippe en face*. Xavier Montauban, Paris.
6. Claeys A., and Huriet C., 2000. *Rapport sur le clonage, la thérapie cellulaire et l'utilisation thérapeutique des cellules embryonnaires*, Office Parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, Sénat, Paris.
7. Clarkson M.B., 1995. A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance, *Academy of Management Review*, 20(1), 92-117.
8. Coleman J.S, 1989. Social Capital in the Creation of Human Capital," *American Journal of Sociology*, 94 (supplement), pp. 95-120
9. David A. Hatchuel A. and Laufer R., 2000. *Les nouvelles fondations des sciences de gestion : épistémologie de la recherche en management*, FNGE.
10. Debru C., 2003. *Le possible et les biotechnologies*. Presses Universitaires de France, Paris.
11. Degenne, A. and Forsé, M., 1994. *Les réseaux sociaux*, Colin
12. Dubar C., 2002. *La socialisation*, Coll. « U », Colin, (3^{ème} édition)
13. Grenier C. and Pauget B., 2006. La création de connaissance dans des réseaux d'acteurs professionnels : l'impact de la connaissance relationnelle sur la connaissance relationnelle, *Gestion 2000*, 4, 43-67.
14. Hache J., 2005. *Les Enjeux des Biotechnologies*, EMS, Paris.
15. Halbwachs M., 1994. *Les cadres sociaux de la mémoire*, Albain Michel.
16. Kervadsoué J.D.E., 2003. *La crise des professions de santé*, Dunod.
17. Larcon J.P et Reitter R., 1979. L'identité de l'entreprise, un facteur clé de sa survie, *Direction et Gestion*, 3, 1979, 11-16.
18. Leem and Arthur D. Little, 2005. *Optimisation de l'attractivité de la France pour la production biologique*, Leem, Paris.
19. Leem Biotech and Génopole, 2008. *Bioproduction 2008, Etat des lieux et recommandations pour l'attractivité de la France*, Leem, Paris.
20. Lemieux V., 1999. *Les réseaux d'acteurs sociaux*, Presses Universitaires de France.
21. Mead H.G., 1934. *Mind, self and society*, University of Chicago Press.
22. Miles M. and Huberman A., 1991. *Analyse des données qualitatives - recueil de nouvelles méthodes*, De Boeck Université.
23. Milon A., 2006. *Accélérer l'application de la loi de bioéthique : une nécessité pour le progrès thérapeutique*, Rapport n°309, Sénat, Paris.
24. Neiryneck J., 2005. *Science est conscience : Le cas du génie génétique*. Presse Polytechnique Romande.
25. Pauget B., 2006. *La connaissance relationnelle comme aide à la compréhension et à la structuration d'une organisation*, Thèse de Doctorat.
26. Pauget B., 2008. Collective and organizational memory : a new knowledge for institutions in French health care ?, 2nd *ISRICH conference*, Saint-Petersbourg, 8-10 may 2008.
27. Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B. and Wiener C., 1992. « Maladie et trajectoires », in Strauss A. *La trame de la négociation – sociologie qualitative et interactionnisme*, 143-190, L'Harmattan.
28. Tajfel H., 1992. « la catégorisation sociale », In Moscovisci, S., *Introduction à la psychologie sociale*, 1, 272-302, Larousse.
29. Yin R., 1991. Case study research - design and methods, *Applied Social Research Methods Series*, 5, Sage Publications.

Annexe 1

A propos de vous

Q1 Quelle est votre profession?				
Q2 Quel est votre âge ?				
Q3 Quelle est la date de votre entrée dans les biotechnologies ?				
Q4 Quelle est la date de votre entrée dans votre société ?				
Q5 Depuis quand travaille-t-elle dans les biotechnologies ?				
Q6a Comment avez-vous connu les biotechnologies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Par un professionnel	Par	Par	Autre :

Q6b Quelles sont vos fonctions au sein de votre entreprise ?				
Q6c Exercez vous d'autres fonctions ?	Membre d'un autre conseil d'administration	<input type="checkbox"/>		
	Elu des chambres de commerces et d'industrie	<input type="checkbox"/>		
	Membre d'une association	<input type="checkbox"/>		
	Représentant du personnel	<input type="checkbox"/>		
	Autre(s), Précisez :	<input type="checkbox"/>		
Q7 – Exercez vous une autre fonction dans les biotechnologies ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Q7 a : Si oui préciser :				
Q7b – Avez-vous quitté l'une de ces fonctions ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Q8a -Si oui, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)	8-1 Par contraintes de temps	<input type="checkbox"/>		
	8-2 Par éthique personnelle	<input type="checkbox"/>		
	8-3 Par désaccord personnel	<input type="checkbox"/>		
	8-4 Autre(s), Précisez :	<input type="checkbox"/>		

A propos des biotechnologies

Comment d'une manière générale jugez vous les biotechnologies ?				
Q9 – Pensez vous que les biotechnologies soient bénéfiques pour l'Homme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui

Q10 Comment définiriez vous les biotechnologies ?				
---------------------------------------------------	--	--	--	--

Q11 – Utilise-t-on les biotechnologies dans le secteur de ?				
A – L'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NON	Plutôt non	Plutôt oui	OUI
B – Le transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NON	Plutôt non	Plutôt oui	OUI
C – La santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NON	Plutôt non	Plutôt oui	OUI
D - l'agro alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NON	Plutôt non	Plutôt oui	OUI
Q12 Pourquoi utilise-t-on les biotechnologies dans ces secteurs d'activités ?				

Le questionnaire total représente six pages et cinquante et une question. Certaines questions contiennent des sous thème ou de multiples réponses comme dans le cas de la question 11. L'ensemble s'articule autour des trois variables retenues dans notre article (Cf. partie I).

THE ROLE OF RELATIONAL COMPETENCE IN THE HEALTHCARE SECTOR

Bertrand PAUGET¹, Mathieu CABROL²

¹European Business School, Paris, France, bertrandpauget@ebs-paris.com

²Université de Savoie, IAE, Chambéry, France

Abstract: *The role of entrepreneurs is highly regarded in our societies. It is widely recognized that their roles are not limited to the private sector, but can affect all sectors of the economy. In view of this, we focus on entrepreneurs acting in the healthcare sector. We concentrate more particularly on these entrepreneurs' specific competences. We propose to conceptualise the concept of relational competence, defined as the act of building and structuring relationships in order to adapt and innovate in a given environment. The aim of this exploratory study is to better understand why this type of competence is expected on the construction site of a new hospital in France.*

Keywords: entrepreneur, relational processes, relational competence, hospital, healthcare system.

JEL Classification Codes: L20, L26

INTRODUCTION

Entrepreneurship is no longer limited to the sphere of private enterprise. There are not, on the one hand, private sector entrepreneurs, and, on the other, public sector entrepreneurs (Johnson, 2000), as shown by the emergence of a vast body of literature on social entrepreneurship (Wallace, 1999). Social entrepreneurship appears a specific form of entrepreneurship underpinned by a will to replace the welfare state (Bayad, Boughattas, Schmitt, 2006).

However, social entrepreneurship leaves the question of public sector entrepreneurship and its specificities unresolved. What does it mean to act entrepreneurially when one works in a large public institution?

This question is all the more relevant since the healthcare sector is highly regulated, and the place for entrepreneurship may seem limited, or even non-existent. This may explain the relative paucity of the literature on the topic.

Entrepreneurship is often considered as a career requiring specific competences. The role of the entrepreneur consists in the "*capacity to anticipate changes in the environment in order to act proactively, a capacity for change, which is recognized as a key success factor*" (Davidsson, 1989).

According to Chandler & Jansen (1992), entrepreneurs can be described based on the three main competences they must possess (entrepreneurial, managerial, and technical-functional):

- the ability to detect and capture opportunities,
- the ability to work and master specific tools, especially technological tools,

¹ Professeur de management, Ph.D.

² Maître de conférences, Ph.D.

- and the cognitive ability to coordinate the firm's interests and activities, implying the capacity to manage individuals and use a social network.

For Lavolette & Loue (2006), entrepreneurs' competences can be internal (strategic and managerial) as well as external (opportunism, ability to use the best technological tools – when they have not invented them). However, this set of skills is not totally adequate when considering entrepreneurs in the healthcare sector. Indeed, while the social and economic aspects seem to be inherent dimensions of all entrepreneurs' relationships (Johannisson & Monsted, 1997, Smida & Khelil, 2010), we believe that the nature of the relation in itself can be of interest. For Ostgaard & Birley (1994), the entrepreneur's social network is his or her most important resource. We believe it is necessary to go a step further in this approach in the specific context of the healthcare sector. Jobs in healthcare are structured by relations between colleagues and/or patients (Demailly, 2008). Consequently, the distinctive characteristic of healthcare entrepreneurship seems to be its relational dimension, but not only in terms of developing social networks.

With this in mind, we focus more specifically on the entrepreneur's role, and in particular his or her capacity to mobilise relationships. Our premise is that there is such a thing as relational competence, and putting it to good use may partly explain the success or failure of entrepreneurial events in the healthcare sector. We first propose to operationalise a relational competence analysis framework before contributing our early observations of a unique case requiring the deployment of such competences: the building of a new hospital.

1. LITERATURE REVIEW

We will first present the traditional competences required of "relational entrepreneurs", and specifically the ability to use and develop a social network. Then, after defining what we mean by relational competence, we will explain why this construct can help overcome the limitations of the social network approach.

1.1. Why relational competence is more than the capacity to develop social networks: contributions and specificities of relational competence

The importance of social networks in entrepreneurship literature

Initiating and developing entrepreneurial activities is a highly resource-consuming process. In this light, social networks are often viewed as a way to make up for the lack of resources and access specific assets required by organisations (Vesper, 1990). It is also widely admitted that the necessary information to start a new venture is often accessed through a network of friends and acquaintances (Johannisson, 1987). For all these reasons, the notion of network defined by Dubini & Aldrich (1991) as "*patterned relationships between individuals, groups, and organisations*", is prevalent in the research on entrepreneurial processes.

The entrepreneur's personal network is important throughout the entrepreneurial process: from the entrepreneurial idea to its transformation into a project, within a new or existing organisation. Consequently, some authors consider networks to be the reason why some individuals start new ventures, while others do not (Aldrich & Zimmer, 1986; Johannisson, 1987). Personal networks relate to the personal ties formed by entrepreneurs, which often combine social and business aspects (Johannisson, 1996). This relational perspective of entrepreneurship implies the uniqueness of the set of relationships thus formed, since two persons engaging in a mutually committing relationship bring their own specific history and expectations (Monsted & Johannisson, 1997). The entrepreneur's personal network may thus evolve into a structured set of strong and weak ties, which then become structured between the entrepreneur and his or her network. Entrepreneurs, through interactions with their network, will develop a specific

competence towards the activation and reinforcement of the network ties, that is to say the capacity to develop and maintain relationships in their personal environment. Entrepreneurs can thus develop a form of relational competence within the emergent or existing organisation.

The transformation of personal networks into organisational multi-viewpoint networks

For Johannisson et al. (1994), the separation between interpersonal and inter-organisational exchanges is no longer relevant in entrepreneurship research. In many ways, the entrepreneur *is* the firm, which means that, in practice, he or she must personally integrate the various economic and social dimensions of the network. Accordingly, entrepreneurship research on entrepreneurs' personal networks generally combines the study of both informal and formal ties between individuals as well as ties between individuals and organisations in their environment.

The network approach to entrepreneurship highlights how entrepreneurs are 'embedded' in social contexts, which can be sources of inhibition, guidance, or support, depending on their position in the social networks concerned (Aldrich & Zimmer 1986; Granovetter, 1992). Networking is not the sole doing of the entrepreneurial individual, it can also stem from the members of the organisation. For Dubini & Aldrich (1991), seizing opportunities is not solely down to the entrepreneur, since the firm as a whole can develop an awareness of its environment, thus allowing for a better monitoring of its territory. In the early stages of entrepreneurial activity, there is consequently no need to distinguish between personal and inter-organisational networks, as they merge and enrich one another.

In short, *"an entrepreneur's social capital is the added value provided by his/her social network, or in other words, the set of all the ties, strong and/or weak in the sense of Granovetter, established with his/her environment"* (Paturel et al., 2005). The concept of social network (Lazega, 1994) highlights the capacity of actors to use these relationships. Networks are characterised by intensity (Lemieux, 1999), and direction (Coleman, 1989). However, few works have addressed the contents of the relationship. We therefore intend to explore this aspect in order to better understand how the ability to utilise relationships (and more specifically their contents) can affect the organisation and the entrepreneur.

1.2. Early difficulties in operationalising relational competence: a definitional issue

The notion of relationship can sometimes be regarded as something too obvious, so much so that Clarkson (1995) states *"It is the first condition of being human. It is so obvious that it is frequently taken for granted, and so mysterious that many... have made it a focal point of a lifetime's preoccupying passion"*. Nevertheless, more often than not, the focus is on the processes surrounding relationships, rather than the relationships themselves or how actors use them. Thus, while the field of strategy refers to concepts of coordination and cooperation within the network, anthropology uses the concept of ethos, and sociology that of experience, norms and deviances, or even social ties.

1.3. Definition of relational competence

The term of relational competence has already been used in the literature (Persais, 2004). One stream of research focuses more particularly on key actors' strategies to sustain and develop these relational competences that constitute competitive advantages for the organisation (Froehlicher et al., 2003). Several subsets of competences are identified, such as the relations with the environment in the broadest sense (including end consumers – Abecassis-Moedas & Benghosi, 2004), as used by strategic actors in order to increase the organisation's performance. Organisations can also utilise relational competence to increase their selling capabilities (Geiger & Turley, 2006; Gardès & Maque, 2009).

However, this perspective seems to underestimate the relational game in which actors are involved, as well as the variety of actions that entrepreneurs can initiate (Combes, 2002) in the process of starting a new venture or project. During these phases of the organisation's life cycle, the competence to use and reinforce social interactions can be crucial (Grenier & Pauget, 2006). Relational competence results from the combination of two terms. Competence is generally regarded as a combination of knowledge, know-how and interpersonal skills (Le Boterf, 1994, p. 175; Tremblay & Sire, 1999). We prefer to view competence as the "*capacity to solve a given problem in a given context*" (Michel & Ledru, 1991). The notion of relationship is understood in its usual sense, as "*an emotional or other connection between people*" (*Random House Dictionary*). For Hatchuel et al. (2000 : 33), the notion of relationship is a form of "*knowledge about what connects people, and a condition bearing on every individual's knowledge*", it contributes to the creation and maintenance of relational systems between actors, and gives coherence and meaning to the fact of acting together in the organisation.

The "strategic-actor perspective" (Sainsaulieu et al., 1994) focuses on what strategic resources can be mobilised by actors in an organisation. This approach has been acknowledged in Management Science by Rouleau & Mounoud (1998) for whom "*the strategic actor of the 1990s can be occasional, emergent, constrained, threatened. He may also be an interface actor, or a controlling authority, depending on the position held in the global economy's characteristic structural mutations*". There are social competences capable of going beyond these networks; they require entrepreneurs to know and understand the relational rules, that is to say where exactly to position themselves between actors. For Segal (2005) "*If we perceive 'interpersonal skills' as a particular form of qualification, it is easier to visualize from what social construction process they originate*".

By combining the insights of these two terms, we define relational competence as the use of a capacity in order to build and structure a relationship so as to adapt (and innovate) with regard to others. We thus concur with the definitions of Munier (2006) and Kokou-Dokou & Gourdont-Cabaret (2006) who note that "*relational competences relate to takeover-entrepreneurs' ability to commit to certain key functions of the firm and construct information and/or collaborative links with the current employees, external partners, and support structures throughout the three main stages of the project: before, during and after the takeover. This ability is what gives entrepreneurs real entrepreneurial skills*". It really is the takeover-entrepreneur's ability to construct links and develop relations that enables him or her to succeed in the entrepreneurial activity.

1.4. Operationalisation and analysis framework

By summarizing the approaches described above and based on the works of Orlikowski (2002: 257), we consider that relational competence is the competence to build, structure and adapt one's relationships with others.

- **Relationship-building:** individuals possess knowledge-based competences resulting from their practice of building interpersonal relationships. This part is consistent with what has been written in the literature on social networks: all entrepreneurs create relationships but what makes them different is their ability to structure and nurture them.

- **Structuring:** the ability to structure a relationship is a two-way phenomenon. On the one hand, it refers to the competence to socialize various actors' to a vision of what the relation should be (Dubet, 2002). On the other hand, it refers to the main actor's ability to institutionalise this vision of the relation through the establishment of organisational rules and norms (Alter, 2003), in order to diffuse it throughout the organisation and maintain it in the long term. Once crystallized, the relationship thus established enables actors to identify with the organisation.

- **Adapting:** relations are always embedded in a specific context (Milburn, 2002). Each protagonist must know his or her particular role. Entrepreneurs who understand the ins and outs of relational alignment can determine the scope of their intervention: they know how to adapt to other actors and so to the environment. Relational competence therefore relates to the way in which actors, through their interactions, can build, structure and modify relationships. It is the combination of these three factors that we will examine as they determine the success or failure of healthcare entrepreneurs.

2. METHOD AND EPISTEMOLOGY

Our method first consisted in locating informants, in the anthropological sense (Laplantine, 1998, Kilani, 2009), that is to say people who could give us access to the entrepreneurial logic of the project and the relational competences required of the various actors. The researchers involved in the project follow the principles of participatory action-research (Lewin, 1956). The research project all started in the context of another intervention in the same hospital, when one of the researchers met the vice director in charge of the project. This person constitutes an informant in the ethnographical sense: he provides contacts and explains the way in which the hospital and the project operate. We are currently collecting data (January 2011) in order to understand the relational issues underpinning the project. This is the prerequisite before conducting one-hour qualitative interviews in the spring with the main actors who possess such relational competences and/or are likely to explain them.

The researchers are working in the context of a one-year (renewable) partnership with the hospital. This research lies within the framework of a more general audit on relational practices in the new hospital (influence of networks, knowledge produced, actor strategies).

3. PRESENTATION OF THE RESEARCH CASE AND RESEARCH PERSPECTIVES: CAN RELATIONAL COMPETENCE BE APPLIED TO THE HEALTHCARE SECTOR?

Our research concerns a unique case, that of a French hospital. In 2009 the construction of new premises began. By 2015 the future hospital will accommodate all the health services that are today provided by two distinct hospitals over six different sites.

The hospital is located in a city of 300,000 inhabitants. With the influx of new inhabitants due to its proximity to Paris and the ageing population, demand for healthcare over the next quarter of a century should increase by more than 30 percent. Contrary to the rest of France, this demand does not only concern gerontology, but also obstetric-gynaecology and surgery among other services.

The new hospital will be spread over 205,000m² with over 1100 beds and 3900 staff. It has been certified as a High Environmental Quality building (*Haute Qualité Environnementale – HQE*). In concrete terms, during construction the hospital is committed to limiting its environmental impact (limiting noise pollution, installing a waste recycling centre, producing its own concrete on site in order to reduce pointless transport of materials, etc.). *In fine*, this certification guarantees that the new buildings will be more economical in terms of energy consumption. The directors have made the conscious and explicit choice of creating a new architectural design that does not currently exist in France. The most recently built large hospitals date back to the 1970s. The design decisions at the time were not concerned with ecological considerations but with how to treat the largest number of patients under the same roof in order to rationalize the buildings (for example the *Mondor* hospital on the outskirts of Paris is emblematic of this period).

The creation of this construction site has forced the hospital to formalize sooner than expected the establishment's medical development plan. The creation of new premises made it necessary

to rethink the hitherto organisation of space as well as organisational and functional priorities: which services should be privileged? Following what principles?

As a whole, this case can be considered entrepreneurial. Indeed, the construction site is managed following a project-based approach, with a dedicated and multi-skilled team, working jointly at the development of a new activity and the construction of the new hospital. The reorganisation of the buildings, the rethinking of the hospital's medical development plan and the integration of new actors (construction engineers, city hall, etc.) are all undertaken conjointly.

The decision-making teams have benefited from a great freedom to act and make entrepreneurial decisions. There was a will on behalf of the hospital to innovate regarding the rethinking of services and of the links between them by creating new functions dedicated to the construction of the new building.

The new hospital is currently under construction. The first bricks were laid mid-2010. At the time of writing, the first phase of construction is underway. The entrepreneurial project is evolving with the ups and downs of the construction, with more than 1,000 people working simultaneously on the site. This is the beginning of a five-year project. The simultaneous presence of extremely different professions to those involved in healthcare has caused several relational problems when trying to understand one another, trying to speak the same language as it were. This constitutes an initial requirement for competences in order to understand one another and cooperate. This is the first relational competence that must be operationalised.

Beyond the construction aspect of the case, which may well modify our findings, it seems that there really is a relational competence that is specific to the medical sector. Indeed, as is underlined in much of the literature (Demailly, 2008), the healthcare sector is very much centred on relational practices: the core activity of healthcare professions consists in dealing with people. Furthermore, socio-cultural patterns have led to a strategic construction of relations in this sector. There is a strategic challenge in how relations are established in the sense of Crozier and Friedberg (1977), which determines the orientation given to relational competence.

So far, two entrepreneurial figures have been identified. One is the former director of the hospital who retired at the beginning of 2010. He was the instigator of the new hospital. The other is the vice director in charge of the project: his role must combine both the hospital organisational logic and the management of the construction site, and as a result, he has played an important role in the decision to embark on the high environmental quality certification process.

We are currently collecting data. It appears that the "relationship-building" competence has quickly given way to the "structuring" competence. This structuring dimension seems to go beyond the traditional process in which the social network is first constructed and then institutionalised. On the contrary, from what we have been able to observe, the core of the relational competence in this particular case seems to be its capacity to structure.

Perhaps we can see in this the will to create new types of relationships. Kervadoué (2003) stated that the healthcare sector was in crisis. Our work rather suggests that there is a will to reinvent the professions and services in the healthcare sector, but that these innovations are not formally managed. The entrepreneurial approach may lead to a certain recognition for these initiatives, by using and developing relational competence as a means to achieve this aim. Is relational competence explicit? How do actors use it to create an entrepreneurial spirit in the healthcare sector?

CONCLUSION

This research paper proposes an analysis in its preliminary phase. However, we felt it important to lay the theoretical foundations of our project. Indeed, while the concept of relational competence is often used in the literature, there have been few attempts to define it.

Our research contribution was to give an overview of the situation before proposing an operational analysis framework, with a view to addressing the following research questions:

- How is relational competence linked to a project-oriented logic?
- How is relational competence linked to hospitals?
- How does it evolve over time?

Indeed, we have noted that few articles propose longitudinal studies (Yin, 1994) on this subject. In addition, the idea of entrepreneurship in the healthcare sector is still relatively new in France.

As a conclusion we hope to further our research by examining the roles of key actors and the explicit competences deployed. This requires a longitudinal study in order to understand which actors decide to act entrepreneurially, during the various phases of the project.

REFERENCES

1. Abecassis-Moedas C. & Benghosi J.P. (2004). Savoirs d'interaction et recomposition des filières de conception, *13^{ème} conférence de l'AIMS*.
2. Aldrich H. & Zimmer C., (1986). Entrepreneurship through social networks. In Sexton D. & Smilor R.W. (Eds), *Art and Science of Entrepreneurship* (p.3-23). Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.
3. Alter N., (2003). *L'innovation ordinaire*. PUF, (2^{ème} ed.).
4. Bayad M., Boughattas Y., Schmitt C. (2006). Démarche d'identification et évaluation : approche par les référentiels de compétence, *5^{ème} congrès international de l'académie de l'entreprenariat*.
5. Chandler, G. N. & E. Jansen (1992). The Founder's Self-assessed Competence and Venture Performance. *Journal of Business Venturing*, 7(3), p.223-235.
6. Clarkson M.B. (1995). A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance. *Academy of Management Review*, 20(1), p.92-117.
7. Coleman J.S. (1989). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94 (supplement), p. 95-120.
8. Combes M.C. (2002). La compétence relationnelle: Une question d'organisation. *Travail et Emploi*, October (issue 92), p. 5-18.
9. Crozier M. Friedberg E. (1977). *L'acteur et le système*, Seuil
10. Davidson P. (1989). *Continued entrepreneurship and small firm growth*, Stockholm school of economics. The Economic Research Institute (EFI).
11. Demailly L. (2008). *Politiques de la relation : approche sociologique des métiers et des activités professionnelles et relationnelles*. Presses universitaires du Septentrion.
12. Dubar C. (2002). *La socialisation*, Coll. « U », Colin, (3^{ème} édition).
13. Froehlicher T. (sous la direction de) (2003). *La compétence relationnelle*, PUN.
14. Gardes M., Maque I. (2009). La compétence relationnelle : une réponse à l'opportunisme des relations banque/entreprise, *18^{ème} Conférence de l'AIMS*.
15. Geiger S., Turley D. (2006). The Perceived Impact of Information Technology on Salespeople's Relational Competencies. *Journal of Marketing Management*, 22, p.827-851.

16. Granovetter M. (1992). Economic institutions as social constructions: a framework for analysis. *Acta Sociologica*, vol. 35, p.3-11.
17. Grenier C., Pauget B. (2006). Les défaillances et les recompositions professionnelles et relationnelles induites par la création de réseaux de santé. *Sociologie et santé*, 26.
18. Hachtuel H. (2000). La recherche intervention, cadre général pour la recherche en management ? In David A., Hatchuel A. & Laufer R. (coordinated by), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion*. Vuibert Fnege, p. 193-213.
19. Holland, T., Ritvo, R., Kovner, A. (1998). *Building Social Competencies, Improving Board Effectiveness*, p.29.
20. Dubini P. & Aldrich H. (1991). Personal and extended networks are central to the entrepreneurial process. *Journal of Business Venturing*, vol.6, p.305-313.
21. Johannisson B. (1987). Anarchists and organizers – entrepreneurs in a network perspective. *International Studies of Management and Organisation*, vol.17, p.49-63.
22. Johannisson B. (1996). The dynamics of entrepreneurial networks. *Frontiers of Entrepreneurship Research*, conference proceedings.
23. Johannisson B., Monsted M. (1997). Contextualizing entrepreneurial networking – The case of Scandinavia. *International Studies of Management and Organization*, vol.27, n° 3, p.109-136.
24. Johannisson B., Alexanderson K.N. & Senneseth (2004). Beyond anarchy and organization: entrepreneurs in contextual networks. *Entrepreneurship and Regional Development*, vol.6, p.329-356.
25. Johnson S. (2000). Literature review on Social Entrepreneurship. Working Paper, Canadian Centre for social entrepreneurship, p.1-16.
26. Kervadsoué J. de. (Ed.) (2003). *La crise des professions de santé*. Dunod
27. Kilani (M.), (2009). *Anthropologie du local au global*. Coll. « U » Colin
28. Kokou-Dokou G., Gourdon Cabaret D. (2006). Les compétences relationnelles comme source de la réussite de la reprise des PME. *Journée G. Doriot*, Deauville 16 & 17 mars, 2006.
29. Laplantine F. (1998). *L'anthropologie*. Payot.
30. Lazega E. (1994). Réseaux et sociologie des organisations. *Revue française de sociologie*, XXXV, p.293-320.
31. Laviolette E.M., Loue C. (2006). Les compétences entrepreneuriales : définition et construction d'un référentiel. 8^{ème} journée des CIFPME.
32. Lemieux V. (1999). *Les réseaux d'acteurs sociaux*. Presses Universitaires de France.
33. Lewin K., (1956), Kurt Lewin, *Frontiers in Group Dynamics*, reed.
34. Marshall D., Reid C., Ambrose E., Linch C. (2006). Understanding relational competence. *12th EurOMA Conference* San Diego.
35. Michel S. Ledru M. (1991). *Capital Compétence dans l'Entreprise. Une approche cognitive*. Paris : ESF éditeur.
36. Milburn PH. (2002). *La médiation : expérience et compétence*. Ed. La Découverte.
37. Munier. F. (2006). Firm size technological intensity of sector and relational competencies to innovate: evidence from French industrial innovating firms. *Econ. Innov. New Techn.*, vol.15(4/5), June/July, p.493–505.
38. Orlikowski W. (2002). Knowing in practice: enacting a collective capability in distributed organization. *Organization Science*, vol.13, No3, p.249-273.

39. Ostgaard T.A., Birley S. (1994). Personal networks and firm competitive strategy – a strategic or coincidental match ?. *Journal of Business Venturing*, vol. 9, p. 281-305
40. Paturel R., Richomme-Huet K. & De Freyman J., (2005). Du capital social au management relationnel. *XIVème Conférence de l'AIMS*.
41. Persais E. (2004). Les compétences relationnelles peuvent-elles s'avérer stratégiques ? *RFG*, 1, 158.
42. Phan M., Styles, Chris P., Paul G. (2005). Relational competency's role in Southeast Asia business partnerships. *Journal of Business Research*, Feb., vol. 58(2), p.173-184.
43. Paulraj A., Lado A., Chen I.J. (2008). Inter-organizational communication as a relational competency: Antecedents and performance outcomes in collaborative buyer–supplier relationships. *Journal of Operations Management*; Jan., vol.26(1), p.45-64.
44. Rouleau L., Mounoud E. (1998). Représentations et compétences sociales au cœur de l'activité stratégique. *7ème Conférence de l'AIMS*.
45. Sainsaulieu R., Piotet F. (1994). *Méthode pour une sociologie de l'entreprise*, Presses FNSP et Anact.
46. Ségal, E. (2005). Les compétences relationnelles en question. *Les Cahiers d'Evry*, Centre Pierre Naville.
47. Smida A., Khelil L (2010). Les compétences relationnelles peuvent-elles s'avérer stratégiques ?, *10ème conférence du CIFPME*.
48. Vesper K.H. (1990). *New venture strategies*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
49. Wallace, S.L. (1999). Social entrepreneurship: The role of social purpose enterprises in facilitating community economic development. *Journal of Developmental Entrepreneurship*, vol.4(2), p.153-174.