HAL
open science

Processus relationnels et stratégies de réorganisation du système hospitalier français : une analyse dynamique des accords de coopération

Frédérique Quidu

To cite this version:

Frédérique Quidu. Processus relationnels et stratégies de réorganisation du système hospitalier français : une analyse dynamique des accords de coopération. Gestion et management. Université Rennes 2, 2015. Français. NNT : 2015REN20031 . tel-01232626

HAL Id: tel-01232626

https://theses.hal.science/tel-01232626

Submitted on 23 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE / Université de Rennes 2
sous le sceau de l'Université européenne de Bretagne

pour obtenir le titre de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE RENNES 2
Mention : Sciences de Gestion
Ecole doctorale de Sciences Humaines et Sociales

présentée par
Frédérique Quidu
Préparée à l'Unité de recherche (EA 2241)
Université de Rennes 2
Centre Interdisciplinaire d'Analyse des Processus Humains et Sociaux

Processus relationnels et stratégies de réorganisation du système hospitalier français : une analyse dynamique des accords de coopération

Thèse soutenue le 19 octobre 2015
devant le jury composé de :

Eric Lamarque
Professeur IAE, Président du CNU 6ème section, Université Paris 1 Sorbonne / *président*

Véronique Zardet
Professeur IAE Lyon, Directrice de l'ISEOR, Université Jean Moulin / *rapporteur*

Bertrand Quélin
Professeur (HDR), HEC Paris / *rapporteur*

David Alis
Professeur IGR-IAE, 1er Vice-Président Rennes1, Université de Rennes 1/ *examinateur*

Rolland Ollivier
Directeur de l'Institut du management, EHESP Rennes / *examinateur*

Raymond Guillouzo
Professeur émérite de Sciences de Gestion, Université de Rennes 2 / *directeur de thèse*

SOUS LE SCEAU DE L'UNIVERSITÉ EUROPEENNE DE BRETAGNE

UNIVERSITÉ RENNES 2

Ecole Doctorale - Sciences Humaines et Sociales

Unité de Recherche : CIAPHS – EA 2241
(Centre Interdisciplinaire d'Analyse des Processus Humains et Sociaux)

PROCESSUS RELATIONNELS ET STRATÉGIES DE RÉORGANISATION DU SYSTÈME HOSPITALIER FRANÇAIS : UNE ANALYSE DYNAMIQUE DES ACCORDS DE COOPÉRATION

Thèse de Doctorat

Discipline : Sciences de Gestion

Présentée par Frédérique QUIDU

Directeur de thèse : Raymond GUILLOUZO

Soutenue le 19 octobre 2015

Jury :

Monsieur Eric LAMARQUE, Professeur IAE, Président du CNU 6ème section, Université Paris 1 Sorbonne (président)

Madame Véronique ZARDET, Professeur IAE Lyon, Directrice de l'ISEOR, Université Jean Moulin, Lyon 3 (rapporteur)

Monsieur Bertrand QUÉLIN, Professeur (HDR), HEC Paris (rapporteur)

Monsieur David ALIS, Professeur IGR-IAE, 1er Vice-Président Rennes 1, Université de Rennes 1 (examinateur)

Monsieur Rolland OLLIVIER, Directeur de l'Institut du Management, EHESP Rennes (examinateur)

Monsieur Raymond GUILLOUZO, Professeur émérite de Sciences de gestion, Université de Rennes 2 (directeur de thèse)

REMERCİEMENTS

Je remercie tout particulièrement le Professeur Raymond Guillouzo, mon directeur de thèse, pour tous les conseils et encouragements prodigués lors des différentes phases de mon travail et pour m'avoir aidé à conduire et finaliser un projet de recherche.

Je remercie également les élèves directeurs de l'EHESP, qui par leur travail dans le cadre de leur rapport d'étude, m'ont fourni un excellent matériau pour étudier les relations entre organisations dans le secteur hospitalier.

Je remercie Jean-Marie André, directeur du département Sciences Humaines et Sociales de l'EHESP, pour m'avoir permis de réaliser ma recherche dans un environnement favorable.

Je tiens aussi à remercier toutes celles et ceux qui m'ont apporté leurs encouragements durant toutes ces années. Je pense tout particulièrement à mes collègues, mais aussi mes parents, mes frères et mes ami(e)s.

Enfin, je remercie Jean-Pierre Escaffre qui, à l'occasion de nos séances collectives de travail sur nos études en cours, s'est trouvé confronté à mes interrogations et qui n'a pas hésité à y répondre.

SOMMAİRE

REMERCİEMENTS *3*

Introduction générale *9*

1. La genèse de notre problématique **9**

2. La démarche adoptée **13**

3. Le plan de la thèse **15**

PREMİÈRE PARTİE *: L'analyse théorique des relations entre organisations dans le secteur hospitalier et ses implications dans notre démarche de recherche* *19*

Chapitre 1 *: Les théories mobilisées pour l'étude des relations inter-organisationnelles : une approche multidimensionnelle.* *25*

Section 1 *: L'éventail des approches théoriques et leurs apports dans l'étude des relations entre organisations dans le secteur industriel.* *27*

1. La théorie des coûts de transaction (Williamson, 1983) **27**

2. La théorie de l'agence et des incitations (Alchian et Demsetz, 1972) **35**

3. La théorie des jeux (Morgenstern et Von Neumann, 1953) **40**

4. La théorie des conventions (Lewis, 2002) **42**

5. L'approche par les ressources (Penrose, Wernefelt, Barney et Grant) **45**

6. Les approches sociologiques **58**

Section 2 *: La contribution des théories mobilisées dans la compréhension des relations inter-organisationnelles dans le secteur hospitalier* *64*

1. L'organisation hospitalière : un modèle de bureaucratie professionnelle quelque peu remis en cause. **65**

2. Plusieurs théories sont mobilisées pour appréhender les relations entre organisations dans le secteur hospitalier **71**

Chapitre 2 *: Les difficultés dans le choix d'une théorie pour l'analyse des relations entre organisations : de l'incomplétude des théories au flou du concept de relation.* *83*

Section 1 *: Les insuffisances des théories pour expliquer les relations inter-organisationnelles : quelques éléments d'explication* *84*

1. Les théories expliquent essentiellement les motivations de la relation **84**

2. Le recours aux relations inter-organisationnelles est mono-causal dans les approches théoriques **85**

3. Des théories qui semblent peu complémentaires pour expliquer les relations **86**

4. Des notions peu ou pas abordées par les théories : l'individu, le pouvoir, la proximité géographique 88

5. Les théories sorties de leur contexte perdent de leur efficacité 90

6. La diversité des formes relationnelles compliquent la théorisation 92

7. Les relations informelles ne sont pas ou peu étudiées par les théories 93

Section 2 : L'absence de définition partagée des relations entre organisations..... 95

1. Les relations entre organisations : quatre approches qui sèment le trouble..... 96

2. Les formes canoniques de la stratégie sont-elles mieux définies ?.....103

Conclusion de la première partie 121

DEUXIÈME PARTIE : La création d'un corpus a priori de configurations de relations 125

Chapitre préliminaire : Le secteur hospitalier comme champ d'observation 129

Section 1 : Le paysage sanitaire français.....130

1. L'offre de soins 130

2. Un système sanitaire composé de nombreux acteurs.....133

Section 2 : Les réformes dans le champ hospitalier : un parcours semé d'obstacles.....134

1. Les principaux dispositifs des lois de 1970 à 2009 relatifs à la coopération entre les établissements 134

2. La concrétisation de formes relationnelles dans le champ hospitalier 146

Section 3 : La contribution de la mise en œuvre de formes relationnelles à l'atteinte des objectifs des réformes : un bilan mitigé 155

1. La rationalisation de l'offre de soins.....155

2. La qualité et la sécurité des soins 160

3. L'amélioration de la performance du système de santé 161

4. Le pôle de santé public-privé.....164

Chapitre 3 : Les paramètres à prendre en considération pour définir une relation entre organisations.....169

Section 1 : La définition de l'organisation : un pari difficile dans le cadre de l'analyse de relations 169

1. Les différentes représentations de l'organisation 170

2. Le choix d'une approche de l'organisation et ses implications pour notre travail de recherche 174

Section 2 : Le mode de sélection et la caractérisation des paramètres retenus 177

1. Des éléments complémentaires sur la notion de « relation entre » et de « groupes ».....177

2. Les différents modes de sélection des critères pour décrire des relations entre groupes d'individus 179

3. La description des critères retenus 182

Chapitre 4: L'élaboration d'un corpus de configurations de relations entre groupes d'individus : un processus en deux étapes.....201

Section 1 : Structuration des configurations de relations à partir des critères regroupés en classe.....202

1. Le regroupement en classe des critères 202

2. L'examen des configurations au sein de chaque classe : élimination des combinaisons incompatibles 206

Section 2 : Association des configurations établies au sein des différentes classes.....210

1. La recherche de groupes homogènes de combinaisons d'attributs par classe 210

2. L'association des différents groupes homogènes de combinaisons d'attributs créés au sein des six classes.....224

Conclusion de la deuxième partie 239

TROISIÈME PARTIE : Proposition d'un cadre d'analyse des formes relationnelles dans le secteur hospitalier 243

Chapitre préliminaire : cadre d'analyse et méthodologie de la recherche.....247

Section 1 : Le champ d'analyse et notre positionnement de chercheur 248

1. La justification de l'étude des formes relationnelles dans le champ hospitalier.....248

2. Notre posture de chercheur 252

Section 2 : Les étapes de notre démarche de recherche.....257

1. L'élaboration de la base de données de configurations de relations 257

2. Le traitement des données.....265

Chapitre 5 : Description de notre base de données et essai de typologie des relations au regard de leur habillage juridique. 271

Section 1 : Les relations dans le secteur hospitalier : des caractéristiques spécifiques.....271

1. Un résultat important pour la suite de notre recherche : les relations observées dans notre échantillon s'intègrent dans le corpus *a priori* de configurations.....272

2. L'analyse descriptive des relations met en évidence des spécificités 278

Section 2 : L'habillage juridique ne discrimine pas les formes relationnelles 299

1. Etude des configurations de relations au regard de l'habillage juridique : un résultat peu concluant. 300

2. Les rapprochements non associés à une forme juridique : la relation informelle et l'alliance320

Chapitre 6 : Les relations dans le secteur hospitalier : essai de typologie et proposition d'une grille d'analyse des formes relationnelles. 325

Section 1 : Les relations entre groupes dans le secteur hospitalier : essai de typologie 326

1. La mise en œuvre d'une taxonomie s'appuyant sur des méthodes d'analyse multidimensionnelle 326

2. Des profils homogènes de formes relationnelles identifiables.....335

Section 2 : Proposition d'un cadre d'analyse des formes relationnelles 353

1. Le choix et l'élaboration d'un cadre d'analyse de la diversité des formes relationnelles.....353

2. Correspondance des formes relationnelles de notre base de données avec les configurations théoriques 362

3. Le spectre des formes relationnelles : mise en évidence de huit processus relationnels. 371

Conclusion de la troisième partie 387

Conclusion générale.....391

Références bibliographiques 403

Liste des tableaux insérés dans le texte 455

Liste des figures insérées dans le texte 457

Liste des abréviations 459

TABLE DES MATIERES.....463

Introduction générale

« *La recherche en sciences de gestion à l'hôpital reste un terrain quasi inexploré* ». C'est le constat énoncé par Barreau (2014)[1] en avant-propos du dossier intitulé « Recherche et management ». Nous apprenons au fil du dossier que la recherche est embryonnaire dans ce secteur alors qu'elle est jugée nécessaire et attendue par les professionnels (Bourkia et Mispelblom-Beyer, 2014)[2]. D'après les différents auteurs ayant participé à la rédaction de ce dossier, l'hôpital - en raison des nombreuses transformations qu'il a connues et dont il continue d'en être l'objet - constitue un terrain propice pour mener des projets de recherche.

Les domaines potentiels de recherche sont nombreux : ils concernent tout autant l'organisation de l'offre de soins que le management des ressources humaines sans oublier le lien entre l'hôpital et les territoires. En effet, il est attesté que les réformes touchent le milieu hospitalier et prônent des rapprochements entre structures et/ou professionnels de santé modifiant le paysage sanitaire et le rapport de la structure hospitalière avec son territoire.

1. La genèse de notre problématique

Depuis 1970, les établissements de santé français sont l'objet de nombreuses réformes. Ces dernières ont pour objectif la maîtrise des dépenses de santé et une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire. L'hôpital doit donc répondre à des impératifs économiques tout en prodiguant des soins de qualité. Afin d'atteindre les objectifs fixés, la plupart des réformes qui se succèdent depuis les années 1970 préconisent - dans un premier temps, puis incitent - dans un second temps, les établissements à établir des relations avec d'autres structures publiques ou privées ou avec des professionnels de santé. C'est ainsi que vont se

[1] Barreau, P. (2014). Qu'en est-il de la recherche en sciences de gestion de l'hôpital. Dossier Recherche et Management. *Soins Cadres*, 89, 15.
[2] Bourkia, D., Mispelblom-Beyer, F. (2014). De l'intérêt de la recherche pour les cadres hospitaliers. Dossier Recherche et Management. *Soins Cadres*, 89, 16-18.

multiplier des relations très diverses entre organisations. Chaque forme relationnelle revêt un habillage juridique qui peut être un groupement de coopération sanitaire, un groupement d'intérêt économique ou groupement d'intérêt public, une communauté hospitalière de territoire, une filière, un réseau, etc.

Cependant, la question des relations entre « organisations » n'est pas nouvelle. Il suffit d'observer l'évolution du secteur industriel depuis les années 1960. Les joint-ventures ou « filiales communes » ont constitué les premières formes relationnelles (El Filali ElYoussefi et Niosi, 2000)[3]. Elles ont abouti à la création de filiales par des multinationales dans des pays dits émergents pour pénétrer les marchés étrangers. Par contre, à partir de 1975, certaines joint-ventures se transforment en « alliances stratégiques » qui ne se contentent plus de commercialiser les produits de la maison mère. De plus, alors que les joint-ventures concernaient les activités périphériques au cœur de métier, les nouvelles formes relationnelles - dont les alliances stratégiques - vont impliquer les activités centrales en raison entre autre de leur fort potentiel technologique. Enfin, au-delà d'un accroissement de ce type de relations, nous assistons aussi à un changement des domaines concernés par les alliances qui ne se réduisent plus à celui de la Recherche et Développement (R&D) mais intègrent toute la chaine de valeur.

Depuis les années 1980, les relations inter-organisationnelles dans le secteur industriel sont l'objet de nombreuses études. Il suffit de lire l'analyse bibliométrique de Boissin et *al.* (2001)[4] et le bilan des contributions de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS) sur le sujet (Cheriet, 2007)[5].

A contrario, l'analyse des relations entre organisations dans le secteur hospitalier a été très peu investie par les chercheurs. Les travaux de ces derniers - très axés sur une analyse médico-économique - portent surtout sur la performance hospitalière ou la maîtrise des coûts. Toutefois, quelques travaux récents sur les relations entre organisations traitent de

[3] El Filali El Youssefi, M., Niosi, J.-E. (2000). Les alliances stratégiques entre les entreprises à l'ère de la mondialisation et du changement de paradigme technologique. *Cahiers du Crises*. Montréal : Crises.

[4] Boissin J.P., Castagnos, J.C., Guieu G. (2001). Ordre et désordre de la pensée stratégique. Dans A.-C. Martinet, R.-A. Thietard (Éds.), *Stratégies : actualité et futurs de la recherche* (pp. 27-42). Paris: Vuibert.

[5] Cheriet, F. (2007). Alliances stratégiques et relations inter- entreprises dans la recherche francophone en stratégie : Bilan des contributions de l'AIMS entre 1996 et 2006. *XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique* (AIMS). Montréal.

rapprochements au sens large entre des établissements publics et privés, analysent des fusions sur le moyen terme ou bien encore étudient les relations entre le directeur d'hôpital et les médecins (ce sujet a fait l'objet d'une thèse en 2014[6]). Il existe donc tout un pan de formes relationnelles observables dans le champ hospitalier, encore peu exploré.
Ainsi, le nombre de travaux sur les relations entre organisations dans le domaine hospitalier est encore très limité alors que les alliances dans le secteur industriel ont fait l'objet d'une multitude de travaux de recherche. Ce constat nous incite à retenir les formes relationnelles dans le secteur hospitalier comme sujet de recherche.

Mais la pertinence et l'originalité de cette recherche doit reposer sur un champ d'investigation robuste : nous devons préalablement nous assurer que le domaine hospitalier se différencie du secteur industriel et que les relations entre organisations de santé s'appuient sur des motivations et des formes spécifiques.

Minvielle et *al.* (2014)[7] ou Bovis (de) et *al.* (2011)[8] laissent entrevoir des différences potentielles entre ce secteur et le secteur industriel. En effet, pour Minvielle et *al.*, les activités hospitalières sont difficiles à modéliser. Pour Bovis (de) et *al.*, l'organisation hospitalière est soumise à des contraintes, parfois à des situations complexes, des évolutions inattendues (au niveau de l'état de santé des patients). Les technologies évoluent vite et le nombre d'acteurs parties prenantes est élevé. L'environnement externe est très présent et parfois contraignant au regard des normes qui sont imposées à l'organisation. Nous pouvons ajouter une autre différence qui tient à la répartition du pouvoir entre plusieurs groupes d'individus. Les structures hospitalières sont composées de plusieurs directions (administrative, médicale, direction des soins, etc.) qui disposent d'un certain pouvoir. Le pouvoir est donc plus décentralisé et très présent dans l'entourage de la structure via, par exemple, les autorités sanitaires. Ainsi les décisions stratégiques ne seront pas forcément le fait d'une seule direction. Elles peuvent émerger de relations entre différents groupes

[6] Aubert, F.-J. (2014). *La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?* (Thèse pour le doctorat en Science politique). Université de Bordeaux.
[7] Minvielle, E., Galopel-Morvan, K., Ollivier, R. (2014). Intérêt de la recherche en management dans la gestion des hôpitaux. Dossier Recherche et Management. *Soins Cadres*, 89, 30-34.
[8] Bovis (de), C., Baret, C. (2011). Les hôpitaux sont-ils des « organisations à haute fiabilité » ? Apports du concept de « HRO » à la GRH des personnels soignants. *Actes du congrès de la GRH " Vers un management des ressources humaines durable et bienveillant ?* Marrakech.

d'individus et peuvent prendre des formes très diverses. C'est pourquoi, nous allons envisager tous les types de relations qu'elles soient internes ou externes à l'entité juridique. Il est donc clair que le secteur hospitalier se démarque du secteur industriel ce qui justifie de s'intéresser aux relations dans ce secteur.

Cependant, la revue de littérature, consacrée essentiellement au secteur industriel, met en avant et de manière quasi systématique le foisonnement des courants théoriques sollicités pour analyser les formes relationnelles. Plusieurs auteurs constatent en effet l'absence de théorie globalisante. Chaque théorie, de la théorie des contrats à l'approche sociologique de la théorie institutionnelle en passant par la théorie des jeux et l'approche par les ressources, explique une dimension de la relation mais surtout la genèse ou l'issue de tel ou tel accord.

A cela s'ajoute un manque de définition aboutie des différentes formes que peut prendre une relation entre organisations. En effet, les mots-clés « partenariat », « coopération », « alliance » « alliance stratégique » peuvent être associés à une même définition. Mais, ces termes peuvent aussi définir des rapprochements de nature différente. C'est ainsi que le terme le plus couramment rencontré dans les articles concernant les rapprochements entre organisations dans le secteur industriel est celui d'« alliance » voire d'« alliance stratégique ». Cette appellation quelque peu générique est définie par des caractéristiques clés issues des travaux de différents auteurs (Trabelsi, 2007)[9]. Ainsi, l'« alliance stratégique » se caractérise par : une action commune, des ressources mises en commun, le partage des avantages de l'alliance, et l'interdépendance pour la ou les activités mises en commun.

Qu'en est-il des travaux menés dans le champ hospitalier ? Bien que moins nombreuses que dans le secteur industriel, nous avons repéré quelques études sur les relations dans le domaine hospitalier qui font appel à des théorisations.

Notre revue de littérature sur les relations entre organisations dans le secteur hospitalier va confirmer l'absence de théorie unifiée pour analyser les formes relationnelles dans ce secteur. Il est vrai que les théories sollicitées sont les mêmes pour le secteur industriel que pour le secteur hospitalier. A ce sujet, Minvielle et *al.* (2014)[10] - qui ont mis en évidence la

[9] Trabelsi, K. (2007). La confiance : la « plate-forme » de l'alliance stratégique. *Management & Avenir*, *14*(4), 25.
[10] Minvielle et *al.* (2014), *op.cit.*

spécificité du secteur hospitalier - laissent entendre que les concepts et théories issus du monde de l'entreprise ne sont pas forcément adaptés pour traiter des sujets propres à l'organisation hospitalière.

Nous avons donc un champ peu exploré comparé au secteur industriel mais pour lequel nous aboutissons au même constat concernant l'analyse des relations.

Comment dépasser ce constat ? Nous avons donc réfléchi à une démarche alternative pour l'analyse des relations dans le secteur hospitalier. C'est ainsi que nous avons décidé de partir de données recueillies dans le secteur hospitalier et de les exploiter de manière approfondie dans le but de faire émerger de nouveaux concepts, voire des lois, susceptibles d'enrichir notre connaissance sur le sujet.

Pour mener à bien cette étude approfondie, nous avons décidé de nous appuyer sur une base de données de configurations de relations prenant en compte toute la diversité des formes relationnelles.

2. La démarche adoptée

La démarche est donc exploratoire. Compte tenu du champ qui est encore peu investigué et à défaut d'une théorie unifiée, nous allons nous concentrer sur l'étude approfondie de nos données empiriques. Nous espérons dégager des constantes de ces données et ainsi proposer un cadre d'analyse des relations entre organisations dans le secteur hospitalier.

Toutefois, en procédant de cette façon, nous devons nous assurer de la fiabilité de nos données afin que les résultats de nos analyses soient crédibles. C'est pourquoi, nous avons décidé de construire un corpus *a priori* de configurations de relations entre organisations. Ce corpus décrira tout type de relations quel qu'en soit le domaine. Il contiendra à la fois les caractéristiques d'une relation mais aussi des informations relatives au groupe qui se met en relation avec un partenaire. Pour mener à bien ce travail, nous nous appuierons sur notre revue de littérature pour identifier les paramètres des différentes dimensions de la relation.

Nous utiliserons ce corpus pour valider la robustesse de notre base de données de relations entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier. En effet, notre base de données sera

d'autant plus pertinente que les formes relationnelles observées dans notre échantillon pourront se classer dans le corpus *a priori* de configurations de relations.

Finalement, notre approche – à savoir l'analyse de faits observés pour en tirer des constantes pouvant déboucher sur des lois générales – trouve son originalité dans l'élaboration d'un corpus *a priori* de configurations de relations à partir des données de la littérature. Ce corpus peut s'apparenter à un cadre « théorique » dans la mesure où il décrira toutes les formes relationnelles potentiellement observables.

Tout au long de notre travail, nous effectuerons des allers-retours entre notre matériau empirique, le corpus *a priori* des configurations et notre revue de littérature. Notre raisonnement s'apparente à de l'abduction mixant des logiques inductives et déductives.

Cette recherche d'un nouveau paradigme ne constitue donc pas une étude de plus sur les relations entre organisations dans le secteur hospitalier, puisque la démarche que nous proposons, à notre connaissance, n'a jamais été envisagée. De plus, l'élaboration de ce corpus *a priori* de configurations de relations entre organisations nous amènera à nous interroger sur notre approche de l'organisation. Ce travail nous poussera à déplacer notre recherche de l'analyse des relations entre organisations vers celle des relations entre groupes d'individus.

La constitution de notre base de données sera effectuée de manière rigoureuse. Nous avons choisi l'approche qualitative et la méthode d'étude de cas multiples. L'étude de cas est adaptée pour analyser des phénomènes en profondeur. La multiplication des cas - compte tenu de la diversité des formes relationnelles dans le secteur hospitalier – mais permettra de mettre en évidence, si elles existent, des constantes susceptibles de générer de nouveaux concepts (Yin, 2012)[11].

Notre approche qualitative pour constituer notre échantillon va se coupler avec l'utilisation de méthodes d'analyses quantitatives à l'instar de la taxonomie pour mettre en évidence des groupes homogènes de relations.

[11] Yin, R.-K. (2012). *Applications of Case Study Research* (3rd Edition). Thousand Oaks (CA): Sage Publications.

Notre base de données va contenir des configurations de relations très diverses tant du point de vue de leur forme (alliance, filière, coopération, etc.) que de leur statut. Ainsi, nous aurons des relations que nous pouvons qualifier de stables, ou constituant une étape vers une relation plus poussée, voire des relations fragiles ou qui ne se mettent pas en œuvre.

A partir de cette base de données de configurations de relations observées dans le secteur hospitalier, notre travail va se concentrer sur :

- la caractérisation des relations en recherchant des profils homogènes de formes relationnelles ;
- la recherche d'explication de la diversité des configurations et des statuts (relations stables, transitoires, fragiles, en échec), ainsi que l'analyse du passage d'une forme relationnelle à une autre.

La recherche de profils homogènes vise à regrouper les configurations observées en un nombre réduit de formes relationnelles caractérisables par seulement quelques critères. Nous espérons avec l'analyse de la diversité des formes relationnelles construire un cadre d'analyse des formes relationnelles permettant ainsi une approche dynamique des configurations.

3. Le plan de la thèse

La thèse se structure en trois parties reflétant le cheminement de la réflexion qui a guidé notre recherche.

La **première partie** est consacrée à l'examen, à partir d'une revue de littérature disponible, des théories sollicitées pour l'analyse des relations entre organisations.
Elle aborde les théories retenues pour l'étude des relations dans les secteurs industriel et hospitalier. Puis elle met en lumière la difficulté de choisir une théorie sur laquelle s'appuyer pour l'analyse des formes relationnelles.

Le chapitre 1 présente l'état de l'art des théories repérées dans la littérature pour l'analyse des relations entre organisations tant dans le secteur industriel que dans le champ

hospitalier. Le fondement des théories et la description des différentes formes relationnelles appréhendées par ces dernières sont présentées successivement.

Le chapitre met en exergue le foisonnement des théories et l'absence de théorie générale pour l'étude des relations que ce soit dans le secteur industriel ou hospitalier.

Le chapitre 2 apporte des éléments d'explication sur l'incomplétude des théories à expliquer les relations entre organisations et met en lumière le flou des définitions des formes relationnelles tant sur le plan général qu'au niveau des types d'accords (filière, réseau, etc.). Nous apportons des éléments d'explication à la relative inadéquation des concepts et théories des organisations sollicités dans la littérature à expliquer les relations entre organisations en répondant aux questions suivantes :

- ✓ Est-ce intrinsèque aux théories ?
- ✓ Est-ce en raison de la spécificité du champ étudié ?
- ✓ Est-ce imputable à la difficulté pour une théorie d'analyser à la fois des formes relationnelles stables mais aussi instables ou transitoires ?
- ✓ Est-ce attribuable à l'objet même de l'étude à savoir les relations entre organisations qui peuvent prendre différentes formes pas toujours bien définies ?

Nous justifions ainsi notre démarche d'analyse approfondie des relations directement à partir des données observées.

La **seconde partie** constitue une étape indispensable pour notre travail d'analyse des formes relationnelles. Elle est consacrée à l'élaboration d'un corpus *a priori* de configurations de relations entre organisations. Ce corpus va nous servir à valider la robustesse de notre base de données constituée de formes relationnelles observées dans le champ hospitalier. Comme notre démarche repose sur l'analyse approfondie des formes relationnelles observées dans notre base de données, celles-ci doivent représenter fidèlement des configurations de relations.

Un chapitre préliminaire présente notre champ d'investigation à savoir le secteur hospitalier. Après une brève description du paysage hospitalier, nous passons en revue les réformes qui

ont amené les organisations hospitalières à nouer des relations. Puis, nous abordons la concrétisation sur le terrain des rapprochements prônés par les différentes réformes. Le chapitre se termine par une présentation d'un bilan des actions de rapprochements entre organisations au regard des objectifs des réformes ayant favorisé ce type de management.

Les deux chapitres suivants sont consacrés à l'élaboration du corpus *a priori* de configurations de relations.

Le chapitre 3 présente la démarche pour sélectionner des critères représentatifs pour décrire une relation entre organisations. Ce travail est précédé d'une définition des termes « organisation » et « relations » qui nous amène à parler de relations entre groupes d'individus et non plus de relations entre organisations. Il se poursuit par une définition précise des critères retenus.

Le chapitre 4 présente les différentes étapes de la construction du corpus *a priori* de configurations de relations entre groupes d'individus. En effet, les critères retenus au chapitre précédent sont nombreux et définissent non seulement la relation mais aussi un ensemble de caractéristiques du groupe vis-à-vis de son partenaire. C'est le résultat de l'association de ces différents critères qui va constituer le corpus *a priori* de configurations de relations. L'objectif est d'aboutir à un ensemble peu élevé mais exhaustif de configurations de relations entre organisations potentiellement observables.

La **troisième partie** est consacrée aux différentes analyses menées pour dresser une typologie des relations entre groupes d'individus et proposer une approche dynamique des formes relationnelles dans le secteur hospitalier.

Un chapitre préliminaire présente la méthodologie de recherche. Il débute par la justification de la recherche dans le secteur hospitalier. Puis, il décrit le protocole de recherche incluant la démarche de recherche, le recueil de données et les méthodes d'analyses qui seront mises en œuvre.

Le chapitre 5 propose tout d'abord une validation de la pertinence de notre base de données par sa confrontation au corpus *a priori* de configurations de relations.

Il présente, dans un second temps, les premières exploitations des données collectées, à savoir les caractéristiques des formes relationnelles de notre base de données au regard des configurations de relations dans le secteur industriel.
Comme nous cherchons à caractériser les relations, nous présentons les résultats de l'étude des relations dans le secteur hospitalier au regard de l'habillage juridique des formes relationnelles. La forme juridique ne discriminant pas les relations entre groupes d'individus, nous décidons de poursuivre notre investigation par d'autres analyses que nous présentons dans le chapitre suivant.

Le chapitre 6 propose tout d'abord une typologie des relations au regard de l'ensemble des attributs des relations. Elle va mettre en évidence des groupes homogènes de relations entre groupes d'individus à partir d'un traitement statistique approfondi.
Puis, en tenant compte des résultats précédents, les formes relationnelles observées dans le secteur hospitalier vont être replacées au sein d'un cadre traduisant le concept de relations en considérant que toute relation se situe entre deux pôles extrêmes matérialisés par l'entropie et la néguentropie (ou soumission totale). Cette étude particulière nous permet de proposer une approche dynamique des relations entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier.

PREMIÈRE PARTIE : L'analyse théorique des relations entre organisations dans le secteur hospitalier et ses implications dans notre démarche de recherche

Introduction de la première partie :

L'analyse théorique des relations entre organisations dans le secteur hospitalier et ses implications dans notre démarche de recherche

Les relations inter-organisationnelles font partie des stratégies des firmes industrielles depuis de nombreuses années. Toutefois, depuis le milieu des années 1970, nous assistons à une modification du type d'accord noué entre organisations. A côté de la joint-venture (où filiale commune) et de la sous-traitance, apparaissent des accords d'un autre genre souvent dénommés « alliances stratégiques ». Elles se distinguent des formes relationnelles traditionnelles dans le sens où les relations se nouent parfois entre concurrents et dans la mesure où elles vont impliquer des activités centrales en raison de leur fort potentiel technologique. De plus, à partir des années 1980, au-delà d'un accroissement des relations entre organisations, nous assistons aussi à un changement au niveau des domaines concernés par l'accord qui ne se réduisent plus à celui de la Recherche et Développement (R&D) mais intègrent toute la chaine de valeur.

Le milieu académique n'est pas resté insensible à ces phénomènes et de nombreuses études et recherches ont été – et sont encore - menées sur le sujet. Celles-ci portent sur des dimensions aussi variées que la genèse de la relation, les conditions de sa formation, ainsi que les issues de la relation.

Dans le secteur hospitalier, les relations entre organisations ont connu un formidable essor consécutif aux différentes réformes initiées à partir des années 1970. En effet, la mise en œuvre d'accords entre organisations est devenue le *leitmotiv* d'un grand nombre de réformes qui se sont succédées. Les réformateurs misent sur les relations entre organisations pour maîtriser les dépenses de santé. Ils voient dans les relations entre organisations un moyen de proposer sur tout le territoire une offre de soins complète, non redondante et de qualité.

L'impact de certaines réformes ont été - et sont encore - l'objet de nombreuses études. Toutefois, les travaux se concentrent sur les thématiques de performance hospitalière et de maîtrise des coûts. Le champ des relations entre organisations dans le secteur hospitalier est

resté longtemps inexploré par les chercheurs. De plus, quand le champ commence à attirer les chercheurs, les questions traitées portent sur les rapprochements au sens large, les relations spécifiques c'est-à-dire entre des établissements publics et privés, ou sur les phénomènes de fusions.

Nous avons donc d'un côté, des études qui ont été menées sur les formes relationnelles essentiellement dans le secteur industriel et de l'autre, un secteur - celui de la santé où les relations sont nombreuses et variées - peu investi par les chercheurs.

Cependant, la synthèse des études sur les formes relationnelles dans le secteur industriel révèle une profusion de théories pour expliquer le phénomène. Par ailleurs, les théories sollicitées tentent d'expliquer une seule dimension de la relation à l'instar de son issue ou de sa genèse. Dès lors, se pose la question de l'analyse des relations à la fois dans toutes leurs dimensions mais aussi au regard de leur grande diversité (alliance, coopération, réseau, etc.).

L'objet de cette première partie est de présenter les principaux cadres d'analyse des relations entre organisations développés jusqu'à présent dans divers travaux et leurs implications dans notre démarche de recherche.

Nous abordons dans **un premier chapitre** les principaux cadres d'analyse pour l'étude des relations inter-organisationnelles dans le champ industriel puis hospitalier. Nous débutons le chapitre par une présentation des théories et des types d'accords analysés par ces dernières dans le secteur industriel. Puis, nous menons une démarche analogue dans le champ hospitalier.

Ce travail va confirmer, à l'instar du secteur industriel, le foisonnement théorique et l'absence de théorie générale pour analyser les relations inter-organisationnelles dans le champ hospitalier. De plus, il s'avère que ce sont les mêmes théories qui sont sollicitées pour les deux secteurs.

Cette conclusion va nous conduire à adopter une démarche alternative, c'est-à-dire que nous allons étudier les relations entre organisations dans le secteur hospitalier sans nous appuyer sur un cadre théorique. Toutefois, pour justifier notre démarche, nous présentons,

dans un **second chapitre,** des éléments d'analyse critique des théories sollicitées pour l'étude des relations entre organisations. Nous exposons quelques explications de l'incomplétude des théories à analyser les relations entre organisations dans leur intégralité.

Par ailleurs, dans notre revue de littérature, les relations sont abordées sous des appellations diverses, et parfois mal définies. Souvent dénommées alliances, elles peuvent recouvrir plusieurs types d'accords. Ce flou dans les définitions de l'objet même de l'étude apporte une difficulté supplémentaire pour l'analyse des relations. Nous consacrons donc la seconde partie de notre deuxième chapitre à une présentation des différentes définitions des types de relations. Nous essayons de dégager des points communs à toutes les définitions proposées et nous optons, pour chaque type de relation, pour une définition à laquelle nous ferons référence lors de l'exploitation de notre base de données.

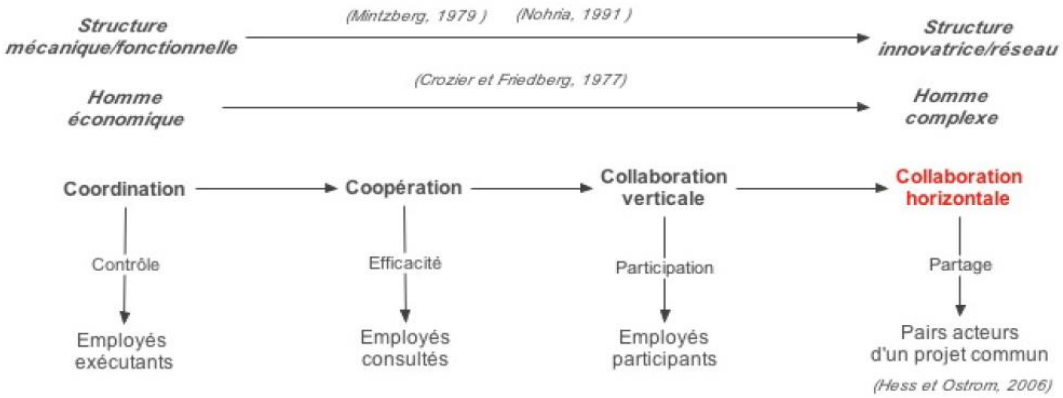
Chapitre 1 : Les théories mobilisées pour l'étude des relations inter-organisationnelles : une approche multidimensionnelle.

Les corpus théoriques utilisés pour expliquer les relations entre organisations sont issus des théories des organisations. Les organisations ont été analysées sous l'angle d'un nombre important de théories, si important que plusieurs auteurs dont Koenig (2006)[12] et Scott (2004)[13] parlent d'un foisonnement de théories pour étudier les organisations.

La notion de relations à l'intérieur des organisations dans les théories classiques se résume à la coordination des tâches des agents par le dirigeant. L'agent est assimilé à une machine, un moyen pour atteindre un but. Barnard (1968)[14], influencé par Mayo - fondateur du mouvement des relations humaines - va placer la coopération au centre des théories des organisations. Pour lui, l'entreprise est un système de coopération humaine (Aïm, 2014)[15]. Toutefois, le pouvoir de décision reste entre les mains du dirigeant. Avec Likert (1967)[16], l'individu n'est plus isolé, il appartient à un groupe et il est capable de prendre des décisions. (Barondeau, 2013)[17] résume bien, dans la figure ci-dessous, les transformations apportées par les théories des organisations des années 1980 et 1990 de la représentation de l'organisation, de son environnement, des individus et son impact sur la coopération/collaboration.

[12] Koenig, G. (2006). Théories mode d'emploi. *Revue Française de Gestion,* 32(160).
[13] Scott, W.-R. (2004). Reflections on a Half-Century of Organizational Sociology. *Annual Review of Sociology*, 30(1), 1‑21.
[14] Barnard, C.-I. (1968). *The functions of the executive.* Cambridge: Harvard University Press.
[15] Aïm, R. (2014). *L'essentiel de la théorie des organisations 2014-2015*. Issy-les-Moulineaux: Gualino-Lextenso.
[16] Likert, R. (1967). *The human organization: its management and value*. Université du Michigan : McGraw-Hill.
[17] Barondeau, R. (2013). *La collaboration wiki : critiques, justifications et perspectives - Le cas d'une organisation socio-sanitaire québécoise*. (Thèse de doctorat en administration), chapitre 2 : Les fondements socio-économiques de la collaboration. Consulté de http://www.regisbarondeau.com.

Figure 1 : Evolution de la représentation de l'organisation



Source : Barondeau (2013)

La relation inter-organisationnelle quant à elle, bien que présente dans les faits depuis que la firme existe, n'a été prise en compte que tardivement dans la théorie économique. Dans les années 1980, alors que nous assistons à un essor des relations entre organisations, une nouvelle école de pensée va naître au sein de la théorie des organisations à savoir l'école économique. Elle va étudier les relations entre la firme et le marché. A cette fin, elle mobilise principalement deux théories celle de l'agence et des coûts de transaction. Mais, il se trouve que ces théories vont s'avérer insuffisantes pour expliquer le spectre des accords inter-organisationnels. D'autres théories vont donc être mobilisées à l'instar de l'approche par les ressources, de la théorie des jeux, et bien d'autres encore pour tenter de comprendre les diverses formes organisationnelles issues d'accords entre organisations.

Dans une première section, nous abordons les principales théories qui traitent des relations inter-organisationnelles dans le secteur industriel (**section 1**). Puis, nous effectuons une démarche analogue dans le champ hospitalier (**section 2**).

Section 1 : L'éventail des approches théoriques et leurs apports dans l'étude des relations entre organisations dans le secteur industriel.

En 2007, une revue de littérature a été effectuée sur les publications de l'Association Internationale du management stratégique (AIMS) entre 1996 et 2006 portant sur les relations inter-entreprises. L'auteur de ce travail (Cheriet)[18] retire de son étude **l'absence de théorie générale** ou de théorie dominante pour expliquer les relations inter-organisationnelles. En effet, plusieurs théories allant de celle des coûts de transaction à l'approche par les ressources en passant par la théorie des jeux vont être utilisées pour expliquer l'accord inter-organisationnel. Pour Mayrhofer (2007)[19], cela s'explique par le fait que **les théories sollicitées n'abordent qu'un seul aspect du rapprochement inter-organisationnel.** Par exemple, la théorie évolutionniste appréhende les rapprochements que comme un moyen d'acquérir des compétences. La théorie transactionnelle justifie les rapprochements uniquement dans le cadre d'une minimisation des coûts de production et de transaction.

Nous allons présenter rapidement les différentes théories qui ont été mobilisées pour l'étude des relations entre organisations. Pour chacune d'entre elles, nous dirons quelques mots sur les fondements de la théorie puis nous évoquerons ses apports dans l'étude des relations entre organisations.

1. La théorie des coûts de transaction (Williamson, 1983[20])

Durant de nombreuses années, l'organisation (dénommée firme à l'époque) n'était pas étudiée. Seul existait le marché, la firme se réduisant, pour les tenants de l'analyse néo-classique, à une fonction de production. De même, les accords inter-firmes n'étaient pas

[18] Cheriet, F. (2007). Alliances stratégiques et relations interentreprises dans la recherche francophone en stratégie : Bilan des contributions de l'AIMS entre 1996 et 2006. *XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique (AIMS).* Montréal.

[19] Mayrhofer, U. (2007). Les rapprochements d'entreprises : perspectives théoriques et managériales. *Management & Avenir*, 14, 81-99.

[20] Williamson, O.-E. (1983). *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications : a study in the economics of internal organization*. New York; London: Free Press ; Collier Macmillan.

admis car pouvant contrecarrer le droit à la concurrence, ils étaient donc jugés illégaux (Ghertman, 2000)[21].

Mais, cette conception de l'organisation, telle une « boite noire », ne pouvait plus perdurer (Gaudron, 2006)[22]. Toutefois, il faut attendre Coase (1987)[23] pour qu'une réflexion soit menée sur les raisons de l'existence de la firme. En effet, pourquoi existe-t-il des firmes si les mécanismes de marché sont considérés comme optimaux ? L'explication va être donnée par Coase : le recours au marché entraîne des coûts appelés coûts de transaction des activités économiques qui peuvent s'avérer très élevés et qui pourraient être internalisés dans une organisation (Ghertman et *al.*, 2006)[24].

1.1. Les fondements de la théorie

Williamson (1983)[25] se servira des apports de Coase pour s'attacher aux facteurs explicatifs des coûts de transaction. Nous avons la rationalité limitée des agents et leur comportement opportuniste comme facteurs humains. A ceux-ci s'ajoutent des facteurs environnementaux qui facilitent le comportement opportuniste des agents à savoir le petit nombre d'acteurs concernés ainsi qu'une asymétrie de l'information. La décision d'un mode de coordination interne ou externe va aussi dépendre des conditions dans lesquelles se déroulent les transactions. Pour cela, Williamson tient compte de trois éléments : l'incertitude des transactions, la fréquence de celles-ci et la spécificité des actifs (nature des investissements) pour réaliser la transaction.

Par contre, il reste, dans un premier temps, focalisé sur la dichotomie « marché-hiérarchie (firme)», Le marché (versus la hiérarchie) est privilégié lorsque les actifs sont faiblement (versus fortement) spécifiques. Il n'est envisagé aucun mode de coordination lorsque les actifs sont « moyennement spécifiques » et que les transactions sont fréquentes.

---

[21] Ghertman, M. (2000). L'approche fondée sur les coûts de transaction. Dans J.-L. Arrègle, E. Cauvin, M. Ghertman, B. Grand, et P. Rousseau (Éds.), *Les nouvelles approches de la gestion des organisations* (pp. 85-130). Paris: Economica.

[22] Gaudron, G. (2006). L'économie des organisations. Nouvelle édition entièrement refondue et mise à jour (C. Ménard). *Management International*, 10(2), 101-104.

[23] Coase, R.-H. (1987). La nature de la firme. *Revue française d'économie*, 2(1), 133‑163.

[24] Ghertman, M. (2006). Oliver Williamson et la théorie des coûts de transaction. *Revue française de gestion*, 160, 191-213.

[25] Williamson (1983), *op. cit.*

Cependant, l'apparition de plus en plus fréquente de modes transactionnels difficilement classables dans le « marché » ou la « hiérarchie (firme) » amènera Williamson à s'interroger sur ces relations particulières. Ces relations allient concurrence dans le but de gagner des parts de marché et recherche de collaboration pour diminuer les coûts. C'est le cas, par exemple, dans le domaine des nouvelles technologies (Ménard, 1997)[26].

Ces nouveaux modes transactionnels dénommés « formes hybrides » par Williamson ne seront analysés par l'auteur qu'à partir de 1985 (Ghertman, 2006)[27].

Selon Imai et Itami (1984)[28], les accords inter-organisationnels dans l'approche par les coûts de transaction sont des modes intermédiaires d'organisation qui pallient les imperfections du marché et de la firme.

Toutefois, le marché est le mode d'organisation de référence – puisque Williamson a une vision négative de la firme - et les « formes hybrides » permettent d'avoir les avantages du « marché » sans les inconvénients de la « hiérarchie » (Coeurderoy et Quélin, 1998)[29].

Pour Williamson, **les « formes hybrides » ne sont qu'un continuum sur un axe qui va du marché à la firme[30]**, positionnées entre ces deux extrêmes. Le passage d'un mode d'organisation à un autre correspond essentiellement à la variation du degré de spécification des actifs indispensables à la transaction[31] mais aussi à la fréquence des perturbations dans la transaction symbolisées par la figure ci-dessous :

[26] Ménard, C. (1997). Le pilotage des formes organisationnelles hybrides. *Revue économique*, 48(3), 741-750.

[27] Ghertman (2006), *op. cit.*

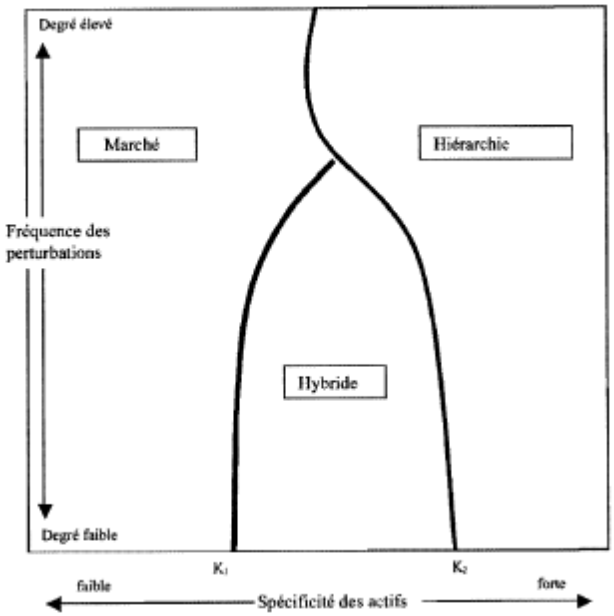
[28] Imai, k., Itami, H. (1984). Interpretation of organization and market, japan's firms in comparison with the U.S. *International journal of industrial organization*, 2, 285-310.

[29] Coeurderoy, R., Quélin, B. (1998). La théorie des coûts de transaction : fondements théoriques et implications managériales. Dans H. Laroche et J.-P. Nioche (Éds), *Repenser la stratégie: fondements et perspectives* (pp. 26-60). Paris: Vuibert.

[30] Propos de Williamson en 1985 traduits par Quélin en 2002 dans son ouvrage « *Les frontières de la firme* ».

[31] Il peut s'agir d'actifs matériels (équipements), humains (savoir-faire), etc.

Figure 2 : Le choix des structures de gouvernance



Source : d'après Williamson (1996).

Pour l'auteur (1991)[32], le basculement d'une forme à l'autre est dépendant de la fréquence des perturbations que peuvent subir les « formes hybrides ». Ces perturbations, si elles se répètent dans le temps, affectent l'efficacité de la « forme hybride ». Les partenaires doivent réagir de concert ce qui peut demander du temps, mais ce dernier risque à son tour de diminuer l'efficacité de la relation d'où l'adoption d'un autre mode d'organisation. Parmi les perturbations, il y a le risque d'un comportement opportuniste des partenaires. Lutter contre l'opportunisme peut engendrer des coûts de transaction qui risquent de mettre à mal la relation (Peillon, 2001)[33]. Williamson considère, qu'en raison d'un risque potentiellement élevé d'apparition d'un comportement opportuniste, la structure hiérarchique sera souvent préférée au réseau d'entreprise (Fréry, 1998)[34].

Cependant, Fréchet (2004)[35] nous dit que, contrairement à ce que prône la théorie des coûts de transaction, il existe bien d'autres sources que l'opportunisme qui entraîne des conflits

[32] Williamson, O.-E. (1991). Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. *Administrative Science Quarterly*, *36*(2), 269.
[33] Peillon, S. (2001). *Le pilotage des coopérations interentreprises : le cas des groupements de PME*. (Thèse de doctorat en économie). ENSM, Université Jean Monnet - Saint-Etienne.
[34] Fréry, F. (1998). Les réseaux d'entreprises : une approche transactionnelle. Dans H. Laroche et J.-P. Nioche (Éds.), *Repenser la stratégie: fondements et perspectives* (pp. 61-84). Paris: Vuibert.
[35] Fréchet, M. (2004). *Prévenir les conflits dans les partenariats d'innovation*. FNEGE. Paris: Vuibert.

dans les relations inter-organisationnelles. L'auteur cite, par exemple, l'usage abusif du pouvoir et la non-exécution du contrat.

Les « formes hybrides » dénommées ainsi par Williamson sont donc **instables et transitoires**.

Cette vision est partagée par Hennart (1988)[36], pour qui l'issue des alliances est soit l'intégration, soit le retour à des relations marchandes. Selon l'auteur, l'issue défavorable d'une « alliance » sera considérée comme la conséquence d'un mauvais choix de mode de coordination. Considérant les « formes hybrides » comme intrinsèquement instables, la théorie des coûts de transaction ne peut en expliquer la stabilité.

Toutefois, Hennart remet en cause l'idée d'un continuum entre le « marché » et la « hiérarchie ». **Les alliances représentent des formes « discrètes »** peu nombreuses identifiables par la spécificité des actifs (complémentaires ou similaires) fournis par les partenaires (Froehlicher, 1996)[37]. Il est rejoint par Powell (1990)[38] et Thorelli (1986)[39] qui définissent les relations entre organisations (à savoir les réseaux) comme une forme d'organisation à part entière (ni marché, ni hiérarchie).

Quant à Blanchot (2006)[40], dans son essai sur « alliance et performance : un essai de synthèse », il positionne les accords entre firmes (filiales, franchises, etc…) entre les relations marchandes à transaction unique et les relations hiérarchiques à durée indéterminée (intégration). Les « alliances » se caractérisent par **des transactions récurrentes mais instables.**

De son côté, Richardson (1972)[41] considère les « formes hybrides » comme **des composantes stables et permanentes**. Il propose une autre analyse des relations inter-firmes en prenant comme unité d'analyse non plus les transactions mais les activités

[36] Hennart, J.-F. (1988). A transaction costs theory of equity joint ventures. *Strategic Management Journal*, *9*(4), 361–374.
[37] Froehlicher, T. (1996). Eléments sur le management des coopérations interentreprises, une contribution à l'analyse en termes de configurations relationnelles. (Thèse en Sciences de Gestion). Université de Nancy 2.
[38] Powell, W.-W. (1990). Neither market nor hierarchy: network forms of organization. *Research in Organizational Behaviour*, n°12, 295-336.
[39] Torelli, H.-B. (1986). Networks: Between Markets and Hierarchies. *Strategic Management Journal,* 7, 37-51.
[40] Blanchot, F. (2006). Alliances et performances: Un essai de synthèse. *Cahiers de recherche CREPA/ DRM*, 1(22). Université Paris Dauphine.
[41] Richardson, G.-B. (1972). The Organisation of Industry. *The Economic Journal*, *82*(327), 883.

économiques. Il ne se situe plus dans une logique d'échange mais de production. La spécificité des activités (semblables ou complémentaires) impacte le choix de la coordination de ces activités à savoir la firme, le marché ou la relation inter-firmes (Benmahidi, 2004)[42]. Pour Richardson, des activités qui interviennent dans un même processus de production – définies comme complémentaires - mais qui sont dissemblables doivent faire l'objet d'accords de coopération. Le choix entre « internalisation » et « coopération » se fait au regard de la technologie nécessaire pour produire l'activité (Guillouzo, 1996)[43]. Finalement, pour Richardson, une relation inter-organisationnelle est nécessaire dès lors que l'organisation ne dispose pas de toutes les capacités pour réaliser une activité (Blanchot, 2006)[44]. A ce titre, il est plus question d'une approche par les ressources que par les coûts de transaction.

Voyons maintenant les types d'accords abordés sous l'angle de la théorie des coûts de transaction.

1.2. La sous-traitance, les réseaux et le partenariat public-privé sous l'angle de la théorie des coûts de transaction

Dans le cadre de la **sous-traitance**, par rapport au marché, les coûts de recherche et de sélection d'un partenaire pour la réalisation de l'activité ainsi que les coûts de contrôle sont réduits en raison du lien qui unit le client au prestataire. D'un autre côté, le recours à des compétences différentes et spécifiques, si elles sont internalisées, augmentent les coûts d'organisation et de fonctionnement. La sous-traitance apparaît ici comme le moyen de minimiser à la fois les coûts de transaction et de production. Jolly (2001)[45] considère que, de par la définition de la transaction comme un transfert d'un produit ou d'un service entre deux unités très différenciées, **la théorie des coûts de transaction de Williamson convient mieux à l'analyse des relations dites verticales comme les relations client-fournisseur**. Et donc, concernant l'externalisation qui suppose un transfert des ressources vers le partenaire

[42] Benmahidi, M. (2004). Les rapprochements stratégiques inter-firmes : le cas de l'industrie pharmaceutique. *Working Papers*, 90. Laboratoire de Recherche sur l'Industrie et l'Innovation. ULCO. Consulté de http://www.EconPapers.repec.org.
[43] Guillouzo, R. (1996). *Les stratégies de coopération dans l'industrie informatique. Une lecture en termes de portefeuilles d'accords*. (Thèse de doctorat en Sciences de Gestion). Université de Rennes 1.
[44] Blanchot (2006), *op. cit.*
[45] Jolly, D. (2001). *Alliances interentreprises: entre concurrence et coopération*. Paris: Vuibert.

et un contrat à plus long terme, la théorie des coûts de transaction s'avèrera insuffisante pour justifier le recours à ce type de prestation (Barthélemy, 1999)[46]. En effet, elle s'attache à expliquer le recours à l'intégration verticale et non à une désintégration.

Williamson considère les réseaux comme une forme transactionnelle à part entière. D'ailleurs, de nombreux auteurs – comme Eccles, Park ou Desreumaux[47] - qualifieront les réseaux de structures dites transactionnelles. Elles sont constituées selon Fréry (1998)[48] d'acteurs autonomes qui interviennent chacun selon leurs compétences tout au long d'un processus de production. Pour les théoriciens des coûts de transaction, **le réseau est un moyen de se recentrer sur ses activités de base dans la recherche d'une maximisation du profit** (Miles et Snow, 1986)[49]. Cependant, la théorie des coûts de transaction oublie les caractéristiques structurales que pourraient adopter les réseaux (à savoir la taille, le nombre de nœuds, etc…) (Plociniczak, 2002)[50]. De plus, elle omet les échanges non économiques c'est-à-dire ceux entre les acteurs et qui peuvent diminuer les coûts de transaction. Elle a également un caractère statique par la non prise en compte de la variable « temps ». **Elle ne peut donc pas expliquer l'évolution des réseaux ou de tout type d'accord ainsi que les transformations consécutives à l'innovation ou à l'apprentissage organisationnel** (Ravix, 1996)[51].

Afin de limiter les dépenses publiques, l'Etat a recours à des partenariats public-privé dans le cadre de ses missions de service public et dans des secteurs tels que l'environnement, l'eau, l'éducation, la santé, etc. Marty et *al.* (2006)[52] considèrent ce mode de coordination comme une relation sur du moyen ou long terme. Ils la distinguent de la privatisation et de la sous-

[46] Barthélemy, J. (1999). L'externalisation: une forme organisationnelle nouvelle. Communication à l'Association Internationale du Management Stratégique, mai.
[47] Cité par Fréry, F. (1997). La chaine et le réseau. Dans P. Besson (Éd.), *Dedans, dehors : les nouvelles frontières de l'organisation* (pp. 23-52). Paris: Vuibert.
[48] Fréry, F. (1998). Les réseaux d'entreprises : une approche transactionnelle. Dans H. Laroche et J.P. Nioche (Éds.), *Repenser la stratégie: fondements et perspectives* (pp. 61-84). Paris: Vuibert.
[49] Miles, R., Snow, C. (1986). Organizations: new concepts for new forms. *California Management Review* 28(2), 68-73.
[50] Plociniczak, S. (2002). Forme hybride et réseaux: une relecture structurale de la thèse williamsonienne de la transformation fondamentale. *Working Paper CEPN*.
[51] Ravix, J. (1996*). Coopération entre les entreprises et organisation industrielle*. Paris: CNRS.
[52] Marty, F., Trosa, S., Voisin, A. (2006). *Les partenariats public-privé*. Paris: Découverte.

traitance. L'objectif du partenariat étant de faire réaliser par un prestataire privé un ouvrage dans un délai court et en mobilisant des compétences très spécifiques.

Le partenariat public-privé sera appréhendé sous l'angle de la théorie des coûts de transaction mais pas seulement. Pour les tenants de cette théorie, l'organisation publique, bureaucratique et monopolistique - avec une délégation des pouvoirs et des prises de décision qui n'engagent pas ceux qui les prennent - est incapable de minimiser ses coûts de transaction (information, négociation, exécution des contrats) (Sanni-Yaya, 2005)[53]. Elle est donc inefficiente. Il est rejoint par Leibenstein (1978)[54], père de la théorie de l'efficience-X, qui considère que les organisations publiques - qui sont sans pression externe, dans une situation de monopole et ne pouvant être en faillite - ne feraient pas d'effort et seraient donc moins efficientes que les entreprises privées. Pour ces deux auteurs, **les partenariats public-privé permettraient donc aux organisations publiques d'être plus performantes**.

La théorie des coûts de transaction est l'objet de plusieurs critiques dont nous avons déjà eu un petit aperçu mais que nous allons compléter ci-après.

Elle est critiquée pour son **manque de formalisation précise du concept de spécificité des actifs** alors que ce dernier est déterminant dans la décision de « faire », « faire-faire» ou « faire avec ». De plus, en se basant sur la spécificité des actifs, la théorie oublie de prendre en compte les risques liés à l'activité. Par exemple, d'après (Mahyaoui, 2003)[55], des activités telles que la stérilisation nécessite l'application stricte de procédures et de normes techniques. Donc, le risque potentiel d'une défaillance n'est pas négligeable et peut pousser à internaliser cette activité alors que la théorie favoriserait son externalisation.

La théorie met l'accent sur les coûts actuels or ces derniers peuvent être nécessaires pour obtenir à terme un gain. Donc, les accords dont les gains ne sont pas immédiats et qui

[53] Sanni-Yaya, H. (2005). Les partenariats privé-public comme nouvelle forme de gouvernance et alternative au dirigisme étatique: ancrages théoriques et influences conceptuelles. *La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 10(3).

[54] Leibenstein, H. (1978). On the Basic Proposition of X-Efficiency Theory. *The American Economic Review*, 68(2), 328-333.

[55] Mahyaoui, Y. (2003). *Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins*. (Thèse de doctorat en systèmes de soins hospitaliers). Université Paris VII Denis Diderot.

génèrent des coûts au démarrage ne seront pas analysés par la théorie des coûts de transaction (Joffre, 1999[56], Leflaive, 2011)[57].

Enfin, même si Williamson ne rejette pas le principe de l'opportunisme chez l'employeur, il ne traite pas en détail le phénomène (Baudry et Chassagnon, 2010)[58].

L'analyse des « formes hybrides » amènera Williamson (1991)[59] à modifier sa vision de la firme. Cette dernière ne sera plus considérée comme un système hiérarchique mais comme un système de relations entre personnes. Ces relations seront matérialisées par des contrats d'où l'appellation de la firme comme « nœud de contrats » (Coriat, Weinstein, 2010)[60] tout en restant une construction fictive. Pour Williamson, les « formes hybrides » correspondent à des contrats néoclassiques au regard du contrat classique qui représente le marché. Le contrat néoclassique se définit comme une relation bilatérale forte entre deux parties qui conservent un degré élevé d'autonomie (Coeurderoy et Quélin, 1998)[61].

2. La théorie de l'agence et des incitations (Alchian et Demsetz, 1972)[62]

2.1. Les fondements de la théorie

La théorie de l'agence traite des relations entre les membres des organisations et des coûts associés à ces relations interindividuelles. La théorie défend l'idée que les relations qui se nouent sont basées sur des contrats dans lesquels une (le principal) ou plusieurs personnes a recours aux services d'une autre personne (l'agent) pour accomplir en son nom une tâche quelconque, ce qui implique une délégation de nature décisionnelle à l'agent[63]. Comme dans le cadre de la théorie des coûts de transaction, la relation entre individus est conflictuelle du

[56] Joffre, P. (1999). L'économie des coûts de transaction ou le marché de l'entreprise à la fin du XXe siècle. Dans G.Koenig (Éd.), *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXIe siècle* (pp. 143-170). Paris: Économica.
[57] Leflaive, X. (2011). *Repenser l'entreprise et la gestion: un enjeu de société*. Paris : Economica.
[58] Baudry, B., Chassagnon, V. (2010). The close relation between organization theory and Oliver Williamson's transaction cost economics: a theory of the firm perspective. *Journal of Institutional Economics*, *6*(4), 477‑503.
[59] Williamson, O.-E. (1991). Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. *Administrative Science Quarterly*, *36*(2), 269.
[60] Coriat, B., Weinstein, O. (2010). Les théories de la firme entre «contrats» et «compétences». Une revue critique des développements contemporains. *Revue d'économie industrielle*, (129-130), 57–86.
[61] Coeurderoy et Quélin, *op. cit.*
[62] Alchian, A.-A., Demsetz, H. (1972). Production, information costs, and economic organization. *The American economic review*, 777–795.
[63] Définition de la théorie de l'agence empruntée à Jensen et Meckling.

fait de leurs divergences d'intérêts et de l'asymétrie d'information. En effet, dans la relation (principal-agent), le principal est sous informé par rapport à l'agent. D'où la nécessité d'établir des contrats. Le contrat doit encourager l'agent à fournir l'effort souhaité par le principal mais cet effort doit être récompensé.

La théorie de l'agence repose sur des hypothèses assez proches de celles de la théorie des coûts de transaction. Elle s'en distingue dans la mesure où l'hypothèse d'opportunisme - c'est-à-dire la recherche par l'agent de son propre intérêt en utilisant la ruse - ainsi que la spécificité des actifs n'occupent pas une place centrale dans la théorie (Koenig 1999)[64]. De plus, les agents étant plus rationnels, il est possible de mettre en place des contrats optimaux (et non plus incomplets) grâce à un système d'incitation.

La théorie des incitations repose sur les relations d'agence. L'agent détient un potentiel de savoir-faire et d'information indispensables pour le principal mais qui peut être à l'origine d'une asymétrie d'information. Des mécanismes incitatifs peuvent résoudre les problèmes de l'asymétrie de l'information (Brousseau et Glachant, 2000)[65] et de la divergence d'intérêts entre le principal et l'agent. C'est le cas dans la relation entre des actionnaires et des dirigeants d'une entreprise ou entre un employeur et un employé au sein d'une firme. Laffont (2006)[66] compare la théorie des incitations à une théorie des jeux simplifiée où le principal a tous les pouvoirs de fixer les règles du jeu pour pousser l'agent à effectuer tous les efforts attendus.

La théorie des incitations, initialement focalisée sur les relations formelles, s'est penchée sur **les relations informelles**. Cette approche définit ses relations comme des contrats relationnels. Cependant, les éléments sur lesquels reposent ces contrats à savoir les habitudes, les coutumes rentrent en contradiction avec l'hypothèse de rationalité des agents de la théorie des incitations (Gibbons, 2005)[67].

---

[64] Koenig, G. (1999). *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXIe siècle*. Paris: Économica.

[65] Brousseau, E., Glachant, J.-M. (2000). Introduction : Économie des contrats et renouvellements de l'analyse économique. *Revue d'économie industrielle*, *92*(1), 23‑50.

[66] Laffont, J.-J. (2006). À propos de l'émergence de la théorie des incitations. *Revue française de gestion*, 32(160), 177‑190.

[67] Gibbons, R. (2005). Incentives between firms (and within), *Management Science,* 51, 2-17.

La théorie positive de l'agence (dont les fondateurs sont Jensen et Meckling, 1976)[68] va élargir la notion de relations : elles ne seront plus forcément des relations d'autorité, des relations principal/agent, des relations asymétriques, et elles pourront concerner plus de deux acteurs. En effet, le mode de coordination recherché ne sera pas forcément hiérarchique (du principal vers l'agent) mais pourra être sur un mode « coopératif », c'est-à-dire bi-directionnel (Charreaux, 2000)[69].

La théorie de l'agence abordera aussi les relations informelles constituées par les relations entre un supérieur et ses subordonnés et fondées sur la confiance ou la loyauté (Charreaux, 1990)[70].

2.2. La filiale commune et l'externalisation analysées sous l'angle de la théorie de l'agence et des incitations

La création d'une filiale commune est très souvent assimilée à la création d'une « agence ». Les filiales communes internationales sont une alternative à l'implantation locale d'une entreprise. Elles sont très présentes dans les pays émergents. Elles facilitent l'accès à un marché dans des pays difficilement accessibles à des investissements étrangers directs (Meschi, 2009)[71]. Les rôles des partenaires sont bien distincts : le partenaire étranger apporte, par exemple, le financement, la technologie, etc. et le partenaire local sa connaissance du marché, et des réglementations locales. Toutefois, l'accord qui lie les partenaires semble plus important que la création de la structure commune en raison de l'importance des actifs mis dans la relation et du risque partagé par les partenaires.

La sous-traitance est une relation d'autorité entre un donneur d'ordre et un sous-traitant. Elle sera analysée avant tout par la théorie des couts de transaction (choix entre « faire » et « faire-faire » dans une logique de réduction des coûts). Pour les tenants de la théorie de

[68] Jensen, M.-C., Meckling W.-H. (1976). Theory of The Firm : Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, 3, 305-360.
[69] Charreaux, G. (2000). La théorie positive de l'agence: positionnement et apports. *Revue d'économie industrielle*, 92(1), 193–214.
[70] Charreaux, G. (1990). La théorie des transactions informelles : une synthèse. *Economies et sociétés*. Série *Sciences de Gestion*, 15, 137-161.
[71] Meschi, P-X. (2009). Les alliances entre grandes entreprises : le cas des joint ventures. Dans O. Meier (Éd.), *Stratégies de croissance fusions-acquisitions, alliances stratégiques, développement interne* (pp. 109-126). Paris: Dunod.

l'agence, les relations dans le cadre de la sous-traitance sont assimilables à celles entre un employeur et un salarié. Ainsi, le contrat incitatif poussera le sous-traitant à honorer ses engagements.

Petit à petit, à partir des années 1970, les modalités de la sous-traitance se modifient et tendent vers une relation plus poussée (du « faire-faire » vers le « faire avec ») (Baudry, 1993)[72]. La relation se caractérise par un allongement de sa durée, un apport technologique possible du partenaire, la délégation d'une activité, etc. Elle est assimilée à de l'**externalisation** (Barthélemy, 1999)[73]. Pour l'auteur, le concept de spécificité des actifs dans la théorie des coûts de transaction peine à expliquer l'externalisation qui suppose le transfert vers le partenaire des ressources utilisées pour l'activité qui était jusque là réalisée en interne. Par contre, la mise en place d'incitations comme la conclusion d'un contrat entre les deux parties, et l'assurance de gains mutuels peuvent faciliter la mise en place d'une relation profitable aux deux parties.

Les accords entre organisations constituent donc une structure de gouvernance adaptée et non pas un « rejet » du marché comme dans le cadre de la théorie des coûts de transaction (Guillouzo, 1996)[74]. La coopération se positionne comme une alternative au marché et à l'internalisation en cherchant à minimiser à la fois les coûts de transaction et les coûts d'agence.

La théorie de l'agence n'échappe pas à quelques critiques. En effet, les individus ne rechercheraient dans la relation **que des gains financiers**. Il est vrai que le champ de la théorie est plutôt celui des entreprises privées et de leurs rapports avec les marchés essentiellement financiers.
Par ailleurs, la relation étant asymétrique, nous en apprenons plus sur les intérêts que le principal retire d'une relation d'agence car c'est l'objectif du principal dont il est question dans la relation d'agence (Charreaux, 2000)[75].

---

[72] Baudry, B. (1993). Partenariat et sous-traitance : une approche par la théorie des incitations. *Revue d'économie industrielle*, 66(1), 51-68.
[73] Barthélemy (1999), *op. cit.*
[74] Guillouzo, *op. cit.*
[75] Charreaux (2000), *op. cit.*

De manière plus générale, il est reproché à la théorie des contrats – théorie des coûts de transaction et théorie de l'agence - de n'intégrer dans leur principe **ni la temporalité ni l'éventualité de modification de l'environnement** de la firme sous la pression technologique. Or, nous verrons plus tard que les accords entre organisations peuvent évoluer dans le temps. De plus, une organisation qui a, dans le passé, établi des relations avec un partenaire sera plus enclin à en établir de nouveau.

Par ailleurs, **les courants de la théorie des contrats n'envisagent pas la firme comme un lieu de création de ressources mais plutôt d'allocation de ressources**. En particulier, la théorie des coûts de transaction considère la spécificité d'un actif en amont du processus de production guidant ainsi le choix organisationnel mais elle n'envisage pas qu'une firme puisse créer un output spécifique (Boissin, 1999)[76]. Donc, si la firme possède bien des ressources, la théorie des contrats ne dit rien sur la manière dont elle les a produit, ni comment elle pourrait créer ou acquérir de nouvelles ressources (Cohendet et Diani, 2003)[77]. Or, des accords tels que certaines alliances sont noués pour acquérir de nouvelles ressources. Ils ne pourront donc pas être expliqués par la théorie des contrats. Enfin, comme il semble difficile de calculer des coûts de transaction, les accords entre organisations ne seront donc justifiés qu'*a posteriori* (Garrette et Dussauge, 1995)[78].

Par contre, des approches comme la théorie des jeux vont se démarquer des courants à dominante économique comme l'approche par les coûts de transaction ou d'agence. La théorie des jeux va centrer l'analyse d'une relation inter-organisationnelle non plus sur la nature de la relation recherchée mais sur l'individu (Raulet-Croset)[79] et les conséquences du choix de son action.

[76] Boissin, O. (1999). La construction des actifs spécifiques : une analyse critique de la théorie des coûts de transaction. *Revue d'économie industrielle*, 90, 7-24.
[77] Cohendet, P., Diani, M. (2003). L'organisation comme une communauté de communautés croyances collectives et culture d'entreprise. *Revue d'économie politique*, 113(5), 697.
[78] Garrette et Dussauge (1995), *op. cit.*
[79] Raulet-Croset, N. (1999). Processus de structuration et émergence de la coopération. Dans T. Froehlicher, S. Vendemini (Éds.), *Connivences d'acteurs, contrats, coopération inter-entreprises et métamorphose des organisations* (pp. 225-240). Bar-Le-Duc : Presses Universitaires de Nancy.

3. La théorie des jeux (Morgenstern et Von Neumann, 1953)[80]

3.1. Les fondements de la théorie

La théorie des jeux envisage un accord comme l'établissement d'une entente ou d'une coalition qui serait préférée à une position de « cavalier seul » ou de « concurrent ». En effet, pour les tenants de cette théorie, les individus ne disposent que de deux choix : la coopération ou l'affrontement. Haeringer (2003)[81], dans son article « sur la coopération dans les jeux non coopératifs », nous fait part de l'incapacité à l'heure actuelle pour la théorie des jeux à modéliser une relation partielle entre organisations. Pour lui, seule la théorie des contrats incomplets appréhenderait les accords partiels puisque par essence, seuls les objectifs communs sont inscrits dans le contrat. Ce qui laisse aux partenaires la possibilité d'avoir des objectifs propres.

La théorie des jeux analyse la pertinence des comportements à savoir les avantages et les inconvénients à entrer dans un accord ou à rester à l'écart (Michalet, 1988[82] ; Morer, 2003[83]). Cette théorie accorde **un rôle central aux résultats** puisqu'elle part de ces derniers pour déterminer la meilleure stratégie d'action que l'individu doit mener (Grandval et Hikmi, 2005)[84]. Cependant, ce dernier étant doté d'une rationalité « calculatrice », il aura tendance à poursuivre des intérêts qui lui sont propres. Il ne penchera donc pas vers la coopération mais plutôt vers le conflit (Schmidt, 2001)[85]. La théorie repose sur une hypothèse forte à savoir que chaque joueur dispose d'une information parfaite sur le jeu et les caractéristiques des autres joueurs (Guerrien, 2002)[86]. Par contre, un joueur ne sait pas ce que l'autre joueur va adopter comme comportement.

---

[80] Morgenstern, O., Von Neumann, J. (1953). *Theory of Games and Economic Behavior* (3e éd). Princeton: PUP.
[81] Haeringer, G. (2003). Sur la coopération dans les jeux non coopératifs. *Revue d'économie industrielle*, 103, 175-190.
[82] Michalet, C.-A. (1988). Les accords inter-firmes internationaux: un cadre pour l'analyse. Dans R. Arena, L. Benzoni, J. De Bandt, et *al.* (Éds.), *Traité d'Economie Industrielle* (pp. 278-290). Paris : Economica.
[83] Morer, M. (2003). Stratégies de coopération fiscale horizontale entre collectivités locales de même taille : une analyse fondée sur la théorie des jeux. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 1, 83.
[84] Grandval, S., Hikmi, A. (2005). L'apport de la théorie des jeux à la démarche d'analyse stratégique. *Vie & sciences de l'entreprise*, (3)6, 168-169.
[85] Schmidt, C. (2001). *La théorie des jeux: essai d'interprétation*. Paris: Presses universitaires de France.
[86] Guerrien, B. (2002). *La théorie des jeux* (3ème édition). Paris : Economica.

Axelrod (2006)[87] va démontrer que **les équilibres non coopératifs sont plus mauvais que les équilibres coopératifs**. En effet, il est plus qu'improbable que les acteurs aient systématiquement que des intérêts contradictoires qui les feraient rejeter la coopération. De plus, malgré un environnement de compétition, l'individu a tout intérêt à coopérer si des collaborations futures sont envisagées où si les rencontres entre les individus se répètent (Brasseur, 2005)[88]. D'après Parkhe (1993)[89], les individus qui perçoivent l'éventualité dans le futur d'une nouvelle collaboration seront tentés de ne pas adopter aujourd'hui un comportement opportuniste. En effet, le comportement d'aujourd'hui est conditionné par les perspectives de collaborations futures (Axelrod, *cf. supra*).

3.2. La coopétition et la sous-traitance appréhendées sous l'angle de la théorie des jeux

La théorie des jeux va « *populariser* » la notion de relations entre concurrents dénommées **relations de coopétition** (Dagnino et *al.*, 2007)[90]. Dans le domaine des assurances, c'est une relation de type « gagnant-gagnant » entre les différents partenaires qui est sous-tendue dans la relation de coopétition par la théorie des jeux (Okura, 2007)[91]. Les firmes peuvent tirer des avantages à la fois de la compétition (qui motive la recherche de profit) et de la coopération (qui facilite l'accès à des ressources rares). Cependant, la théorie des jeux n'apporte pas suffisamment d'explication sur la stratégie de coopétition en elle-même.

Concernant les relations entre partenaires non concurrents, la **sous-traitance**, dans son modèle traditionnel, est perçue comme un mode de coordination instable, non-coopératif et agressif dans la théorie des jeux (Baudry, 1993)[92]. Chaque partenaire poursuit son intérêt personnel selon l'auteur.

---

[87] Axelrod, R. (2006). *Comment réussir dans un monde d'égoïstes : théorie du comportement coopératif*. Paris: O. Jacob.
[88] Brasseur, M. (2005). Effets de surprise dans le dilemme du prisonnier. *WP 741, CREGAM*, IAE Aix.
[89] Parkhe, A. (1993). Strategic alliance structuring: a game theoric and transaction cost examination of interfirm cooperation. *Academy of Management Journal*, 36(4), 794‑829.
[90] Dagnino, G.-B, Le Roy, F., Yami, S. (2007). La dynamique des stratégies de coopétition. *Revue française de gestion*, 176, 87-98.
[91] Okura, (2007). Coopetitives strategies of Japonese Insurance firm. *International Studies of Management & Organization*, 37(2), 53-60.
[92] Baudry (1993), *op. cit.*

La théorie des jeux n'échappera pas aux critiques. Sa **modélisation mathématique, jugée trop restrictive**, serait quelque peu inefficace pour appréhender la complexité du réel et donc apporter une solution. Cette critique sera balayée par des théoriciens qui considèrent que la théorie des jeux n'a pas vocation à fournir une stratégie mais plutôt des indications sur les conséquences de telle ou telle action (Aumann, 1987).[93] Par ailleurs, la théorie suppose que les acteurs sont des êtres rationnels qui recherchent la maximisation de leurs gains. Or, si le joueur est en position de faiblesse, il cherchera plutôt à minimiser ses pertes qu'à maximiser ses gains. D'autre part, si certains joueurs adoptent un comportement rationnel, cela ne préjuge pas d'un comportement similaire des autres joueurs (Wasmer, 2010)[94].

A la fin des années 1980, l'approche par l'économie des conventions fait son apparition en France. Ce courant arrive en réaction à l'insuffisance des théories abordées précédemment à expliquer des relations durables entre acteurs. La vision de la firme se modifie : nous passons de la firme « lieu de production » à la firme « lieu de conventions » (Montmorillion (de), 1999)[95].

4. La théorie des conventions (Lewis, 2002)[96]

4.1. Les fondements de la théorie

La théorie repose sur l'hypothèse d'un avenir incertain et les conventions sont utilisées pour apporter de la certitude. Contrairement aux théories précédentes, les comportements individuels ne sont plus opportunistes et les individus sont amenés à adopter des comportements de confiance. Les motivations ne se réduisent pas à la maximisation du profit mais intègrent aussi l'engagement réciproque des acteurs dans la recherche d'un intérêt commun.

[93] Aumann, R.-J. (1987). *Game Theory, The New Palgrave*. Londres: MacMillan.
[94] Wasmer, E. (2010). Théorie des jeux : concepts fondamentaux. Dans E. Wasmer (Éd.), *Principes de microéconomie* (pp. 358-380). Paris : Pearson Education France.
[95] Montmorrillon (de), B. (1999). Théorie des conventions, rationalité mimétique et gestion de l'entreprise. Dans G. Koenig (Éd.), *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXIe siècle* (pp. 171-198). Paris: Économica.
[96] Lewis, D. (2002). *Convention: a philosophical study*. Oxford: Blackwell.

Les conventions correspondent à des règles de conduite partagées par un groupe de personnes. L'individu est incité à imiter le comportement des autres agents de l'organisation (Bollecker et Mathieu, 2008)[97].

La rationalité mimétique se substitue à la rationalité limitée des acteurs. Ce courant donne de l'importance aux routines mais ne dit rien sur la façon de les faire évoluer, d'en limiter les effets éventuellement pervers (Joffre et Montmorillon (de), 2001)[98] .

Les relations vont être coordonnées par des conventions. Les conventions se différencient du contrat car elles sont imposées par l'extérieur (financeur, régulateur, etc.) donc non construites par les agents. Par contre, tout agent est libre de l'adopter ou non (Gadreau, Jaffre et *al.*, 1999)[99].

La théorie des conventions traite avant tout des phénomènes de coordination de l'organisation productive. Toutefois, cette approche repose sur l'existence de règles (les conventions) qui facilitent la coopération même si elles n'ont pas été conçues pour cela (Béjean, 1997)[100]. D'après cet auteur, la convention est définie comme un accord collectif, tacite ou explicite, une règle de comportement qui apparaît comme « *le cadre constitutif de la coopération, et comme le résultat de cette coopération* ». En effet, pour se coordonner, les individus ont besoin de repères communs.

4.2. Le réseau étudié sous l'angle de la théorie des conventions

Dans la perspective des conventionnalistes, le réseau[101] favorise les comportements collectifs donc coopératifs en instaurant des liens basés sur la confiance. La coordination

[97] Bollecker, M., Mathieu, P. (2008). Vers des systèmes de mesure des performances sociétales : l'apport des conventions. *Revue française de gestion*, *34*(180), 89−102.

[98] Joffre, P., Montmorillon (de), B. (2001). Théories institutionnelles et management stratégique. Dans A.-C. Martinet et R.-A. Thietard (Éds.), *Stratégies : actualité et futurs de la recherche* (pp. 229-248). Paris: Vuibert.

[99] Gadreau, M., Jaffre, D., Lanciau, D. (1999). La recomposition en réseaux du système hospitalier. Entre contraintes, contrats et conventions. *Finance Contrôle Stratégie*, 2(4), 53-75.

[100] Béjean, S. (1997). Les nouvelles approches théoriques en économie de la santé. Fondements épistémologiques, divergences et convergences ? Dans T. Lebrun, J.-C. Sailly (Éds.), *Dix ans d'avancées en économie de la santé* (pp. 3-30). Montrouge : John Libbey Eurotext.

[101] défini comme des modes de coordination incluant les alliances ou comme des structures à part entière.

entre les individus prend appui sur des règles appelées conventions (Béjean et Gadreau, 1997)[102].

La théorie des conventions n'échappe pas à quelques critiques. Pour Favereau (1989)[103], les conventions sont un moyen de coordonner des actions dans un contexte d'incertitude mais elles **n'expliquent pas les raisons d'agir ains**i. Selon Husser (2009)[104], l'imitation serait la seule action possible dès lors que l'acteur se trouve dans une situation d'incertitude. Or, selon Montmorillon (de) (1999)[105], un acteur peut imiter un comportement par paresse, ou bien pour être accepté dans un groupe, ou encore par peur de sanctions.

Par ailleurs, les conventionnalistes **négligent le conflit** dans les relations sociales : Il n'intervient que pour perturber des coordinations déjà établies. Enfin, excepté toutefois dans l'ouvrage de Salais et Storper (1993), il y aurait chez les conventionnalistes des confusions entre les concepts de conventions, de règles et d'institutions[106].

Enfin, les conventions étant imposées, **l'explication de leur genèse est occultée** par les conventionnalistes.

Pour finir, la convention ne constitue pas la solution mais **une solution parmi d'autres** pour résoudre un problème soulevé et elle peut donc être considérée comme **arbitraire** (Batifoulier, 2001)[107].

La pensée stratégique des années 1970 et 1980 repose sur l'analyse de l'avantage concurrentiel de la firme au regard de sa position sur un marché. Elle privilégie donc l'environnement de l'organisation. Elle se situe dans une logique d'échange (le marché est le seul mode d'allocation de ressources). Elle stipule ce qui se passe à l'intérieur d'une firme ne peut expliquer ce qui se passe à l'extérieur.

---

[102] Béjean, S., Gadreau, M. (1997). Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé. *Revue d'économie industrielle*, 81(1), 77‑97.
[103] Favereau O. (1989). Marchés internes, marchés externes. *Revue Économique*, *(*40)2, 273-328.
[104] Husser, P.-J. (2009). La théorie des conventions : quelle logique organisationnelle ? *Vie & sciences de l'entreprise*, *182*(2), 75.
[105] De Montmorillon (1999), o*p.cit.*
[106] Salais, R., Storper, M. (1993). *Les mondes de production, enquête sur l'identité économique de la France*. Paris : Editions de l'EHESS.
[107] Batifoulier, P. (2001). *Théorie des conventions*. Paris: Economica.

Or, dans les années 1980 et 1990, l'analyse stratégique avec l'approche par les ressources va remettre l'organisation au centre de l'analyse en étudiant ce qu'elle est capable de faire (Fréchet, 2004)[108]. La logique devient une logique de production où la firme devient un lieu de création de ressources.

5. L'approche par les ressources (Penrose, Wernefelt, Barney et Grant)

Selon Leiblein (2011)[109], chaque année, depuis une vingtaine d'années, plus de 100 articles citent l'approche par les ressources. Elle fera même l'objet d'articles spécifiques dans les années 1990 (Barney, Ketchen et Wrigth, 2011)[110].

5.1. Les fondements de l'approche par les ressources

L'approche par les ressources se penche sur l'étude des modes de coordination favorables à l'objectif de création de ressources au sein ou entre les entreprises. Le niveau d'analyse n'est ni l'individu, ni le contrat ou le marché mais la firme. Contrairement aux approches précédentes, l'entreprise va pouvoir agir sur son environnement alors que jusqu'à présent elle le « subissait ».

Les différents courants fondés sur les ressources et les compétences (l'approche Ressource-Based-View, la théorie des compétences centrales, la théorie des capacités dynamiques, la théorie de la connaissance et l'approche évolutionniste) se revendiquent de Penrose[111] pour qui les ressources constituent l'unité élémentaire de la firme (Koenig, 1999)[112]. Sa définition des ressources comme éléments tangibles (machines, usines, etc.) et intangibles (compétences, image de marque, etc.) très axée sur la nature des ressources évoluera dans le temps (Timsit, 2009)[113]. Elle deviendra plus générale, à l'instar de Wernerfelt (1984)[114]

---

[108] Fréchet, *op. cit.*
[109] Leiblein, M.-J. (2011). What Do Resource-and Capability-Based Theories Propose? *Journal of Management*, 37(4), 909–932.
[110] Barney, J.-B., Ketchen, D.-J., Wright, M. (2011). The Future of Resource-Based Theory: Revitalization or Decline? *Journal of Management*, 37(5), 1299‑1315.
[111] Penrose, E.-T. (1959). *The Theory of the Growth of the Firm*. Wiley.
[112] Koenig (1999), *op. cit.*
[113] Timsit, J-.P. (2009). De la croissance de la firme selon une approche interne : génération, acquisition et combinaison de ressources. Dans O. Meier (Éd.), *Stratégies de croissance fusions-acquisitions, alliances stratégiques, développement interne* (pp. 47-60). Paris: Dunod.
[114] Wernerfelt, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic management journal*, 5(2), 171–180.

pour qui les ressources sont « tous les actifs qui composent une entreprise et qui constituent une force ou une faiblesse pour elle ». Pour Grant (1991)[115], le savoir-faire, les brevets, le capital, les équipements productifs sont des ressources.

La firme est donc définie comme un ensemble de ressources et de compétences qui lui serviront à atteindre une performance supérieure à celle de ses rivales. **Les tenants de cette approche s'opposent aux néoclassiques** qui ne considèrent pas les ressources comme un facteur de production de la firme. Ainsi donc, la configuration organisationnelle issue de la mobilisation des ressources de la firme va impulser une stratégie qui lui permettra d'avoir un avantage concurrentiel. Cette vision diffère de la théorie de la contingence selon laquelle, c'est la stratégie qui aura un impact sur la structure organisationnelle (Pertusa-Ortéga et *al.*, 2010)[116]. L'approche par les ressources ne vient pas se substituer mais complète la théorie de la contingence dans le cadre d'une stratégie de compétition.

Au départ, l'approche par les ressources, qui considère que la firme doit protéger ses ressources pour maintenir un avantage concurrentiel, s'oppose à toute forme de stratégie de relations inter-organisationnelles. Cependant, avec la complexité croissante des produits et services à réaliser, la firme a besoin de plus en plus de partenaires pour y parvenir (Fernandez et Le Roy, 2010)[117].

La problématique de l'approche par les ressources est la suivante : il s'agit non seulement de réfléchir sur les modes appropriés à l'échange de ressources existantes mais aussi de trouver comment accéder à de nouvelles ressources et en faire bon usage. En effet, les ressources en tant que telles n'ont pas de valeur mais c'est leur utilisation qui permet de créer des activités qui vont procurer un avantage concurrentiel à la firme (Cauvin, 2000)[118]. Les ressources, quelles qu'elles soient, peuvent donc provenir de relations inter-

[115] Grant, R.-M. (1991). The Resource-based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation. *California Management Review, University of California*, 114-135.
[116] Pertusa-Ortega, E.-M., Molina-Azorín, J.-F., Claver-Cortés, E. (2010). Competitive strategy, structure and firm performance: A comparison of the resource-based view and the contingency approach. *Management Decision*, 48(8), 1282‑1303.
[117] Fernandez, A.-S., Le Roy, F. (2010). Pourquoi coopérer avec un concurrent ? *Revue française de gestion*, 204, 155-169.
[118] Cauvin, E. (2000). L'approche fondée sur la gestion des activités. Dans J.-L. Arrègle, E. Cauvin, M. Ghertman, B. Grand et P. Rousseau (Éds.), *Les Nouvelles approches de la gestion des organisations* (pp. 131-192). Paris: Economica.

organisationnelles. Ces dernières facilitent l'accès à des ressources manquantes, ou rares et spécifiques. Ainsi, les accords inter-organisationnels peuvent être un moyen d'échanger et de partager des connaissances et des savoir-faire.

L'approche par les ressources se focalise au départ sur la recherche pour la firme d'un avantage concurrentiel. La recherche d'un avantage concurrentiel en termes de position dominante sur un marché (approche de Porter) va laisser la place à celle d'un avantage comparatif fondé sur les ressources.

Les tenants de l'approche par les ressources se demandent si cet avantage peut être obtenu par une alliance ou par la fusion-acquisition. Pour Chi (1994)[119], le choix entre la fusion et l'alliance est fonction des caractéristiques des ressources des deux firmes complémentaires. Mais aussi, du degré d'accès aux compétences : partiel dans le cas d'une alliance, total dans le cas d'une acquisition (Mayrhofer, 2007)[120]. Jeminson (1986)[121] ou plus récemment Vermeulen et Barkema (2001)[122] considèrent la fusion-acquisition comme la solution à l'acquisition de nouvelles connaissances. Pour les tenants de la théorie de la dépendance des ressources, c'est seulement un moyen comme un autre.

En effet, pour eux, les relations inter-organisationnelles sont considérées comme étant le moyen le plus efficace au regard du marché et de la fusion pour **accéder aux ressources et compétences que la firme ne possède pas** (Combe, 1998)[123]. Car, dans le cas d'une fusion, la firme acquiert toutes les ressources de l'autre firme même celles dont elle n'a pas besoin. Cette acquisition peut nuire à son développement surtout si le volume de ressources à absorber dépasse sa capacité d'absorption.

Les évolutionnistes, quant à eux, considèrent que les fusions-acquisitions permettent d'acquérir de nouvelles routines, de nouvelles pratiques. La question qui se pose dans ce cas là est la suivante : les nouvelles routines vont-elles supplanter les anciennes ? Les anciennes et les nouvelles routines vont-elles cohabiter ?

---

[119] Chi, T. (1994). Trading in Strategic Ressources : Necessary Conditions, Transaction Cost Problems, and Choice of Exchange Structure. *Strategic Management Journal*, 15(4), 271-290.

[120] Mayrhofer, *op. cit.*

[121] Jemison, D. (1986). Strategic capability transfer in acquisition integration. *INSEAD Working Paper*.

[122] Vermeulen, G. A. M., Barkema, H. G. (2001). Learning through acquisitions. *Academy of Management Journal*, 44(3), 457-476.

[123] Combe, E. (1998). Pourquoi les firmes s'allient-elles? : Un état de l'art. *Revue d'économie politique*, 108(4), 433-476.

Pour les auteurs ci-dessus, les fusions-acquisitions ne sont pas des alliances. Toutefois, les fusions-acquisitions peuvent être la forme la plus aboutie de l'alliance en termes de rapprochement entre organisations. Ils rejoignent Williamson (1991)[124] qui classe les fusions-acquisitions dans la hiérarchie et les alliances en tout genre (dont l'externalisation et la quasi-intégration) dans les « formes hybrides ».

L'approche par les ressources et la théorie des coûts de transaction ont été les principales théories mobilisées pour traiter de **l'issue des alliances**. Kale et Singh (2009)[125] ont étudié l'échec des alliances. Selon eux, le taux d'échec des relations qu'ils nomment alliances[126] est élevé. C'est ainsi qu'en 2009, ils écrivent un article décrivant les conditions pour qu'une alliance réussisse. Pour cela, ils font appel, entre autres, à la théorie des coûts de transaction et à l'approche par les ressources. Un autre auteur, Cheriet (2009)[127] aborde le sujet sous l'angle de deux courants de l'approche par les ressources: celui de l'apprentissage organisationnel et celui de la théorie de la dépendance des ressources. Pour le premier courant, la fin de l'apprentissage par un des partenaires signe la fin de la relation sans pour autant signifier un échec de la relation. Pourtant, Hennart et Zeng (2002)[128] considèrent que la fin de l'apprentissage par le partenaire n'a qu'un faible impact sur l'issue de la relation. Pour les tenants de la théorie de la dépendance des ressources fondée sur le pouvoir de négociation, si ce dernier change de camp, la relation entre les partenaires risque de se dissoudre.

L'approche par les ressources - dont les auteurs fondateurs sont Penrose, Barney, Wernerfelt et Grant - va donner lieu à plusieurs développements ayant à la fois des points communs et des spécificités (Prévot, Bulhart et *al.*, 2010)[129]. C'est ce que nous allons maintenant aborder.

---

[124] Williamson (1991), *op. cit.*

[125] Kale, P., Singh, H. (2009). Managing Strategic Alliances: What Do We Know Now, and Where Do We Go From Here? *Academy of Management Perspectives*, 23(3), 45-62.

[126] Alliance : accéder à des nouvelles ressources et de nouveaux marchés. Croître et accroitre son avantage.

[127] Cheriet, F. (2009). *Instabilité des alliances stratégiques asymétriques : Cas des relations entre les firmes multinationales et les entreprises locales agroalimentaires en Méditerranée*. (Thèse de doctorat en Sciences de Gestion). Centre International d'Etudes Supérieures en Sciences Agronomiques, Montpellier.

[128] Hennart, J.-F., Zeng, M. (2002). Cross Cultural differences and joint venture longevity. *Journal of International Business Studies*, 3(4), 699-716.

[129] Prévot, F., Brulhart, F., Guieu, G., Maltese, L. (2010). Perspectives fondées sur les ressources. Proposition de

5.2. Les principaux courants de l'approche par les ressources

Nous examinons les différents courants de l'approche par les ressources à savoir la théorie évolutionniste, l'approche Ressource-Based-View, la théorie des compétences et celle des capacités pour finir par la théorie de la dépendance des ressources.

La théorie évolutionniste (Dosi, 1994[130] ; Nelson et Winter, 1982[131]) définit l'entreprise comme un organisme qui cherche les meilleures façons de s'adapter aux exigences de son environnement en s'appuyant sur les routines organisationnelles (Desreumaux, 2005)[132]. La firme est donc considérée, par les évolutionnistes, comme un ensemble de compétences et de routines et les **accords comme des adjonctions de compétences issus des interactions entre individus**. La firme assimilée à un lieu d'apprentissage va permettre d'apprendre et/ou de créer de nouvelles routines donnant ainsi une existence à la firme. La théorie évolutionniste légitime la variété des firmes - sur le plan de leurs caractéristiques et de leur performance - en raison du caractère spécifique des routines et de leurs évolutions (Coriat, Weinstein, 2010)[133]. Les routines constituent un gisement de savoir-faire qui vont aider les firmes à faire face à leur environnement.

Toutefois, la théorie ne recherche pas spécifiquement les sources de l'avantage concurrentiel pour la firme mais s'apparente plutôt à une théorie de l'évolution des firmes industrielles (Mathy, 2000)[134] dans un environnement changeant. Cependant, les firmes sont contraintes dans leur évolution par leurs investissements antérieurs et leurs routines (Dosi, 1990)[135]. Malgré tout, la firme peut sortir de son sentier déterminé grâce au développement

---

synthèse. *Revue française de gestion*, 36(204), 87‑103.

[130] Dosi, G., Marengo, L. (1994). Some elements of an evolutionary theory of organization competences. In R.-W. England (Éd.), *Evolutionary concepts in contemporary economics* (pp. 157-178). The University of Michigan Press.

[131] Nelson, R.- R., Winter, S.-G. (1982). *An evolutionary theory of economic change*. Cambridge, Mass.: Belknap Press of Harvard University Press.

[132] Desreumaux, A. (2005). *Théorie des organisations* (2e éd.). Colombelles France: Éditions EMS management & société.

[133] Coriat et Weinstein, *op. cit.*

[134] Mathy, C. (2000). *La Régulation hospitalière*. Paris: Economica : Médica éd.

[135] Dosi, G., Teece, D.-J., Winter, S.-G. (1990), Les frontières des entreprises: vers une théorie de la cohérence de la grande entreprise, *Revue d'Économie Industrielle*, 51(1), 238-254.

d'actifs secondaires pouvant se substituer à l'activité principale (Coriat et Weinstein, 2010)[136].

Un reproche émis à l'encontre de la théorie évolutionniste est que les savoirs ne s'acquièrent que par imitation du comportement de ceux qui en ont (Bessy, 1997)[137]. De plus, la **notion de compétences reste quelque peu obscure** n'étant pas vraiment définie par la théorie. Celle-ci met en évidence plus la raison de nouer des accords que les types d'accords qui seraient appropriés (Brousseau, 2000)[138].

L'approche **Ressource-Based-View** (Wernerfelt, 1984[139] ; Barney, 1991[140]) va compléter la théorie évolutionniste. Elle se focalise sur l'exploitation la plus efficace possible des ressources existantes. Barney considère que les ressources internes les plus importantes sont les ressources organisationnelles car les autres peuvent s'acquérir à l'extérieur (Depeyre, 2005[141]).

L'approche Ressource-Based-View précise la notion de ressources. En particulier, celles-ci sont rares, non échangeables, difficilement imitables et substituables. Sa logique repose sur le développement, par la firme, de ressources internes uniques qui créeront de la valeur pour la firme lui procurant ainsi un avantage sur les autres firmes. Ces ressources, par leur statut, seraient une barrière à l'imitation par les concurrents mais, d'après Bensebaa (2006)[142], **la théorie des ressources n'apporte pas vraiment d'explication sur la manière dont les ressources entravent l'imitation**.

L'approche Ressource-Based-View sera critiquée en particulier pour son **manque de clarté dans la définition du concept de ressources** (Weppe et *al.*, 2012)[143]. Les auteurs notent

---

[136] Coriat et Veinstein, *op. cit.*

[137] Bessy, C. (1997). *L'hypothèse de connaissance tacite dans la théorie évolutionniste de la firme*. Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi (CEE).

[138] Brousseau, E. (2000). La gouvernance des processus de coopération. Dans B. Bellon, C. Voisin et A. Plunket (Éds.), *La Coopération Industrielle.* Paris : Economica.

[139] Wernerfelt, *op. cit.*

[140] Barney, J-B. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99‑120.

[141] Depeyre, C. (2005). Retour sur la théorie des ressources. *Le Libellio d'Aegis*, 1, 9–14.

[142] Bensebaa, F. (2006). Impact de la complexité des stratégies sur l'évitement de la concurrence. *Management & Marketing*, 4(1), 5-27.

[143] Weppe, X., Warnier, V., Lecocq, X., Fréry, F. (2013). Quand les postulats d'une théorie induisent de

aussi que **le caractère rare des ressources peut engendrer un comportement non « coopératif »** par peur de l'imitation par des concurrents. Une autre critique, émanant des mêmes auteurs, porte sur les ressources dites stratégiques qui seraient les seules permettant à la firme de se développer, ce qui sera contredit par des exemples. Enfin, Fréchet (2004)[144] considère que pour obtenir un avantage concurrentiel, la firme ne peut faire l'impasse des facteurs externes à elle dans la mesure où les alliances stratégiques se déroulent dans un environnement turbulent.

La théorie fondée sur les compétences fondamentales (Prahalad et Hamel, 1990)[145] définit les ressources comme le savoir collectif de l'organisation. Le pôle de compétences se substitue au portefeuille d'activités des années 1970. Les compétences sont constituées d'un ensemble d'aptitudes et de techniques nécessaires pour coordonner les ressources. Le développement de ces compétences inimitables rend la firme performante. Toutefois, la théorie se centre sur la firme et **n'envisage pas la relation entre organisations comme une manière d'acquérir des compétences**.

Cette approche par les ressources se démarque de celle de l'économie industrielle et de son auteur le plus prolifique - Michael **Porter** - sur le plan de la création de l'avantage concurrentiel. En effet, pour ce dernier, la firme est un ensemble d'activités fonctionnelles nécessaires à la réalisation d'un produit. L'ensemble de ces activités constitue une chaine de valeur dont les maillons sont vecteurs de création de valeur, source d'un avantage concurrentiel de la firme sur le marché (Porter, 2003)[146]. Selon ce dernier, la stratégie de domination sur le marché repose sur une domination par les coûts ou une différenciation des produits. Le modèle de Porter est centré sur l'affrontement entre firmes rivales laissant dans l'ombre toute stratégie de collaboration entre firmes. **Les rapprochements inter-firmes ne sont que des options à la croissance** : ils ne servent qu'à améliorer une performance déjà existante (Mayrhofer, 2007)[147]. Porter ne semble pas convaincu par l'efficacité de ce type de

---

mauvaises pratiques : la « théorie des ressources » selon J.B. Barney. *Revue française de gestion*, 228-229, 253-268.

[144] Fréchet, *op. cit.*

[145] Prahalad, C.-K., Hamel, G. (1990). The core competence of the corporation. *Haward Business*, may-june, 79-91.

[146] Porter, M.-E. (2003). *L'avantage concurrentiel*. Paris: Dunod.

[147] Mayrhofer, *op. cit.*

coordination et estime que le risque d'échec est important (Cheriet, 2009)[148]. En effet, pour Porter, **l'alliance peut permettre à une firme d'accaparer les forces de son partenaire**. D'ailleurs, il utilise plutôt le terme de coalition que celui d'alliance.

La concurrence au sens de Porter intègre la notion de pouvoir : le pouvoir des fournisseurs et celui des clients. Mais pour Blanchot (1996)[149], le pouvoir peut aussi s'acquérir en amont d'une relation pour modifier des négociations. En effet, une firme peut s'allier à une autre firme sans lien avec elle pour pouvoir négocier des prix intéressants avec la firme dont elle dépend.

La notion de pouvoir est aussi présente dans l'école autrichienne. Cette dernière envisage deux types de compétences, les compétences fondamentales et les compétences relationnelles. Les premières servent à fournir des informations sur les savoir-faire internes de l'entreprise, les relations entre individus ou entre la firme et ses partenaires dans le cas d'alliances. Les secondes permettent d'avoir des informations sur l'environnement extérieur de l'entreprise. Dans ce cadre, les compétences ont un pouvoir informationnel.

La notion de pouvoir informationnel est abordée par Guillouzo et Thépaut (2004)[150]. Selon eux, les individus recherchent du pouvoir afin d'obtenir un avantage économique. Thépaut définit le pouvoir informationnel comme : « *la capacité de modifier, par action directe ou indirecte, au moyen de l'information, le comportement, les conditions ou les résultats économiques d'autres unités, dans le but d'obtenir un avantage économique net* ». Les deux auteurs considèrent que **le pouvoir est présent dans toutes les catégories d'accords d'entreprises mais les théories sollicitées** (les théories contractuelles, l'approche par les ressources - excepté la théorie de la dépendance des ressources – et la théorie des marchés) **n'en font pas mention pour expliquer tel ou tel type d'accord.** Selon eux, les accords inter-organisationnels sont un moyen et un lieu d'exercice du pouvoir en particulier celui de l'information. Ils le justifient par le contexte d'asymétrie d'information et d'incertitude dans

[148] Cheriet (2009), *op. cit.*
[149] Blanchot, F. (1996). Les déterminants du choix d'un partenariat: proposition d'un modèle éclectique. *Actes de la Vème Conférence Internationale de Management Stratégique,* Lille, mai.
[150] Guillouzo, R., Thépaut, Y. (2004). Une interprétation de la coopération inter entreprise en termes de pouvoir informationnel. La *Revue des Sciences de Gestion,* 206, 20.

lequel sont conclus les accords, mais aussi en raison de la nature des accords (transfert de technologie, Recherche et Développement (R&D)).

L'approche par **les capacités dynamiques** actualisée par Teece en 2007[151] va se substituer à celle par les compétences. Elles se définissent comme les **capacités à organiser, à renouveler les compétences internes et externes**, et à en créer de nouvelles pour répondre à un environnement changeant. Ces capacités assurent le développement de la firme à long terme et donc un avantage concurrentiel durable. L'approche par les capacités dynamiques se penche sur le développement des compétences et non plus sur la manière d'utiliser les compétences à l'instar des théories des ressources et des compétences (Prévot, Brulhart et *al.*, 2010)[152]. Toutefois, cette approche est considérée comme complémentaire à celle de la théorie des ressources, car elle permet de dépasser la limite du **caractère relativement statique des ressources, une critique adressée au modèle des ressources** (Weppe et *al.*, 2012)[153].

Pour les tenants de **la théorie de la dépendance des ressources** (Pfeffer et Salancik, 2003[154]), il est nécessaire que la firme trouve les ressources dont elle a besoin pour mener à bien son activité. Les ressources sont en effet essentielles pour la pérennité et la survie de la firme. Une firme, détentrice de ressources, disposera d'un pouvoir de négociation sur les autres firmes. L'objectif d'une organisation étant la maximisation de son pouvoir, toute firme cherchera à minimiser sa dépendance vis-à-vis des autres acteurs et à augmenter celle des autres vis-à-vis d'elle.

La firme trouvera les ressources en interne ou dans son environnement. Dans le second cas de figure, la firme va se mettre en dépendance vis-à-vis de ressources externes. La dépendance des organisations vis-à-vis de l'environnement, principe clé de la théorie, crée de l'incertitude néfaste pour l'organisation. **Les rapprochements inter-firmes sont une solution pour gérer cette incertitude en créant un environnement stable** (Blanchot,

[151] Teece, D.-J. (2007). Explicating dynamic capabilities: the nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. *Strategic Management Journal*, 28(13), 1319‑1350.
[152] Prévot, Brulhart et *al.*, *op. cit.*
[153] Weppe et *al.*, *op. cit.*
[154] Pfeffer, J., Salancik, G.-R. (2003). *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. Stanford, Calif.: Stanford Business Books.

1996)[155]. Ainsi, pour qu'une firme soit performante, l'accès à des ressources est aussi important que la détention en interne de ces dernières (Weppe et *al.*)[156].
Ainsi donc, la firme va accepter un certain niveau de dépendance en nouant une relation dans la mesure où cette dernière va lui procurer les ressources dont elle a besoin. Cependant, les tenants de ce courant **surestiment la disponibilité et l'accessibilité de l'information que le groupe peut avoir sur les ressources des autres groupes** (Walter, 2005)[157].

L'avantage concurrentiel peut s'obtenir par l'acquisition de nouvelles ressources, compétences, connaissances et savoir-faire. La firme peut en créer de nouvelles grâce à la R&D, ou à l'apprentissage organisationnel. Ce concept est la base de **la théorie de la connaissance** avec celui de la capacité d'absorption de la firme. Grâce à l'apprentissage, l'entreprise peut produire de nouvelles connaissances organisationnelles qu'il s'agisse de savoir ou de savoir-faire (Ingham, 1994)[158]. Cependant, **l'opérationnalisation de la théorie reste, semble-t-il, à démontrer** (Nonaka et Von Krogh, 2009)[159].

Pour l'approche relationnelle, ce sont les relations entre organisations qui vont permettre à une firme d'être compétente. Il faut donc que les firmes se créent, ce que Dyer et Singh (1998)[160] appellent, une rente relationnelle. Focalisée sur deux types de relations (verticales entre deux partenaires et le réseau d'alliance) et critiquée, l'approche relationnelle sera supplantée par la théorie de la connaissance (Prévot et *al.*, 2010)[161].

Les théories ci-dessus laissent dans l'ombre la manière dont se déroule le transfert des connaissances qui permet à une firme d'être compétente. Elle sera traitée dans **la théorie de**

---

[155] Blanchot, *op. cit.*
[156] Weppe et coll., *op. cit.*
[157] Walter, J. (2005). *Collaboration within and between firms: Network structures, decision processes, and their impact on alliance performance*. University of St. Gallen.
[158] Ingham, M. (1994). L'apprentissage dans les coopérations. *Revue Française de Gestion*, 1-2, 105-121.
[159] Nonaka, I., Von Krogh, G. (2009). Tacit Knowledge and Knowledge Conversion: Controversy and Advancement in Organizational Knowledge Creation Theory. *Organization Science*, 20(3), 635‑652.
[160] Dyer, J.-H., Singh, H. (1998). The relational view: Cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage. *Academy of Management Review*, 23(4), 660‑679.
[161] Prévot et *al.*, *op. cit.*

l'action collective qui postule que la connaissance est inséparable de l'action considérée comme l'expression d'une relation (Hatchuel, 2000)[162].

5.3. Les relations entre concurrents, l'externalisation, le succès d'une fusion et le réseau sous l'angle de l'approche par les ressources

L'approche par les ressources est mobilisée pour expliquer **les relations entre concurrents** souvent dénommées relations de « collaboration compétitive » ou de « lutte-coopération » par des auteurs tels que Doz et *al.* (1989)[163]. Pour Bengtsson et Kock (2000)[164], lorsqu'une firme est en position dominante sur le marché mais qu'elle a besoin de ressources dont elle ne dispose pas, elle va chercher à **renforcer son portefeuille de ressources en s'alliant avec ses concurrents**. Pour la théorie des marchés, cette « coopétition », dans laquelle la firme se trouve, peut être utilisée pour dissuader les partenaires de développer leur propre technologie. Ce type de relation peut être aussi envisagé pour s'emparer du maximum d'information et bénéficier de l'effet d'apprentissage, ou tout simplement pour conforter une place de leader (Guillouzo et Thépaut, 2004)[165]. A l'inverse, la théorie relationnelle montre, qu'en établissant des relations inter-organisationnelles entre concurrents, les entreprises vont s'allier pour créer des « poches de stabilité » limitant l'affrontement.

Pour Mitchell et *al.* (2002)[166], la nature des ressources mises dans la relation déterminera le type d'alliance choisie : additive ou complémentaire. Ce lien entre les ressources et le type d'alliance s'explique par l'objectif recherché et le risque potentiel de la relation. Toutefois, leur étude sur 227 alliances ne permet pas d'assimiler des types d'accord tels que le groupement d'intérêt économique (GIE), le groupement d'intérêt public (GIP), la filiale commune ou autre accord spécifiquement à tel ou tel type d'alliance (additive ou complémentaire).

---

[162] Hatchuel, A. (2000). Quel horizon pour les sciences de gestion ? vers une théorie de l'action collective. Dans A. David, A. Hatchuel et R. Laufer (Éds.), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion, éléments d'épistémologie de la recherche en management* (pp. 7-43). Paris : Vuibert.

[163] Doz, Y., Hamel, G., Prahalad, C.-K. (1989). Collaborate with your competitors – and win. *Harward Business Review*, 67(1), 133-139.

[164] Bengtsson, M., Kock, S. (2000). Coopetition in Business Networks—to Cooperate and Compete Simultaneously. *Industrial Marketing Management*, 29(5), 411–426.

[165] Guillouzo et Thépaut, *op. cit.*

[166] Mitchell, W., Dussauge, P., Garrette, B. (2002). Formation et gouvernance des alliances entre concurrents. Une approche par les ressources. *XIème conférence de l'AIMS* : Paris, 5-7 juin.

L'externalisation sera abordée par Conner et Prahalad (1996)[167] sous l'angle du « différentiel de connaissances ». En effet, si les aptitudes de la firme à gérer une activité en interne sont inférieures à celle de fournisseurs potentiels, alors il faudra privilégier la collaboration entre firmes et l'option choisie sera la sous-traitance (Ghozzi, 2008)[168]. Pour Barthélemy (1999)[169], l'externalisation s'apparente à un transfert de ressources qui entraine une dépendance de la firme vis-à-vis de son partenaire. Celle-ci peut entrainer une perte de l'apprentissage organisationnel en cas de transfert d'actifs humains stratégiques. Ainsi, pour Prahalad et Hamel (1990)[170], les activités proches ou correspondantes au cœur de métier de l'entreprise ne doivent pas être externalisées.

Des travaux dans les années 1990 ont montré que l'identité organisationnelle pouvait être assimilée à des compétences clés permettant à la firme d'obtenir un avantage concurrentiel (Barney, Ketchen et *al.*, 2011)[171]. Dans le cas d'une fusion, nous avons pu voir que l'échec peut être consécutif à la perte par les agents de leur identité organisationnelle au profit d'une nouvelle identité organisationnelle non partagée par les deux organisations qui fusionnent. A ce sujet, Clark et *al.* (2010)[172] introduisent le concept d'identité transitoire qui peut garantir le succès d'une fusion.

Au sein de l'approche par les ressources, et selon Häkansson (1993)[173], **le réseau** - en tant que mode de coordination - permet aux différents acteurs, proches géographiquement, des échanges de toute sorte et la création de nouvelles connaissances. D'après Inkpen et Tsang (2005)[174], les réseaux incluant les alliances et les districts industriels sont des lieux d'apprentissage de nouvelles connaissances.

---

[167] Conner, K.-R., Prahalad, C.-K. (1996). A Resource-Based Theory of the Firm: Knowledge Versus Opportunism. *Organization Science*, 7(5), 477‑501.
[168] Ghozzi, H. (2008). L'approche par les ressources et les compétences en tant que théorie de la firme: apports, limites et aménagements nécessaires. *XVIIème Conférence Internationale de Management Stratégique (AIMS)*.
[169] Barthélemy (1999), *op. cit.*
[170] Prahalad et Hamel, *op. cit.*
[171] Barney, Ketchen et *al.*, *op. cit.*
[172] Clark, S.-M., Gioia, D.-A., Ketchen, D., Thomas, J.-B. (2010). Transitional identity as a facilitator of organizational identity change during a merger. *Administrative Science Quaterly*, 55, 397-438.
[173] Häkansson, H. (1993). Networks as a mechanism to develop resources. Dans P. Beije, J. Groenewegen, O. Nuys (Éds.), *Networking in Dutch Industry* (pp. 207-223). Leuven/Apeldoorn: Garant.
[174] Inkpen, A.-C., Tsang, E.-W.-K. (2005). Social Capital, Networks, and Knowledge Transfer. *Academy of Management Review*, 30(1), 146‑165.

Pour les évolutionnistes, plusieurs types d'organisations sont à même d'acquérir des ressources, à l'instar du réseau, grâce aux interactions entre les acteurs membres de ce réseau. L'approche évolutionniste envisage **le réseau** comme le **lieu privilégié pour la complémentarité entre des actifs spécifiques et des actifs périphériques**. Par exemple, la R&D (actif spécifique) a besoin d'être diffusée via un canal de distribution (actif périphérique ou support).

L'innovation comme moyen d'acquérir un avantage concurrentiel va susciter un certain nombre de travaux. Huet et Lazaric (2008)[175] appréhendent **la coopération** comme un « ***vecteur privilégié d'accès à l'innovation*** ». Dans les années 1980, nous assistons à une importante vague d'accords technologiques inter-firmes portant sur la R&D ou des projets d'innovation (Karrey, 2003)[176]. Dans son article, l'auteur met en évidence un lien positif entre les firmes qui ont des compétences internes (organisationnelles, technologiques, une maîtrise de l'environnement) et qui nouent des accords technologiques. En effet, les compétences internes de la firme permettent d'absorber et de valoriser les compétences de son environnement.

Nous allons terminer notre tour d'horizon des théories mobilisées pour l'étude des relations entre organisations en abordant **les approches sociologiques avec la théorie du réseau social, l'approche sociologique de la théorie institutionnelle et enfin la théorie de l'identité sociale**. Elles ont en commun de mettre l'accent sur le rôle de l'individu ou du groupe dans l'organisation. Elles ne sont pas mobilisées pour expliquer telle ou telle forme de relations à l'exception de l'externalisation. Mais elles apportent des éléments de compréhension concernant l'issue (le maintien ou l'échec) d'une relation. Elles expliquent aussi, à l'instar de l'approche sociologique de la théorie néo-institutionnelle, pourquoi les organisations s'engagent dans des relations formelles.

[175] Huet, F., Lazaric, N. (2008). Capacités d'absorption et d'interaction: une étude de la coopération dans les PME françaises. *Revue d'économie industrielle*, 121, 65–84.
[176] Karray, Z. (2003). Compétences pour innover et coopérations technologiques - Une analyse multivariée de l'industrie française. *Revue d'économie industrielle*, 102, 29-53.

6. Les approches sociologiques

6.1. La théorie du réseau social (Granovetter, 1985[177], 2000[178])

6.1.1. Les fondements de la théorie

Sans remettre en cause la théorie standard de la firme, Granovetter démontre dans ses travaux que les individus ne sont pas des êtres isolés mais « encastrés » dans des réseaux de relations. Ainsi, les organisations ne sont pas uniquement le résultat de la recherche d'un intérêt personnel et ne naissent pas indépendamment des relations nouées entre les acteurs. Les relations sociales ont donc un impact sur les activités économiques. Et, contrairement à la thèse de Williamson, le marché comme la hiérarchie peuvent engendrer de la confiance via la construction de réseaux sociaux (Gulati, 1995)[179]. Par ailleurs, les partenaires « encastrés » sont plus enclins à respecter leur engagement par loyauté et par peur de sanctions.

Granovetter a travaillé sur la force des liens entre les acteurs. Il montre, contrairement à ce que nous pourrions penser, que les liens dits « faibles » - à savoir des liens peu denses et peu fréquents - sont plus porteurs d'informations que les liens dits « forts », denses et répétitifs.

6.1.2. La survie des alliances sous l'angle de la théorie du réseau social

Cette théorie a été utilisée pour expliquer **la survie des alliances** dans le cadre de co-entreprises (Meschi, 2006)[180]. L'échec d'une alliance (en particulier dans le cadre d'une filiale commune) est lié au manque d'informations fiables (objectifs, apports, etc..) sur le partenaire. Or, l'auteur indique que ces informations peuvent être disponibles si les partenaires appartiennent déjà à un réseau. Le réseau correspond en quelque sorte à un marché interne où il est possible d'avoir des informations complètes sur le partenaire.

---

[177] Granovetter, M.-S. (1985). Economic action et social structure : problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 491 – 510.
[178] Granovetter, M.-S. (2000). *Le marché autrement: les réseaux dans l'économie*. Paris: Desclée de Brouwer.
[179] Gulati, R. (1995). Does familiarity breed trust ? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. *Academy of Management Journal*, 38(1), 85‑112.
[180] Meschi, P-X. (2006). Réseaux inter-organisationnels et survie des alliances. *Revue française de gestion*, (5), 33‑53.

Les critiques à l'encontre de cette théorie sont les suivantes : l'individu est encastré dans un réseau. **Il ne peut agir seul en dehors de ce dernier et n'aurait donc pas de liberté d'action**. Par ailleurs, la théorie explique bien la force des liens (qui constitue la structure du réseau) mais **pas le contenu de ces liens** (ce qu'ils transmettent) (Boncori, 2005)[181].

6.2. L'approche sociologique de la théorie (néo)institutionnelle (DiMaggio et Powell, 1997)[182]

Au niveau des théories précédentes, l'environnement des organisations est défini au sens économique du terme. Il est composé des fournisseurs, des clients, des concurrents. Les approches néo-institutionnelles ont une vision plus large de l'environnement qui intègre des organisations ayant un pouvoir d'influence.

6.2.1. Les fondements de l'approche sociologique

L'organisation est définie comme un acteur social construit par un environnement contraignant. L'environnement institutionnel est constitué entre autre de financeurs, d'institutions qui produisent des règles, des normes, des standards. Pour les institutionnalistes, les organisations subissent des « pressions » de différentes natures : elles doivent appliquer des lois et des normes professionnelles émanant de leur environnement. Une organisation dépendante d'un financeur - en particulier si c'est l'Etat - aura tendance à accepter de nouer une relation formelle si ce dernier la préconise. Les lois aussi sont un moyen de « forcer » dans certains cas les relations, élément confirmé par les données de l'étude de Guo et Acar (2005)[183] qui ont étudié les raisons pour lesquelles les organisations à but non lucratif choisissent tel ou tel type de relations (formelles ou informelles).

[181] Boncori, A.-L. (2005). *Les croyances diffusées au sein du réseau social du dirigeant*. *Le cas d'une association de chefs d'entreprises*. (Mémoire de Master de Recherche en Management). Université Panthéon-Assas Paris II.
[182] DiMaggio, P.-J., Powell, W.-W (1997). Le néo-institutionnalisme dans l'analyse des organisations. *Politix*, 10(40), 113-154.
[183] Guo, C., Acar, M. (2005). Understanding Collaboration Among Nonprofit Organizations: Combining Resource Dependency, Institutional, and Network Perspectives. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, *34*(3), 340-361.

Pour Granovetter (1985)[184], les organisations doivent leur légitimité et donc leur survie à la mise en œuvre de dispositifs promus par leur environnement voire en imitant les organisations de leur environnement perçues comme performantes.

Les modes organisationnels qu'elles vont adopter semblent donc déterminés par leur environnement. Ce déterminisme - favorisant l'inertie et le mimétisme des organisations - est minimisé par des auteurs tels que Oliver (1991) [185], Huault (2002)[186] et Fligstein (2001)[187]. Le premier prétend que l'organisation peut agir sur son environnement en adoptant des stratégies à l'instar du compromis, ou de l'évitement pour contrecarrer les « pressions » institutionnelles[188]. Les deux autres auteurs introduisent le concept d'« entrepreneur institutionnel » pour justifier que des acteurs internes à l'organisation peuvent contrecarrer les pressions environnementales.

6.2.2. L'instabilité des alliances, les fusions internationales et l'externalisation à l'aune de la théorie institutionnelle

La théorie institutionnelle, dans son approche sociologique, considère que **les relations entre organisations - à savoir les alliances - sont instables**. L'évolution de l'environnement institutionnel du ou des partenaires, consécutive à une intervention d'acteurs locaux ou nationaux, peut modifier le comportement des parties prenantes et peut entraîner la fin de la relation. Par ailleurs, il n'existerait pas une évolution unique des relations du fait du contexte, de l'histoire, et des acteurs institutionnels qui agissent potentiellement sur les partenaires.

Boissin et *al.* (2001)[189] expliquent la motivation des dirigeants à **se lancer dans des fusions** internationales par la perception qu'ont ces derniers de l'opportunité d'augmenter leur potentiel de création et d'appropriation de rentes.

---

[184] Granovetter (1995), *op. cit.*

[185] Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of management review*, 16(1), 145–179.

[186] Huault, I. (2002). *La construction sociale de l'entreprise autour des travaux de Mark Granovetter*. Colombelles: Ed. EMS, management & société.

[187] Fligstein, N. (2001). Social skill and the theory of fields. *Sociological theory*, 19(2), 105–125.

[188] Cité par Lounnas (2004).

[189] Boissin J.-P., Guieu, G., Wirtz, P. (2001). Les fusions internationales. Une lecture à travers la théorie institutionnelle. Dans A.-C. Martinet et R.-A. Thietard (Éds.), *Stratégies : actualité et futurs de la recherche*

La théorie institutionnelle viendra compléter l'analyse de **l'externalisation** effectuée par la théorie des coûts de transactions. L'organisation, soumise à différentes contraintes coercitives - *via* les institutions régulatrices - ou normatives, sera tentée d'externaliser une ou des activités pour rester efficiente.

Cependant, **peu de travaux** ont été menés sur les facteurs intra-organisationnels justifiant le choix d'une organisation intégrée (Gibbons, 2001 cité par Menard 2003)[190] ou la décision d'engager une relation inter-organisationnelle (Cueille, 2002)[191].

6.3. La théorie de l'identité sociale (Tajfel et Turner, 2004)[192]

6.3.1. Les fondements de la théorie

La théorie se penche sur les relations entre groupes sociaux et non entre individus (Licata, 2007)[193]. Le groupe est défini comme un ensemble de personnes qui se considèrent comme appartenant à la même catégorie. Les frontières entre groupes sont imperméables ce qui empêchent un individu seul de s'extraire de son groupe. Ce n'est que par une action collective que le changement peut s'opérer.

6.3.2. L'évolution des alliances sous l'angle de la théorie de l'identité sociale

La théorie sera utilisée dans le cadre d'une étude sur **l'évolution des alliances** en complément de la théorie évolutionniste. Il existe peu d'écrits sur la prise en compte des comportements des acteurs impliqués dans une relation telle qu'une alliance. Monin (2002)[194], dans son article sur l'évolution des alliances, montre - en prenant appui sur la théorie de l'identité sociale - que des « phénomènes psychosociologiques et émotionnels »

(249-271). Paris: Vuibert.

[190] Ménard, C. (2003). L'approche néo-institutionnelle: des concepts, une méthode, des résultats. *Cahiers d'économie politique*, (1), 103–118.

[191] Cueille, S. (2002). Perceptions des acteurs et coopérations hospitalières. *11ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique* (AIMS), Paris, 5-7juin.

[192] Tajfel, H., Turner, J.C. (2004). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In *Political psychology: Key readings*. New York, US: Psychology Press.

[193] Licata, L. (2007). La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'auto-catégorisation: le Soi, le groupe et le changement social. *Revue électronique de psychologie sociale*, 1, 19–33.

[194] Monin, P. (2002). Vers une théorie évolutionniste réaliste des alliances stratégiques. *Revue Française de Gestion*, 28(139), 49-71.

peuvent affecter les acteurs clés engagés dans la relation pouvant modifier dans un sens comme dans l'autre l'évolution de l'alliance.

Dans cette **première section**, nous venons d'analyser les principales théories qui traient des relations entre organisations dans le domaine industriel. En effet, nous ne prétendons pas à l'exhaustivité mais notre choix s'est porté sur les théories pour lesquelles la littérature nous fournissait suffisamment de matière pour identifier leur contribution à l'analyse des relations entre organisations.

Les relations entre organisations dans le monde industriel vont donc mobiliser de nombreux corpus théoriques. Ils ont la particularité de traiter les relations comme un tout et rare sont les théories qui explicitent vraiment tel ou tel type de relations excepté toutefois pour la joint-venture (filiale commune), la sous-traitance ou l'externalisation.

Nous avons donc retenu douze théories que nous pouvons classer en quatre groupes : la théorie des contrats (coûts de transaction, d'agence, et théorie des conventions) ; l'approche par les ressources (théorie évolutionniste, ressource-based-view, la théorie fondée sur les compétences, les capacités et la dépendance des ressources) ; la théorie des jeux et enfin une approche sociologique (théorie du réseau social, de l'identité sociale et l'approche sociologique de l'approche néo-institutionnelle).

Nous pouvons résumer les apports et les limites des différentes théories dans l'encadré ci-dessous.

<u>La théorie des contrats</u> (Williamson, Jensen et Meckling, Lewis) justifient les relations soit par la minimisation des coûts de transaction et de production où de coûts d'agence, soit pour le transfert de connaissance d'un individu à l'ensemble de l'organisation. Ces différentes théories sont mobilisées pour analyser :

- **la sous-traitance, le réseau, le partenariat public-privé**	⇨	Théorie des coûts de transaction
- **l'externalisation, la filiale commune**	⇨	Théorie de l'agence – incitations
- **le réseau**	⇨	Théorie des conventions

Les principales limites : caractère statique de la théorie, concept de la spécificité des actifs pas suffisamment explicite pour la théorie des coûts de transaction. Une confusion entre les termes convention, règle, et institution. L'organisation n'est pas appréhendée comme un lieu de création de ressources.

L'approche par les ressources. Elle regroupe les théories suivantes : la théorie évolutionniste (Nelson et Winter ; Dosi), la Resource-based-theory (Wernerfelt, Barney), la théorie des capacités dynamiques (Teece) et celle de la dépendance des ressources (Pfeffer et Salancik). Elles justifient les relations pour l'acquisition de compétences, le développement de compétences nouvelles où la gestion de l'incertitude liée à l'interdépendance des acteurs. Ces différentes théories seront mobilisées pour traiter :

- **du réseau** ⇨ Théorie évolutionniste
- **de l'externalisation** ⇨ Resource-based-theory
- **de la coopétition** ⇨ Théorie des capacités dynamiques
- **tout type d'accord, l'issue d'un accord, la fusion-acquisition** ⇨ Théorie de la dépendance des ressources

Les principales limites : le concept de ressource n'est pas suffisamment explicite. Les auteurs restent flous sur la manière dont le transfert de ressources (compétences, etc…) s'effectue dans une relation.

La théorie des jeux (Morgenstern et Von Neumann, Nash, Axelrod). Elle justifie les relations comme des stratégies gagnant-gagnant dans le cadre de jeux répétés. Les relations de **coopétition** et de **sous-traitance** ont été analysées par cette théorie.
Les principales limites : la théorie ne permet pas de mettre en œuvre une stratégie, car elle fournit que des indications sur les conséquences de telle ou telle action et elle peut aboutir à des solutions jugées sous-optimales.

L'approche sociologique avec la théorie du réseau social (Granovetter), la théorie de l'identité sociale (Tajfel et Turner) et l'approche sociologique de la théorie institutionnelle (DiMaggio et Powell).

Elles étudient soit les liens entre les acteurs, soit les relations entre groupes sociaux ou elles justifient les relations par l'imposition de normes et de lois par des acteurs externes. Les différentes théories analysent :

- **la survie d'une relation** ⇨ Théorie du réseau social
- **l'évolution d'une relation** ⇨ Théorie de l'identité sociale
- **la survie d'une relation et l'externalisation** ⇨ L'approche sociologique de la théorie institutionnelle

Les principales limites : l'approche sociologique néglige les facteurs intra-organisationnels justifiant un accord. Peu d'écrits existent pour bien étayer la théorie de l'identité sociale. Dans le cadre de la théorie du réseau social, les acteurs ne peuvent agir en dehors de tout contexte social, ils n'ont donc aucune liberté d'action. La théorie traite de la force du lien mais pas de son contenu.

Nous allons maintenant aborder les théories mobilisées pour l'étude des relations inter-organisationnelles dans le secteur hospitalier.

Section 2 : La contribution des théories mobilisées dans la compréhension des relations inter-organisationnelles dans le secteur hospitalier

Dans les années 1970, une nouvelle discipline « l'**économie de la santé** » fait son apparition dans un contexte contraint d'allocation des ressources dans le milieu hospitalier (Pierru, 2000)[195]. Ce courant est d'inspiration néo-classique. L'hôpital apparaît comme un enjeu économique important (plateau technique performant, premier employeur, etc..).

L' « économie de la santé » est chargée d'évaluer l'efficience et les coûts de la « production de soins ». Les études effectuées dans ce sens transposent les modèles de l'entreprise au secteur hospitalier. L'hôpital va donc être considéré comme une entreprise. Cependant, les concepts de l'analyse économique classique (en autre la concurrence libre et parfaite) ne peuvent s'appliquer compte tenu de la spécificité du bien produit (Domin, 2010)[196] et des

[195] Pierru, F. (2000). L'hôpital est-il une entreprise ? *Problèmes économiques*, 2.646, 4-11.
[196] Domin, J.-P. (2010). Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009). *Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management*, 22 mars.

missions qui ne peuvent entrer dans une logique de marché (accueil des plus démunis, urgence, enseignement, recherche). En effet, chaque établissement a une palette d'activités propre et différente d'une structure à l'autre. De plus, l'hôpital est constitué de multiples acteurs mais qui partagent le même but. En effet, ils agissent en complémentarité pour soigner les patients. Enfin, la singularité des patients ne permet pas une standardisation de l'activité exceptée pour des processus très techniques.

Ainsi, des auteurs, à l'instar de Launois (1981)[197], reprendront à leur compte des études anglo-saxonnes sur des institutions à but non lucratif pour qualifier les hôpitaux français de « **bureaucratie professionnelle** ».

1. L'organisation hospitalière : un modèle de bureaucratie professionnelle quelque peu remis en cause.

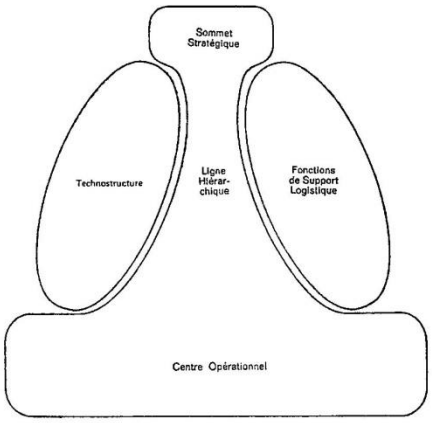
1.1. L'hôpital assimilé à une bureaucratie professionnelle[198]

Le modèle bureaucratique (Weber, 1971)[199] caractérise surtout les organisations à but non lucratif. Il repose sur une structure hiérarchique, une communication verticale, une division des tâches et une soumission des individus à des règles. Les tâches et les objectifs sont bien définis et les fonctions bien spécialisées. Les règles de fonctionnement sont respectées et permettent ainsi à l'organisation de fonctionner.

Mintzberg (2003)[200] va proposer une typologie de cinq formes structurelles (d'organisation) définies par cinq composantes schématisées ci-dessous :

[197] Launois, R. (1981). La théorie de la bureaucratie à l'hôpital. Dans J.P. Deschamps (Éd.), *Conceptions, mesures et actions en santé publique*. Paris : Editions de l'INSERM.
[198] Ou à une organisation pluraliste (multiples autorités, coalitions entre acteurs) selon Denis et *al.* (2007).
[199] Weber, M. (1971). *Economie et société*. Paris : Plon.
[200] Mintzberg, H. (2003). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Edition d'Organisation.

Figure 3 : Les cinq composantes de base des organisations

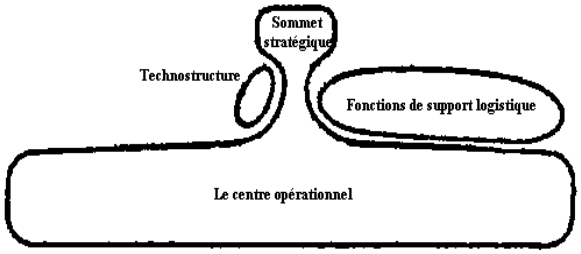


Source : d'après Mintzberg (2003).

Les cinq composantes ne sont plus reliées par des liens fonctionnels et hiérarchiques mais par des échanges de flux de toute nature (flux d'autorité, d'activité, de communication informelle, etc.).

Les cinq configurations structurelles sont : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée, l'adhocratie.
Mintzberg associe l'hôpital à un modèle de bureaucratie professionnelle. Ce modèle qui fait partie des configurations élaborées par l'auteur s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur les relations de pouvoir entre les composantes.
Cette structure a une forme particulière symbolisée par le graphique ci-dessous :

Figure 4 : Configuration de la bureaucratie professionnelle



Source : Mintsberg (2003).

La structure a une forme aplatie qui donne toute son importance au centre opérationnel (producteur de l'activité) composé de professionnels. L'accent est mis sur le pouvoir de la compétence détenue ici par ces derniers. Leurs compétences ainsi que la complexité des tâches à accomplir leur permettent de disposer d'une grande autonomie dans leur travail (Crozet et *al.*, 2011)[201]. Ainsi dotés d'une autonomie de décision, ils ont un certain pouvoir d'influence sur la stratégie de la structure. Dans le cadre spécifique de l'hôpital, le sommet stratégique, composé de l'équipe de Direction de l'établissement, doit assurer le fonctionnement de la structure et les relations avec son environnement. La ligne hiérarchique est faible : la Direction n'a une autorité hiérarchique que sur les personnels non médicaux. Il existe une ligne fonctionnelle entre la Direction et le corps médical assurée par la Commission médicale d'établissement (CME). Les fonctions supports ne disposent d'un pouvoir que s'ils œuvrent dans l'intérêt du centre opérationnel. Deux autorités coexistent : l'une administrative et non professionnelle et l'autre purement professionnelle et surtout médicale. Cette dernière est perçue comme supérieure à l'autorité administrative.

Nobre (1999)[202] fera remarquer que Mintzberg omet une composante importante du centre opérationnel à savoir le personnel soignant. Et c'est ainsi que Glouberman et Mintzberg (2001)[203] mettront en exergue quatre et non plus deux composantes dans l'institution hospitalière : le corps médical, le corps des gestionnaires, le corps infirmier et enfin des acteurs externes tels que les administrateurs et des bénévoles. Toutefois, au niveau du dernier groupe, ils oublient un acteur externe très influent : les tutelles, selon Piovesan (2003)[204].

Nobre (*cf. supra*) insistera sur les logiques différentes que peuvent suivre ces différents groupes. Selon Makhloufi et *al.* (2012)[205], il apparaît que le centre opérationnel est loin d'être homogène compte tenu de la diversité de sa composition et des intérêts ou logiques

[201] Crozet, P., Kaaniche, A., Lienard, J. (2011). Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. *Politiques et Management Public*, 26(2), 31‑52.
[202] Nobre, T. (1999). L'hôpital: le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. *20ème Congrès de l'AFC* .
[203] Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–69; discussion 87–89.
[204] Piovesan, D. (2003). *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphose ?* (Thèse de doctorat en Sciences de Gestion). Université Jean Moulin – Lyon 3.
[205] Makhloufi, I., Saadi, J., Hiki, L. E., Hassani, A.-E. (2013). Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg: cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid. *Santé Publique*, 24(6), 573–585.

qui peuvent différer selon les membres. Toutefois, la nécessaire collaboration du corps médical avec des acteurs tels que les soignants relativise ainsi l'imperméabilité entre les différentes composantes de l'hôpital (Nobre, *cf. supra*).

1.2. La remise en cause du modèle de bureaucratie professionnelle

Le modèle de la bureaucratie professionnelle avec ses sphères (administrative et professionnelle) qui n'auraient pas la même logique d'action et qui soit s'évitent soit se confrontent sera contesté (Thoenig, 2013)[206]. D'après l'auteur, les acteurs des différentes sphères nouent des relations ne serait-ce que parce qu'ils sont dépendants de tierces personnes à l'instar des usagers, ou des autorités de tutelles. Concernant le milieu hospitalier[207], des auteurs - à l'instar de Contandriopoulos et Souteyrand (1996) et Moisdon (2012,2013)[208] - font mention de phénomène d'alliances ou de « connivence » entre des acteurs internes (à l'instar du directeur et du corps médical) qui pourtant fonctionnaient plutôt en parallèle avant les années 1975.

1.2.1. Le pouvoir aurait changé de main

A partir des années 1980, l'entrée à l'hôpital d'outils de gestion de l'activité, mais aussi l'incitation à mettre en œuvre des actions de coopération ont renforcé le pouvoir du gestionnaire. Le corps médical est poussé à rendre des comptes sur son activité (Dumond, 2003)[209]. Nous passerions donc de la bureaucratie professionnelle à la bureaucratie gestionnaire (Domin, 2011)[210]. Par ailleurs, selon ce dernier, la complexification des prises en charge des patients nécessitant plus de logistiques et de professionnels ramène le médecin à un statut d'intervenant parmi d'autres, relativisant ainsi son pouvoir et son autonomie.

---

[206] Thoenig, J.-C. (2013). Gouvernance organisationnelle et transformation des disciplines. *Document de travail*. Consulté de https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00870739.

[207] Contandriopoulos, A.-P., Souteyrand, Y., France, Ministère du travail et des affaires sociales, France, Direction des hôpitaux. (1996). *L'hôpital stratège: dynamique locale et offre de soins*. Paris: John Libbey Eurotext : Ministère du travail et des affaires sociales.

[208] Moisdon, J.-C. (2012). Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Droit et société*, 1, 91–115.

Moisdon, J.-C. (2013). Une histoire de la T2A. *Journal de gestion et d'économie médicale*, 31(2), 107.

[209] Dumond, J.P. (2003). Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*, 1(1), 71.

[210] Domin, J.P. (2011). La « gouvernance » *Canada dry* ou la reprise en main de l'hôpital par une nouvelle bureaucratie gestionnaire. Dans B. Mas, F. Pierru, N. Smolski et R. Torielli (Éds.), *L'hôpital en réanimation* (pp. 103-111). Bellecombe-en Bauges : Editions du Croquant.

Nous pouvons aussi nous demander si les pouvoirs initialement internes à l'organisation ne proviendraient-ils pas dorénavant d'acteurs externes à l'instar des agences régionales de santé (ARS) qui contractualisent avec la Direction de l'hôpital, voire des assureurs où des industriels.

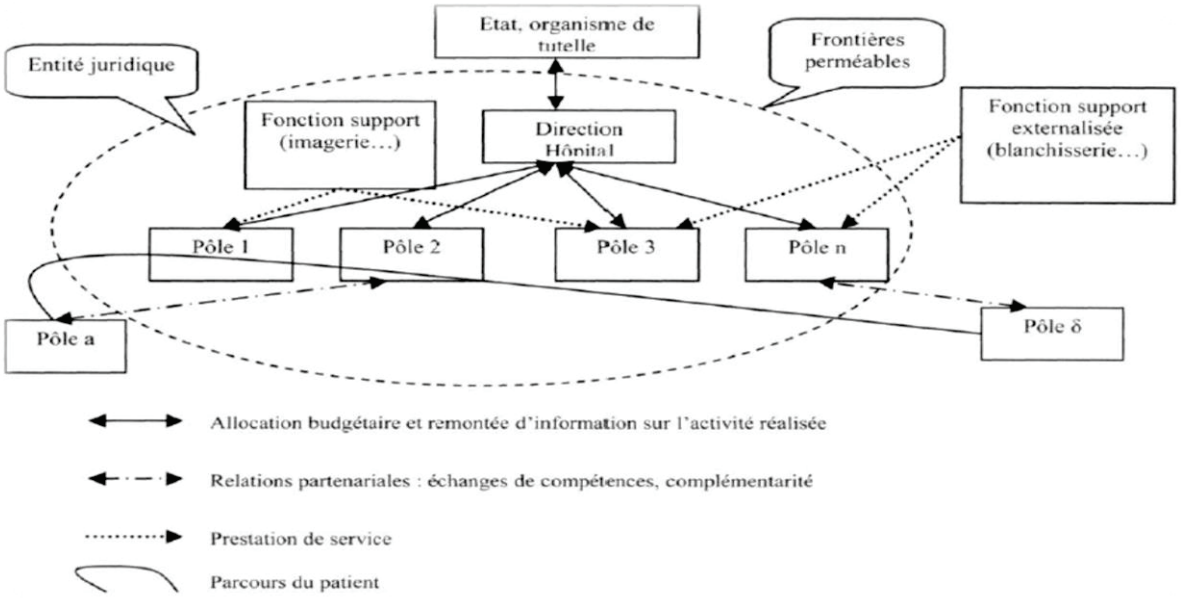
1.2.2. L'hôpital est le lieu de transformations organisationnelles

La configuration imaginée par Mintzberg – bureaucratie professionnelle – correspond à un environnement certes complexe mais stable. Et, toutes les configurations sont issues de constatations empiriques effectuées à un temps t. Elles ne peuvent pas prendre en compte les modifications récentes qui ont touché le milieu hospitalier.

La transformation - consécutive à l'application du nouveau management public – des services en pôles d'activités dont la direction est assurée par un médecin, un cadre soignant et un cadre administratif diminue le pouvoir du corps médical. De plus, il engendre un décloisonnement des services en raison d'une collaboration entre les services au sein d'un même pôle (Cueille, 2007)[211]. La mise en place de pôles va nécessiter la mise en œuvre de relations multiples que l'auteur a résumé dans le graphique ci-dessous et qu'elle qualifie d'organisation en réseau.

[211] Cueille, S. (2007). Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public. *Politiques et management public*, 25(4), 63-80.

Figure 5 : Organisation en réseau



Source : Cueille (2007).

Avec la multiplication des accords public-privé, la mise en place de réseaux ou de communauté hospitalière de territoire, les frontières de l'hôpital tendent à devenir de plus en plus floues. L'organisation se fragmente et éclate. Ce constat laisserait à penser que l'hôpital serait devenu une anarchie organisée à l'instar des universités identifiées comme telles par les auteurs du modèle (Cohen et *al.*)[212]. Toutefois, pour Friedberg (1997)[213], même si les nombreuses relations contractuelles peuvent menacer à tout moment l'ordre établi, il faut se garder de considérer l'hôpital comme une anarchie organisée.

Enfin, pour Nobre et Merdiger-Rumpler (2002)[214], l'hôpital relèverait plus de l'organisation mécaniste en raison de changements organisationnels aboutissant à la standardisation des procédés plus que des professions. La mise en œuvre de dispositifs budgétaires issus du privé et un contrôle externe de l'hôpital conforterait cette qualification. Naiditch et *al.*

[212] Cohen M.-D., March J.-G., Olsen J.-P. (1972). A Garbage Can Model Of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly,* 17, 1-25.
[213] Friedberg, E. (1997). La théorie des organisations et la question de l'anarchie organisée. Dans J. Chevallier (Éd.), *Désordre(s)*. Paris : PUF.
[214] Nobre, T., Merdinger-Rumpler, C. (2002). Quelle métamorphose pour l'hôpital ? *Actes du 2ème colloque « la métamorphose des organisations »*, Vittel, 1-17.

(2000)[215] estiment que l'univers changeant de l'hôpital nécessite une nouvelle coordination à savoir la standardisation des processus et non plus des qualifications.

Quoiqu'il en soit, que l'hôpital soit ou non une bureaucratie professionnelle, il n'a pas vocation à faire des profits. Il remplit une fonction d'intérêt général, des missions de service public telles que l'égalité des soins pour tous, la continuité des soins, etc., et ce sur tout le territoire. Par contre, il ne peut s'engager dans n'importe quelle activité contrairement aux entreprises. Il n'effectue que les activités dont il a la légitimité et/ou le devoir d'accomplir. Pour ce faire, il est de plus en plus incité à mettre en œuvre des relations avec des organisations de son environnement.

Nous allons maintenant étudier comment les théories ont appréhendé les relations entre organisations dans le champ hospitalier.

2. Plusieurs théories sont mobilisées pour appréhender les relations entre organisations dans le secteur hospitalier.

A l'instar du secteur industriel, les relations entre organisations sont abordées sous l'angle de **plusieurs théories** dont certaines ont été étudiées dans la section précédente. Nous commençons par la théorie prédominante à savoir **la théorie de l'agence** avant d'aborder les autres théories.

2.1. La théorie de l'agence : une théorie dominante pour la compréhension des relations dans le secteur hospitalier

Mougeot (1986)[216], chargé de réfléchir à la décentralisation du système hospitalier proposera une approche du secteur hospitalier en terme de relations d'agence (formalisée par des contrats).

[215] Naiditich, M., Bourgueil, Y., Develay, A., et *al.* (2000). Apports potentiels des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins. *Perspective soignante*, 9, 6-28.
[216] Mougeot, M. (1986b). *Régulation des dépenses de santé et décentralisation des décisions*. Revue d'économie politique, 96(4), 359-383.

2.1.1. La justification du recours à la théorie de l'agence

Pour Mougeot, cette approche est la seule à même de régler les dysfonctionnements - liés à la rationalité limitée, au biais managérial, et à l'inefficacité X - identifiés par Launois (1981)[217]. Elle est adaptée à un contexte d'asymétrie d'information dans lequel se situent les acteurs du secteur (professionnels, tutelle, Etat, etc.) et qui ont des intérêts divergents.

Les organisations hospitalières ne coopérant pas naturellement, il faut donc les y encourager en mettant en œuvre des contrats voire des incitations. Cette approche influencera les réformes qui se succéderont (Domin, 2010)[218]. Les relations entre organisations seront considérées comme **un moyen de rationaliser l'offre de soins pour aboutir à une maîtrise des dépenses hospitalières**. On verra suite aux réformes un recours accru à la contractualisation et aux incitations pour mettre en œuvre des relations entre organisations (surtout après les ordonnances de 1996). Ce sont principalement **les acteurs externes** - Etat, agences sanitaires et tutelle en autre - qui, au moyen d'incitations plus ou moins contraignantes **pousseront les organisations hospitalières à établir des relations inter-organisationnelles**.

2.1.2. Les relations avec les autorités sanitaires et entre établissements examinées sous l'angle de la théorie de l'agence

Le premier exemple concerne **le contrat d'objectif et de moyens** (C.O.M.) conclu entre le directeur de l'Agence régionale de santé[219] (le principal) et le directeur de l'établissement de santé (l'agent). Le C.O.M. est imposé aux établissements de santé qui sont à la merci de sanctions en cas de non réalisation des actions inscrites dans le contrat. C'est donc une relation d'autorité qui s'exerce entre les deux directeurs et le contrat s'apparente à un cahier des charges à respecter.

Pour Gadreau et *al.* (1999)[220], le C.O.M. ne serait pas un contrat car il est contraignant pour l'agent qui n'aurait pas la possibilité de vraiment le négocier. Pour (Mahyaoui, 2003)[221], la

[217] Launois, *op. cit.*
[218] Domin (2010), *op. cit.*
[219] Elle remplace l'Agence régionale de l'hospitalisation à partir de 1996.
[220] Gadreau, Jaffre et Lanciau, *op. cit.*
[221] Mahyaoui, *op. cit.*

relation entre l'agence régionale de santé et l'établissement est bien une relation d'autorité, le contenu du C.O.M. étant décidé par l'agence.

Le second exemple traite de la mise en œuvre d'**un accord entre deux établissements**. Dans ce cadre là, les acteurs peuvent établir de simples conventions ou des contrats dans le domaine des équipements ou bien d'activités de soins. Les établissements sont incités à établir certains contrats dits institutionnels car définis par la loi à l'instar du groupement d'intérêt économique, du groupement d'intérêt public, ou du groupement de coopération sanitaire. En mettant en œuvre ce type de contrats, les établissements peuvent bénéficier de ressources financières. C'est aussi le cas, dans le cadre de la formalisation d'un réseau.

Il peut y avoir aussi des incitations qui ont un caractère répressif comme par exemple, une restriction budgétaire, une autorisation d'équipements ou d'activité qui ne serait pas accordée si l'établissement ne noue pas des relations inter-organisationnelles.

L'hôpital étant considéré comme un nœud de contrats, **la relation d'agence** sera abordée à tous les niveaux de la structure. Le directeur de l'hôpital est considéré comme le principal vis-à-vis du médecin qui serait l'agent. Le principal délègue l'activité médicale au médecin (agent). Nous retrouvons aussi cette configuration dans les relations entre le médecin (principal) et le patient (agent).

Une autre approche, celle de **l'économie des conventions**, va être mobilisée pour appréhender les coordinations dans le secteur de la santé. Par exemple, l'éthique professionnelle (en tant que règle) est un système qui garantit à la tutelle un « *bon usage du soin* » de la part des médecins. De leur côté, les médecins reçoivent une rétribution et la reconnaissance d'un statut social (Mathy, 2000)[222]. Les règles d'éthique, de confiance et de réputation vont atténuer les problèmes d'asymétrie d'information et d'opportunisme de la relation d'agence entre médecin et patient(s). Mais en tant que mécanisme exogène, la règle « éthique » ne suffit pas.

La théorie de la relation de l'agence est prédominante dans la mesure où la vision de l'hôpital et des réformes sont de nature plutôt économique. Selon Claveranne et *al.*

[222] Mathy, *op. cit.*

(2009)[223], cette théorie est le « *référentiel dominant* » pour toute étude sur les organisations.

Cependant, nous avons trouvé également dans la littérature des études qui font appel à d'autres théories.

2.2. D'autres théories (théorie des jeux, théorie évolutionniste, de la dépendance des ressources, et la théorie néo-institutionnelle) sont aujourd'hui mobilisées.

Les théories que nous allons aborder tentent d'expliquer des phénomènes bien particuliers. En effet, **la théorie des jeux** est mobilisée pour comprendre **le faible nombre d'accords inter-établissements**, et **la théorie néo-institutionnelle** pour expliquer **les fusions d'établissements**. De son côté, l'enrichissement du portefeuille de ressources, **les partenariats entre concurrents, l'émergence des réseaux** ainsi que l'apparition de relations entre organisations à but non lucratif sont appréhendés sous l'angle de **l'approche par les ressources**.

2.2.1. La frilosité des accords entre organisations de santé

Pour Chaumont (2012)[224], les établissements ont peur de perdre une partie de leur autonomie et de leur activité en s'engageant dans une relation avec un partenaire dont ils ne maîtrisent pas les intentions. Pour sa part, Pierru (2000)[225] explique que les directeurs, pour que leur établissement ne devienne pas un centre gériatrique, ne vont pas nouer des relations avec d'autres structures. Ils tentent plutôt par tous les moyens d'attirer non seulement les patients mais aussi les professionnels. Pour cela, ils n'hésitent pas à développer en interne leur offre de soins en ne tenant pas compte des agissements des établissements présents dans leur environnement. Or, par effet de mimétisme, le territoire de santé se retrouve avec une offre de soins potentiellement redondante.

[223] Claveranne, J.-P. et *al.* (2009). La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. Dans P.-L. Bras, *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 447-454). Paris : Presses de Sciences Po « Hors collection ».
[224] Chaumont, C. (2012). Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier. *Gestions hospitalières*, 512, 26-30.
[225] Pierru, *op. cit.*

La théorie des jeux a été peu mobilisée par les économistes de la santé selon Abecassis et Batifoulier (1999)[226]. En effet, le comportement de maximisation de gains s'oppose à l'éthique médicale très chère aux médecins.

2.2.2. La fusion d'organisations de santé

Le milieu hospitalier est composé d'acteurs qui, nous l'avons vu, peuvent influencer les organisations hospitalières, en particulier par l'intermédiaire de réformes ou de lois, en imposant éventuellement des accords particuliers. C'est le cas des acteurs externes (Etat, autorités sanitaires et tutelle).

La fusion d'établissements fait partie des mesures affichées pour recomposer l'offre de soins sur le territoire. Dans leur article *« analyse des fusions sur longue période : un changement institutionnel »*, Laude et Louazel (2013)[227] les appréhendent sous l'angle de **la théorie néo-institutionnelle**. Les fusions retenues dans l'étude sont imposées par l'environnement institutionnel des établissements. Les auteurs constatent que les directeurs d'hôpitaux, chargés de la mise en œuvre de la fusion ont les plus grandes difficultés à faire aboutir un projet qu'ils n'ont pas décidé. De plus, les effets de l'opération vont s'avérer en deçà des espérances attendues.

Cueille (2002)[228], dans son article sur « *l'engagement des hôpitaux publics dans des stratégies d'alliances* », considère que l'élément important du recours aux accords se situe au niveau de **la perception** qu'ont les dirigeants **de leur environnement**. Cette façon d'envisager les choses dépasse la conception primaire de la théorie néo-institutionnelle (DiMaggio et Powell, 1997)[229] dans la mesure où des individus internes à l'organisation vont pouvoir agir et non plus subir leur environnement.

---

[226] Abecassis, P., Batifoulier, P. (1999). L'interaction médecin-patient : quelques enseignements de la théorie des jeux. *Dans B. Gazier, J.-L. Outin et F. Audier (Éds.), Formes d'organisation et institutions* (pp. 117-128). XIXe journées de l'Association d'Économie Sociale. Paris : L'Harmattan (coll. Logiques économiques), tome 2.

[227] Laude, L., Louazel, M. (2013). Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 31(2-3), 93-106.

[228] Cueille (2002), *op. cit.*

[229] DiMaggio et Powell, *op. cit.*

2.2.3. L'enrichissement d'un portefeuille de ressources

L'hôpital doit constamment augmenter la qualité des soins et il se voit confier de nouvelles pathologies. Pour cela, il doit se doter de ressources et de compétences qu'il ne détient pas forcément. Selon **la théorie évolutionniste**, il peut accéder à d'autres ressources en nouant des relations avec des partenaires. De plus, si la relation peut déboucher sur une structure où seront mises en commun les ressources, ces dernières, grâce à des interactions répétées dans le temps, produiront de nouvelles ressources enrichissant ainsi le portefeuille de ressources des partenaires (Escaffre, 2008)[230].

2.2.4. Les relations entre concurrents

Routelous (2011)[231] fait appel à **la théorie de la dépendance des ressources** pour expliquer les relations entre les hôpitaux et les cliniques qui mêlent « coopération » et « compétition ». Dans un contexte de raréfaction des ressources médicales, de seuils minimaux d'activité et de répartition optimale de l'offre de soins sur un territoire, des établissements publics et privés de proximité peuvent être menacés dans leur existence. Leur survie passe, soit par la captation de ressources externes, soit par l'absorption du partenaire ou encore en liant des accords. C'est ce que préconise la théorie de la dépendance des ressources. Par contre, dans le cas spécifique d'une relation entre des partenaires concurrents, les intérêts seront partiellement convergents.

Un autre type de partenariat public-privé sera analysé sous l'angle de quelques théories : celui qui lie un établissement public à une entreprise privée qui va réaliser pour elle un bien public. Nous l'avons abordé dans la section précédente. Mais là, nous l'envisageons dans le cadre de la construction d'un nouvel hôpital. Ce concept nous vient des pays anglo-saxons et est prôné par le « nouveau management public ». Ce qui ressort des nombreuses définitions trouvées dans la littérature (Ghribi, 2010)[232], c'est que ce concept peut être assimilé à un accord contractuel entre des acteurs publics et privés qui sont censés partager les risques,

[230] Escaffre, J.-P. (2008). *Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers*. Paris: Économica.
[231] Routelous, C. (2011). Les partenariats publics-privés comme outil de rationalisation de l'offre hospitalière. *Congrès de l'Association française de sociologie*, Grenoble, France.
[232] Ghribi, S. (2010). Principes de bonne gouvernance et succès des Partenariats Public-Privé : le cas de la sous-traitance. *XIXème Conférence Internationale de Management Stratégique Luxembourg, 1-4 juin*.

les responsabilités et les bénéfices. En fait, au cours de nos investigations sur les relations inter-organisationnelles, nous avons trouvé des exemples où les risques étaient en majorité supportés par les acteurs publics. **Ce type de partenariat est plutôt assimilé à de la sous-traitance**.

Le recours à ce type de partenariat a été appréhendé par plusieurs courants de la théorie des contrats (**théorie des incitations, des contrats incomplets et des coûts de transactions**) (Marty et *al.*, 2006)[233]. La relation peut être assimilée à celle du principal/agent avec asymétrie d'information. Cependant, comme le contrat porte sur de gros équipements et sur le long terme, il sera fait appel à la théorie des contrats incomplets incluant celle des droits de propriétés pour compléter l'analyse de ce type de partenariat.

2.2.5. L'apparition de relations formelles entre organisations à but non lucratif

L'apparition de relations formelles entre organisations à but non lucratif - qui entretenaient jusque là des relations informelles - a suscité un intérêt chez un certain nombre d'auteurs. Ainsi, dans le domaine de la santé, Zajac et *al.* (1993)[234] ont identifié les facteurs - à savoir le degré d'autonomie et de dépendance des ressources - qui poussent les organisations de santé à aller vers tel ou tel type de relations. (Zinn et *al.*, 1997)[235] y verront aussi d'autres facteurs ou plus précisément d'autres acteurs issus de l'environnement de l'organisation à l'instar des financeurs.

Guo et Acar (2005)[236] ont étudié les raisons pour lesquelles les organisations à but non lucratif choisissent tel ou tel type de relations (formelles ou informelles). Ils vont ainsi tester au moyen d'une étude empire effectuée sur 376 organisations la capacité de **la théorie de la dépendance des ressources** (très utilisée) à expliquer le phénomène grandissant des relations formelles des organisations à but non lucratif. Selon cette théorie, c'est la pénurie ou le manque de ressources qui pousserait les « petites » organisations vers des relations

[233] Marty, Trosa et Voisin, *op. cit.*
[234] Zajac, E.-J., D' Aunno, T.-A., Burns, L.-R. (2000). Managing strategic alliances. In S.-M. Shortell, A.-D. Kaluzny, *Health care management: organization design and behavior* (307-329).
[235] Zinn, J. S., Proenca, J., Rosko, M.-D. (1997). Organizational and environmental factors in hospital alliance membership and contract management: a resource-dependence perspective. Hospital & Health Services Administration, 42(1), 67‑86.
[236] Guo et Acar, *op. cit.*

formelles pour ne pas être en difficulté financière. Cette affirmation sera démentie par leur étude empirique sur les organisations à but non lucratif. Les données de l'étude montrent en effet que les partenaires potentiels (surtout les grosses structures) ne sont pas forcément intéressés par des organisations de petite taille. De plus, ces dernières ont peur de perdre toute leur autonomie.

2.2.6. Le cas particulier des réseaux

Les mutations du système de santé - avec l'apparition de relations entre médecins hospitaliers et libéraux sur des pathologies particulières telles que le SIDA - mais aussi la mise en œuvre d'accords pour exploiter en commun des équipements, ont poussé l'économie de la santé à s'intéresser à la notion de **réseau** perçu comme une alternative aux contrats ou conventions.

Forme hybride (Willamson), nouveau mode d'organisation du système de santé (ordonnance de 1996), organisations appartenant à un groupe dont certains membres nouent des accords inter-organisationnels (Gadreau et *al.*, 1999)[237], etc., le réseau a **de nombreuses définitions**. A partir du milieu des années 1990, de nombreuses études seront menées sur le réseau même si les définitions peuvent varier d'une étude à l'autre comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

Dans le domaine de la santé, **l'approche évolutionniste** va expliquer l'**émergence des réseaux** en mettant en lumière les fondements de la création de réseaux : la recherche de complémentarités (réseaux ville/hôpital), la réduction de l'incertitude (car pathologie complexe et volonté de diffuser et partager des savoirs), et enfin la consolidation de relations informelles basées sur la confiance.

Béjean et Gadreau (1997)[238] se penchent sur une conception évolutionniste du réseau dans une perspective de création de ressources (à l'instar de Richardson). Les réseaux permettent

[237] Gadreau, Jaffre et Lanciau, *op. cit.*
[238] Béjean et Gadreau, *op. cit.*

de développer une activité complémentaire grâce à la mise en commun de moyens et/ou compétences (Mathy, 2000)[239].

Les **théories de l'agence et l'économie des conventions** seront mobilisées sur la question de l'intérêt de **l'évaluation des réseaux** par la tutelle (Buttard, 2008)[240], chacune des théories apportant un élément important. La théorie de l'agence pour laquelle le réseau est un nœud de contrats considère qu'évaluer le réseau va réduire l'asymétrie d'information entre acteurs et favoriser son efficacité et donc le pérenniser. Quand à l'économie des conventions, elle se penche sur les règles d'actions construites par les acteurs telles que le compromis. L'apport de ces deux théories pousse les auteurs à proposer de nouvelles modalités d'évaluation des réseaux.

Conclusion du chapitre

Dans la littérature, l'analyse des relations inter-organisationnelles dans le secteur industriel fait appel aux théories des organisations. Relativement nombreuses, ces théories se retrouvent pour certaines d'entres elles systématiquement citées, à partir de 1985, dans des articles de revues traitant de l'organisation (Bort et Keiser, 2011)[241]. Toutefois, ces auteurs se demandent s'il n'y a pas d'effet de mode, à savoir que plus un concept est populaire plus il est diffusé. En effet, ils remarquent que les concepts se développent plus vite que les théories. En son temps, la théorie de l'agence était la théorie la plus sollicitée, faute de mieux car selon Ghoshal (2005)[242], elle pouvait engendrer de mauvaises pratiques. Toutefois, les théories institutionnelles et plus récemment l'approche par les ressources occupent une place centrale dans les analyses des rapprochements inter-organisationnels.

[239] Mathy, *op. cit.*

[240] Buttard, A. (2008). L'évaluation du réseau en santé. Des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques. *Politique et management public*, 26(4), 87–110.

[241] Bort, S., Kieser, A. (2011). Fashion in Organization Theory: An Empirical Analysis of the Diffusion of Theoretical Concepts. *Organization Studies*, 3*2*(5), 655-681.

[242] Ghoshal, S. (2005). Bad management theories are destroying good management practice. *Academy Management Learning & Education*, 4, 75-91.

Cette constatation rejoint celle observée par Oliver et Ebers (1998)[243] qui avaient fait un classement des principales approches des relations inter-organisationnelles.

Certaines formes relationnelles à l'instar de **l'externalisation** et **du réseau** sont particulièrement examinées et ce sous l'angle de **plusieurs théories**.

Dans **le secteur hospitalier**, les premiers sujets de recherche sur l'hôpital datent de la fin des années 1980. Les sujets sont traités sous l'angle d'une analyse médico-économique par des économistes de la santé. Ces derniers vont ainsi véhiculer les référents théoriques étrangers et le paradigme néoclassique vers le secteur de la santé (Serré, 2002)[244]. C'est ainsi que les études sur les relations inter-organisationnelles vont emprunter les théories utilisées dans le secteur industriel.

Les recherches sur les relations entre organisations dans le champ hospitalier mobilisent les **mêmes théories que celles utilisées dans le secteur industriel.** C'est ainsi que nous retrouvons tout naturellement la théorie de l'agence, des conventions, l'approche par les ressources ainsi que l'approche sociologique de la théorie institutionnelle. Pourtant, l'hôpital ne peut être assimilé à une entreprise. Chaque prise en charge hospitalière peut être considérée comme un produit particulier qu'il est difficile de mesurer en termes de coûts. Les politiques de santé sont définies par les pouvoirs publics et non par les directeurs des hôpitaux. Les établissements de santé n'ont aucune maîtrise sur les normes en matière d'équipements, de sécurité, et de personnels dans les services de soins (Mahyaoui, 2003)[245].

Notre revue de littérature met en évidence que l'analyse des relations entre organisations hospitalières mobilisera **plus particulièrement la théorie de l'agence**. Ainsi, la généralisation de la contractualisation à partir des réformes de 1996 comme mode d'organisation et d'allocation de ressources à des fins de maîtrise des dépenses de santé donnera une large place à la théorie de l'agence pour l'analyse des relations. Toutefois, elle s'avère insuffisante pour expliquer les relations inter-organisationnelles.

---

[243] Oliver, A.-L., Ebers, M. (1998). Networking network studies: an analysis of conceptual configurations in the study of inter-organizational relationships. *Organization studies*, 19(4), 549–583.
[244] Serré, M. (2002). De l'économie médicale à l'économie de la santé: Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143(1), 68-79.
[245] Mahyaoui, *op. cit.*

A l'instar du milieu industriel, nous n'avons pas trouvé de théorie globale pour expliquer les relations inter-organisationnelles dans le secteur hospitalier. Ce foisonnement de théories pour l'analyse des relations entre organisations dans le secteur hospitalier nous incite à opter pour une démarche alternative - pour étudier les relations - qui ne s'appuierait pas sur une ou plusieurs des théories mobilisées. Pour justifier une telle démarche, nous présentons dans un second chapitre quelques éléments qui peuvent expliquer le foisonnement théorique et l'absence de théorie globale. Nous complétons cette présentation par ce que nous révèle notre revue de littérature à savoir l'absence de consensus sur le concept de relation ainsi que sur les formes qu'elle peut adopter.

Chapitre 2 : Les difficultés dans le choix d'une théorie pour l'analyse des relations entre organisations : de l'incomplétude des théories au flou du concept de relation.

Notre recherche va porter sur l'étude des relations entre organisations dans le secteur hospitalier. Nous pouvons procéder de différentes manières pour aborder le sujet. La première consiste à confronter une théorie sur des données observées permettant de valider ou d'invalider la théorie. La seconde méthode consiste à observer des faits, afin d'en tirer des constantes qui peuvent compléter une théorie existante, aider à construire un cadre d'analyse ou une nouvelle théorie.

Si nous optons pour la première solution, nous devons choisir la (ou les) théorie(s) que nous allons confronter à nos données observées. Or, le chapitre précédent nous a laissé entrevoir l'absence d'une théorie générale pour appréhender les relations entre organisations. En effet, nous avons recensé un nombre assez élevé de théories mobilisées pour expliquer ces phénomènes sans qu'aucune ne se détache véritablement. Le choix d'une théorie (voire d'un groupe de théories) risque de s'avérer compliqué. C'est pourquoi, nous avons décidé d'étudier les raisons de la coexistence de plusieurs théories pour expliquer les relations entre organisations et surtout leur incomplétude à étudier le phénomène. C'est l'objet de la **section 1**.

Par ailleurs, nous avons remarqué dans notre revue de littérature sur les accords que la définition des formes relationnelles (réseau, filière, alliance, coopération, etc.) tout autant que la notion plus générale de relations inter-organisationnelles ne font pas consensus parmi les auteurs ayant écrit sur le sujet. Ce flou dans les définitions ne contribue-t-il pas à l'incomplétude des théories à expliquer les relations ? C'est ce que nous allons aborder dans la **section 2**.

Et c'est à l'issue de ces deux analyses que nous définirons la démarche que nous allons entreprendre pour étudier les relations inter-organisationnelles dans le secteur hospitalier.

Section 1 : Les insuffisances des théories pour expliquer les relations inter-organisationnelles : quelques éléments d'explication

Nous allons exposer les raisons qui, selon nous, pourraient justifier le constat d'incomplétude des différentes théories pour expliquer les relations entre organisations. Nous avons recensé six explications potentielles. Nous les présentons les unes à la suite des autres car il nous est difficile d'attribuer une importance spécifique à l'une ou l'autre de ces raisons.

1. Les théories expliquent essentiellement les motivations de la relation

Il est reproché aux théories suivantes - l'approche par les ressources, la théorie des jeux, l'approche sociologique de la théorie institutionnelle ainsi que celle concernant les coûts de transactions - d'expliquer la genèse d'un accord inter-organisationnel plutôt que la forme que doit prendre cet accord.

Par exemple, l'approche par les coûts de transaction, en évaluant le coût de chaque option, se focalise sur la prise de décision de telle ou telle option en **négligeant** dans le cas de la mise en œuvre d'accords **de préciser la forme de la relation**. Ces formes hybrides restent indéfinies en soi, seulement par différence aux concepts établis (Barthélemy, Fulconis et Mothé, 2001)[246] à savoir le marché ou la hiérarchie. La mise en place de partenariats verticaux, une alternative à la sous-traitance, qui regroupent des firmes n'appartenant pas au même secteur d'activité, sera justifiée par l'approche des coûts de transaction mais pas les différentes formes possibles que peuvent prendre ce partenariat (Guillouzo et Thépaut, 2004)[247]. Et quand bien même un type d'accord est spécifié, comme par exemple l'externalisation, la théorie **peine à expliquer** non seulement **les facteurs déclencheurs** de l'accord mais aussi la gestion concrète de ce type d'accord (Barthélemy, 2007)[248]. La même critique peut être formulée pour l'approche sociologique de la théorie institutionnelle.

[246] Barthélemy, J., Fulconis, F., Mothé, C. (2001). Les coopérations inter-organisationnelles: approche théorique et illustrations. Dans A.-C. Martinet et R.-A. Thietard (Éds.), *Stratégies : actualité et futurs de la recherche* (pp. 289-303). Paris: Vuibert.
[247] Guillouzo et Thépaut, *op. cit.*
[248] Barthélemy, J. (2007*). Stratégies d'externalisation: préparer, décider et mettre en oeuvre l'externalisation d'activités stratégique*s. Paris: Dunod.

De plus, la théorie des coûts de transaction appréhende plus facilement les arrangements qui traitent du « faire-faire » que du « faire-ensemble ». Le processus de mise en œuvre d'accords inter-organisationnels n'est pas expliqué par une approche théorique, seule l'évolution ou l'issue d'un accord en a bénéficié.

Pour les tenants du courant évolutionniste, l'innovation ne peut se réaliser qu'en dehors du marché, mais ils ne s'attardent pas sur les formes organisationnelles (firme, alliance, réseau) qui seraient la (ou les) plus adaptée(s) pour créer de l'innovation (Brousseau, 1999)[249].

2. Le recours aux relations inter-organisationnelles est mono-causal dans les approches théoriques

Comme Mayrhofer (2007)[250], nous avons pu constater – en étudiant les théories au chapitre précédent - que globalement ces dernières n'envisagent qu'**une seule et unique raison** pour justifier une relation avec une autre organisation.

La logique de minimisation des coûts portée par l'approche par les coûts de transaction a longtemps été l'unique raison invoquée pour nouer des accords. Or, pour des auteurs comme Fulconis et Solle (1998) [251], elle néglige les autres déterminants du recours à la relation inter-organisationnelle comme la réduction du risque, les politiques de recentrage sur le métier, un partage de savoir-faire, etc.

L'acquisition de compétences justifie les rapprochements dans la perspective évolutionniste. Le modèle de l'économie industrielle appréhende la relation comme un moyen d'**optimiser une position concurrentielle.** Quant à la théorie de la dépendance des ressources, elle légitime les accords inter-organisationnels dans la mesure où ils permettent de **gérer l'incertitude** issue de l'interdépendance des partenaires.

---

[249] Brousseau, E. (1999). Néo-institutionnalisme et Evolutionnisme: quelles convergences? *Economies et sociétés*, 33, 189–215.
[250] Mayrhofer, *op. cit.*
[251] Fulconis, F., Solle, G. (1998). Organisations en réseau et pertinence du système comptable de gestion. *Actes du IIIe colloque international de management des réseaux d'entreprises*. Université du Québec, Montréal.

Pour Oliver (1990)[252], aussi, chaque théorie met en exergue un déterminant à la formation de relations inter-organisationnelles comme par exemple la légitimité pour l'approche sociologique de la théorie institutionnelle ou bien encore l'efficacité pour la théorie des coûts de transaction pour ne citer que ces deux là.

D'autre part, les théories restreignent les choix organisationnels à l'analyse de deux facteurs principalement : la fréquence des transactions et les caractéristiques des investissements (les actifs) (Escaffre, 2008)[253]. Or, l'auteur considère que d'autres facteurs tels que le volume d'activité, le poids de l'investissement dans le budget, la mission de l'établissement et enfin la présence ou non d'une structure satisfaisante dans l'environnement de l'établissement peuvent influer le choix organisationnel.

3. Des théories qui semblent peu complémentaires pour expliquer les relations

Des théories telles que celle des coûts de transaction sont particulièrement sollicitées pour analyser les relations entre organisations. Mais parfois, les chercheurs mobilisent une autre théorie visiblement pour pallier les manques ou les critiques de la théorie précédemment utilisée. L'apport de plusieurs théories pourrait laisser supposer une complémentarité entre elles ou la formation d'une théorie synthétisant différentes approches (Nooteboom, 2004)[254]. Par exemple, l'auteur propose une théorie alliant la théorie des coûts de transaction à celle des compétences.

Cependant, **la complémentarité entre les théories ne semble pas effective**.

Par exemple, Williamson (2008)[255] a réfléchi à l'utilisation conjointe de deux théories (celle des **coûts de transaction et** l'**approche par les ressources**) pour expliquer des modes de fonctionnements autre que le marché et la hiérarchie à savoir l'externalisation. Cependant, il s'avère que les concepts sous-jacents à ces théories comme l'opportunisme d'un côté et la confiance de l'autre peuvent aboutir à des décisions contradictoires sur des opérations

[252] Oliver, C. (1990). Determinants Of Interorganizational Relationships: Integration and Future Direction. *The Academy of Management Review*, 15(2), 241- 265.
[253] Escaffre (2008), *op. cit.*
[254] Nooteboom, B. (2004). Governance and competence: how can they combined? *Cambridge journal of economics*, 28(4), 505-525.
[255] Williamson, O.-E. (2008). Outsourcing: Transaction cost economics and supply chain management. *Journal of supply chain management*, 44(2), 5–16.

d'externalisation. De plus, même si les réponses apportées par les deux théories peuvent être proches, Scott et Davis (2007)[256] considèrent que les réponses ne sont pas suffisamment claires pour que les théories soient interchangeables.

Concernant l'analyse des relations entre organisations, nous n'avons pas trouvé beaucoup d'exemples traitant de l'utilisation conjointe de théories. Il s'agit très souvent de **l'association de la théorie des coûts de transaction avec l'approche par les ressources** (perspective évolutionniste ou basée sur les compétences). Par contre, les chercheurs trouvent des complémentarités entre les théories pour étudier la performance d'une firme (en associant la théorie de la contingence et celle des ressources)[257], les réactions d'une firme à son environnement (théorie de l'agence associée à la théorie de la compétence)[258] pour ne citer que ces deux exemples.

Par ailleurs, les théories couramment utilisées **ne posent pas les mêmes questions**, n'ont **pas la même définition de l'objet** qu'elle traite à savoir l'organisation et ses frontières (Davis, 2010)[259] et (McKinley et *al.*, 2011)[260]. Par exemple, les théories vont passer d'une représentation de l'organisation comme structure ou système à une organisation composée d'individus dont il faut étudier les comportements (Rouleau, 2007)[261].

Finalement, ce sont les concepts qui changent et non les théories. Les théories de la fin des années 1990 sont différentes de celles des années 1960 sans toutefois rompre avec les approches classiques au niveau de la représentation de l'organisation comme par exemple la place accordée à la rationalité des individus (Rouleau, *cf. supra*).

---

[256] Scott, W.-R., Davis, G.-F. (2007). *Organizations and organizing: rational, natural, and open system perspectives*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.

[257] Pertusa-Ortega, E.-M., Molina-Azorín, J.-F., Claver-Cortés, E. (2010). Competitive strategy, structure and firm performance: A comparison of the resource-based view and the contingency approach. *Management Decision*, 48(8), 1282‑1303.

[258] Coriat, B., Weinstein, O. (2010). Les théories de la firme entre «contrats» et «compétences». Une revue critique des développements contemporains. *Revue d'économie industrielle*, (129-130), 57–86.

[259] Davis, G.-F. (2010). Do Theories of Organizations Progress? *Organizational Research Methods,* 690-709.

[260] McKinley, W., Wood, M.-S., Moon, G. (2011). Low Heed in Organization Theory. *M@n@gement*, 14, 154-181.

[261] Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations: approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Les théories sont finalement assimilables à des « **boites à outils** » utiles pour répondre à telle ou telle question du chercheur (Davis, 2010)[262]. Ainsi, la théorie des coûts de transactions sera utilisée dès lors que les accords concernent des relations clients-fournisseurs.

4. Des notions peu ou pas abordées par les théories : l'individu, le pouvoir, la proximité géographique

Pour les tenants de la théorie évolutionniste, la firme se résume à un ensemble de ressources productives ou à un assemblage de compétences mais pas d'individus. On ne sait pas comment les ressources sont combinées, comment les activités et les compétences sont associées dans le cadre des relations interentreprises (Brousseau, 1999)[263]. Or, les relations sont portées par des individus. Les compétences sont détenues par des individus. Derrière les transactions, l'unité d'analyse de la théorie des coûts de transaction, il y a des hommes. Derrière les nœuds de contrats de la théorie de l'agence, il y a encore des individus.

Les théoriciens des différentes approches considèrent les individus opportunistes, de rationalité limitée, et leur comportement est linéaire. Ainsi, la théorie des contrats (coûts de transaction et d'agence) n'étudie pas les changements que l'apport de connaissance ou l'application de normes peut opérer sur eux modifiant leurs actions (Charreaux, 2000)[264] et donc potentiellement les relations qu'ils mettront ou non en œuvre.

Lorsque l'individu est pris en considération dans les relations, il s'agit avant tout des dirigeants (à l'instar de la théorie de l'agence) et non pas de l'ensemble des individus concernés et impactés par la relation (Monin, 2002)[265].

L'individu est plutôt appréhendé de manière **négative**. Or, un individu face à un autre individu peut ne pas adopter un comportement opportuniste car il peut avoir confiance en son partenaire. Malheureusement, autant la méfiance est appréhendée par les théories, autant **la confiance a été plutôt négligée** en raison du postulat de base qui stipule que les

[262] Davis, *op. cit.*
[263] Brousseau (1999), *op. cit.*
[264] Charreaux (2000), *op. cit.*
[265] Monin, *op. cit.*

individus agissent uniquement dans leurs propres intérêts. Ils vont donc se méfier des autres individus puisque ces derniers adopteront le même comportement. Ce qui est paradoxal, par exemple dans la théorie des coûts de transaction, c'est que la décision de ne pas nouer de relation avec autrui - et donc d'internaliser une transaction - repose sur le manque de confiance dans le partenaire, or ce concept n'est pas du tout analysé par la théorie (Nardot, 2005)[266]. En Grande Bretagne, le concept de confiance était déjà étudié dans le cadre des relations entre organisations depuis les années 1960. Macaulay (1963)[267] avait remarqué, en étudiant plusieurs cas de relations inter-firmes que la résolution des conflits passait par des mécanismes non définis dans le contrat. La confiance est ainsi apparue comme un mode de coordination, sans qu'il soit possible d'en donner une définition précise (Brousseau, 2000)[268].

Avec l'accroissement des relations inter-organisationnelles, le concept de confiance a fait l'objet de nombreux écrits. Trabelsi (2007)[269], dans son article sur la confiance et les alliances stratégiques, démontre l'importance de la confiance pour atténuer l'opportunisme des individus dans les relations mais aussi pour assurer le développement d'une relation. Pour l'auteur, la confiance peut préexister à la relation (si le partenaire est connu et s'il a une bonne réputation) mais elle se construit surtout au fur et à mesure de la relation. Pour Brousseau (*cf. supra*), par contre, c'est le contrat qui permet la coopération, la confiance n'apportant rien de plus.

Il y a un autre paramètre très peu pris en considération par les théories : **le pouvoir**. Alors qu'il ne peut y avoir d'organisation sans pouvoir, selon Clegg (2006)[270], peu de théories - excepté la théorie de la dépendance des ressources - donne une place importante au pouvoir. Forcément, accorder de la place au pouvoir, c'est considérer les individus comme des acteurs. Ainsi, pour Williamson, le pouvoir, contrairement à l'autorité, traduit

[266] Nardot, C. (2005) : Le concept de confiance : Quel intérêt pour l'enseignement en STG et STS? Consulté de http ://www.creg.ac-versailles.fr.
[267] Macaulay, S. (1963). Non contractual relations in business: a preliminary study, *American Sociological Review*, 45, 151-175.
[268] Brousseau (2000), *op. cit.*
[269] Trabelsi, K. (2007). La confiance : la « plate-forme » de l'alliance stratégique. *Management & Avenir*, 14(4), 25.
[270] Clegg, S. (2006). *Power in organizations*. Thousand Oaks, London: Sage Publications.

l'inefficience de l'organisation, et sera donc laissé de côté (Baudry et Chassagnon, 2010)[271]. Car le seul pouvoir c'est celui du marché.

Les relations entre organisations s'opèrent dans un environnement spatial plus ou moins étendu. D'après Gallaud (2012)[272], **la proximité géographique** des partenaires a une influence sur les relations et la formalisation de cette relation. En effet, deux partenaires proches, ont des chances de se connaître, de se faire confiance et de nouer des relations. Or, la théorie des coûts de transaction n'intègre pas la distance entre les partenaires comme un coût de transaction potentiel, même si Williamson considère que la proximité permet des échanges plus rapides. De même, les théories - pour lesquelles la firme n'a pas de frontière ou qui n'analysent pas les interactions entre l'organisation et son espace - ne tiennent pas compte de cet élément dans leur analyse des relations à l'instar de la théorie évolutionniste.

5. Les théories sorties de leur contexte perdent de leur efficacité

Quasiment toutes les théories se sont développées entre 1960 et 1970 (Scott, 2004)[273]. Elles sont donc associées aux contextes économique, politique et social de leur époque. Les théories ont donc du mal à appréhender les changements - tant sur le plan de l'information, la communication, les technologies - qui se sont opérés depuis les vingt dernières années (Walsh et *al.*, 2006) [274].

La théorie des organisations est née aux Etats-Unis au début du vingtième siècle. Elle n'a été prise en compte en France que quelques années plus tard dans un contexte totalement différent celui de son pays d'origine. De plus, certains concepts tels que le pouvoir ou le conflit n'ont pas du tout la même importance dans les deux pays (Bernoux, 2002)[275].

Par ailleurs, les théories ont été construites pour répondre aux questionnements du milieu industriel. Importer ces théories dans le champ hospitalier qui a ses propres spécificités

[271] Baudry et Chassagnon, *op. cit.*
[272] Gallaud, D. *et al.* (2012). Proximités organisationnelle et géographique dans les relations de coopération : une application aux secteurs agroalimentaires. *Géographie, économie, société*, 14, 261-285.
[273] Scott, *op. cit.*
[274] Walsh, J.-P., Meyer, A.-D., Schoonhoven, C.-B. (2006). A Future for Organization Theory: Living in and Living with Changing Organizations. *Organization Science*, 17(5), 657-671.
[275] Bernoux, P. (2002). L'influence de March sur la sociologie des organisations en France. *Revue française de gestion*, 28(139), 195-202.

diminue leur efficacité[276]. Nous rejoignons ainsi la conclusion de Bihan (2014)[277] au sujet de son analyse de la transposition aux Etats-Unis d'un concept d'art de la guerre conçu par les Soviétiques. Le concept va s'avérer inefficace car il est rattaché à un contexte spécifique, différent du contexte dans lequel il est transposé.

Le milieu hospitalier présente des **caractéristiques différentes** de celles du secteur industriel. En effet, le patient n'est pas souverain mais singulier, l'offre et la demande ne sont pas indépendantes, la concurrence n'est ni libre ni parfaite (Pierru, 2000)[278]. Les établissements de santé ne sont pas en concurrence directe puisque les « prix » sont définis. Ils n'ont pas de pouvoir sur le prix des médicaments et des équipements. De plus, la réglementation contraint les établissements à des mesures comme par exemple l'usage unique de certains matériels. Par contre, ils peuvent se faire concurrence au niveau de leur zone d'attraction en captant des patients d'un autre établissement.

Mossé (2000)[279] a pointé **les limites des théories importées** du secteur industriel pour rendre compte du phénomène de contractualisation de l'action publique. Par exemple, les conditions d'application de la théorie de l'agence ne sont pas vérifiées sur le terrain et son effectivité semble réduite: les acteurs peuvent être à la fois principal et agent, les contractants ne sont pas forcément sur un plan d'égalité. Les mesures pour réduire l'asymétrie de l'information sont peu efficaces. En effet, les outils tels que le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) et l'accréditation n'ont que peu d'effet sur la relation entre l'hôpital et la tutelle.

Domin (2010)[280] aussi traite de l'incomplétude de la théorie de l'agence. Pour lui, l'hôpital est composé de multiples relations complexes où le payeur n'est pas forcément le principal. C'est le cas dans la relation médecin-patient car c'est l'assurance maladie (un tiers) qui est le payeur.

---

[276] Bihan (2014), chercheur en études stratégiques, a expliqué l'échec de l'importation aux Etats-Unis d'un concept d'art militaire soviétique.
[277] Bihan, B. (2014, avril). Doctrines importées. *Défense et sécurité internationale*, 102.
[278] Pierru, *op. cit.*
[279] Mossé, P. (2000). Les restructurations hospitalières : quels référents, pour quels compromis ? *Document de travail* pour le séminaire ATES N° 5, Dijon.
[280] Domin (2010), *op. cit.*

Nous verrons dans la troisième partie de notre travail que certaines relations dans le secteur hospitalier **mettent à mal la théorie des coûts de transaction** à l'instar des établissements contraints par les autorités sanitaires à des partenariats concernant des équipements lourds très spécialisés. Or, selon la théorie des coûts de transaction, ce type d'équipement est considéré comme un actif spécifique et devrait être internalisé.

La théorie des coûts de transaction semble aussi mise à mal par les faits en ce qui concerne les réseaux. Pour les tenants de ce courant, ces « formes hybrides » ont pour particularité de ne pas être pérennes car elles évoluent vers une intégration dans une organisation. Or, dans les faits, des réseaux perdurent ce qui laisserait entendre, qu'ils sont des modes d'organisation à part entière complémentaires aux organisations classiques. Cette critique doit être relativisée car il est fort possible que le réseau ait été intégré dans une organisation mais que l'appellation réseau perdure.

Fray (2009)[281], en introduction de son article sur « *les nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier* », considère que l'analyse du secteur hospitalier ne peut pas être réduite à une approche contractuelle, car cette dernière omet l'existence d'objectifs divergents (entre la sphère administrative et la sphère médicale par exemple).

6. La diversité des formes relationnelles compliquent la théorisation

Les configurations organisationnelles de Mintzberg (2003)[282], par exemple, correspondent à des situations bien déterminées et stables. Or, les pressions tant internes qu'externes rendent les organisations plus mouvantes qui s'adaptent à leur environnement changeant. Dans le secteur hospitalier, nous avons identifié **des formes relationnelles qui traduisent des situations transitoires.** Elles correspondent **à une étape vers une relation plus poussée mais dont la réussite n'est pas forcément assurée**. Ces situations d' « entre deux », parce qu'elles sont nombreuses, peuvent expliquer la difficulté pour les chercheurs à théoriser les formes relationnelles. Ainsi donc, les théories couramment mobilisées pour l'analyse des organisations et des formes relationnelles ne vont mettre à jour qu'une partie des formes

[281] Fray, A.-M. (2009). Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs. *Management & Avenir*, 28, 142-159.
[282] Mintzberg (2003), *op. cit.*

relationnelles potentiellement observables et très certainement les formes relationnelles stables.

7. Les relations informelles ne sont pas ou peu étudiées par les théories

Les relations entre organisations dans le secteur hospitalier sont considérées comme formelles dès lors qu'elles se concrétisent par la signature d'un contrat, d'une convention, d'une charte ou bien par la mise en place d'une structure juridique[283]. Cependant, des relations informelles se nouent entre les individus. Elles se manifestent par des contacts spontanés entre les personnes.

Quelques auteurs ont abordé les relations informelles. Selon Barnard (1938)[284], elles coexistent avec les relations formelles. Leur importance a été mise en avant par Mayo, fondateur du mouvement des relations humaines, à l'occasion d'une expérimentation auprès d'ouvrières. Pour Tarondeau et Hutin (2006)[285], les relations informelles sont aujourd'hui considérées comme un moyen de combler les insuffisances des relations formelles. Et, selon Sennett (2014)[286], les relations informelles sont plus efficaces dans une période de crise que les relations formelles qui, elles, sont fragilisées.

Dans son chapitre sur la préparation de la coopération, Jolly (2001)[287] parle du repérage de l'allié potentiel qui peut se faire par des rencontres informelles entre les dirigeants. Selon Collins et *al.* (1992)[288], des discussions informelles peuvent même s'établir entre les directions opérationnelles. Toutefois, le formel se substitue à l'informel dès lors que les relations vont se nouer entre entités qui ne sont pas du même secteur.

Dans notre étude, nous avons identifié une dizaine de relations informelles qui ont précédé une relation formelle. Quatre seulement concernent la recherche d'un partenaire.

---

[283] Groupement d'intérêt public, groupement de cooperation sanitaire, etc.

[284] Barnard, *op. cit.*

[285] Tarondeau, J.-C., Huttin, C. (2006). Structure informelle. Dans J.-C. Tarondeau, et C. Huttin (Éds.), *Dictionnaire de stratégie d'entreprise* (p. 6), 2ème édition. Paris: Vuibert.

[286] Sennett, R. (2014). *Ensemble. Pour une éthique de la coopération*. Paris : Albin Michel.

[287] Jolly, *op. cit.*

[288] Collins, T.-M., Doorley, T.-L., Bindel, G., Lévy, R.-H. (1992). *Les alliances stratégiques*. Paris: InterEditions.

Wintrobe et Breton (1986)[289] ont travaillé sur les « *transactions informelles* » en prolongeant la théorie de l'agence. Ces relations informelles restent toutefois à l'intérieur de l'organisation. Pour eux, les relations entre un supérieur et un subordonné peuvent être basées sur la confiance et la loyauté et ne nécessitent pas une formalisation. Les relations se font sur la base de promesses qui poussent l'agent à être coopératif mais qui sont difficilement formalisables. Le système de « *transactions informelles* » est assimilé à un réseau bidirectionnel vertical (entre supérieur et subordonné) ou horizontal (entre subordonnés). Par exemple, dans le premier cas, l'agent montre à son supérieur qu'il peut lui faire confiance. Ainsi, il espère que son supérieur lui prouvera sa confiance en le récompensant (Billand, 1998)[290].

Pour résumer, les théories mobilisées peinent à expliquer la forme que doit prendre la relation entre organisations. Elles n'expliquent que partiellement les raisons de la mise en œuvre de la relation et laissent peu de place à l'individu comme acteur de la relation. Elles laissent de côté les relations interindividuelles entre les protagonistes de la relation qu'ils soient les initiateurs, les porteurs ou ceux qui subissent la relation.

Les théories seraient donc explicatives mais pas prescriptives. Enfin, en l'absence de théorie prenant en compte les spécificités françaises et en particulier celles du secteur hospitalier, les théories mobilisées paraissent insatisfaisantes pour expliquer les relations entre organisations dans ce secteur.

Tout en étudiant la littérature sur les théories mobilisées pour l'analyse des relations entre organisations, nous avons remarqué que les auteurs utilisent assez régulièrement un terme générique « les alliances (stratégiques) » pour qualifier les relations entre organisations. Au gré des articles, ce terme est soit indéfini, soit il regroupe des caractéristiques qui font consensus. Il qualifie aussi toute forme relationnelle à l'instar du réseau, de la coopération, etc. Ce flou dans la définition de la relation entre organisations et des formes qu'elle peut

[289] Wintrobe, R., Breton, A. (1986). Organizational Structure and Productivity. *American Economic Review*, 76(3).
[290] Billand, P. (1998). Rationalité et coopération : le rôle de la confiance en économie. *Revue d'économie industrielle*, 84(1), 67-84.

prendre constitue peut être un élément supplémentaire expliquant l'absence de théorie globale pour analyser les relations entre organisations.

C'est pourquoi, dans la section suivante, nous allons examiner les définitions données aux relations entre organisations tant sur le plan global qu'au regard des différentes formes que peuvent prendre ces relations à l'instar du réseau, de l'alliance, de la coopération, etc.

Section 2 : L'absence de définition partagée des relations entre organisations

Les relations entre organisations sont le fruit de stratégies d'acteurs. D'une manière générale, une stratégie est fondée, d'une part sur un objectif ou une mission, d'autre part sur un seuil critique de connaissances et de moyens. Ce dernier dépend de trois paramètres fondamentaux (Escaffre, 2008)[291] :

- la vitesse relative (se mouvoir plus rapidement que l'environnement, l'accompagner, le freiner) ;
- la réserve de connaissance et la capacité de moyens (financiers, de production, de commercialisation, etc..) ;
- la plasticité des connaissances et des moyens c'est-à-dire les possibilités de modifications de leur utilisation en cas de changements brutaux de stratégie.

Lorsque le seuil critique peut être atteint de manière autonome par l'acteur, ce dernier est en capacité d'agir seul en toute liberté. En revanche, lorsque ce seuil est insuffisant, l'acteur va chercher dans son environnement les moyens dont il a besoin. Mais, il doit prendre en compte les réactions des acteurs environnants. Il adoptera une stratégie parmi un ensemble de stratégies possibles (s'allier, fusionner, se mettre en réseaux, etc….).

Nous avons recherché dans la littérature les définitions associées à ces différentes stratégies. Nous constatons que **les relations entre organisations** au sens large sont assez systématiquement assimilées aux mots « **alliance** » et/ou « **coopération** » et/ou « **partenariat** ». Toutefois, il règne **un certain flou** dans les définitions des relations inter-organisationnelles tant au sens large qu'au niveau des formes canoniques caractérisant une relation.

[291]Escaffre (2008), *op. cit.*

1. Les relations entre organisations : quatre approches qui sèment le trouble

La revue de littérature met en lumière différentes visions de la relation entre organisations. Ainsi, la relation peut s'apparenter à différentes appellations - « coopération », « alliance » ou « alliance stratégique », et enfin « partenariat » - mais avec une définition unique.
Mais parfois, les termes associés à une relation sont définis pour ce qu'ils ne sont pas à l'instar de **l'alliance**. Par contre, l'alliance est **le terme est le plus employé dans les articles** traitant de la relation entre organisations, tout en l'associant à l' « alliance stratégique ». Enfin, quelques auteurs donnent des définitions différentes aux relations entre organisations en distinguant bien la coopération, l'alliance et le partenariat.

1.1. La relation inter-organisationnelle : des définitions analogues sous des appellations différentes

Dans les années 1980, la recherche de nouvelles parts de marché, l'accès à des nouvelles technologies, ou le recentrage sur le cœur de métier ont poussé les entreprises à recourir à des stratégies de relations inter-organisationnelles. Elles seront très souvent dénommées dans la littérature : « **coopération** », « **alliance** », ou « **partenariat** » pour ne citer que quelques uns des termes employés[292]. Il s'agit de termes génériques pour parler des relations inter-organisationnelles. En effet, la revue de littérature fait apparaître qu'**une même définition** peut être donnée à l'alliance et à la coopération.

Les relations inter-organisationnelles (principalement dénommées « alliance » ou « coopération ») sont fréquemment assimilées à des collaborations d'organisations sur une activité (recherche-développement, fabrication d'un composant, etc.) pour un objectif commun. La relation est perçue comme **un moyen d'éviter l'affrontement**. Toutefois, ce dernier ne disparaît pas complètement car il peut se produire sur les activités exclues de la relation.

La relation inter-organisationnelle se traduit par la « mise en commun de ressources ou de compétences », ou par le « partage d'actifs tangibles ou intangibles ». La notion d'action non imposée (coordination intentionnelle, lien volontaire) est aussi soulignée dans les

[292] Comme autres termes, nous avons « collaboration », « association », « arrangement », « co-entreprise », etc.

définitions. Toutefois, c'est que nous verrons dans le milieu hospitalier, la relation inter-organisationnelle sera souvent vécue comme une obligation.

Nous retrouvons aussi **dans la plupart des définitions** la notion d'entités « juridiquement indépendantes » conservant leur autonomie dans les champs non couverts par la collaboration. Enfin, les accords entre organisations peuvent être un moyen d'éviter la fusion ou bien ils en constituent une étape préalable.

Finalement, quelques caractéristiques ressortent invariablement des définitions : **« action commune », « engagement », « partage/échange », « autonomie ».** Jolly (2001)[293] parle aussi – comme faisant partie des quatre points clés de l'alliance - d'avantages réciproques apportés par l'accord.

Les notions d'« action commune » et d'« autonomie » peuvent sembler paradoxales. Toutefois, dans les faits, depuis la fin des années 1980, il est constaté de nombreux cas de stratégie ou se mêlent « coopération (action commune) » et « concurrence potentielle (autonomie)». Elles sont qualifiées de relation de coopérations entre concurrents (Zineldin, 2004)[294] ou de relation de coopétition. **Le concept de coopétition** (Nalebuff et Brandenburger, 1996)[295] arrive tardivement dans le domaine des Sciences de Gestion. Les relations entre deux organisations sont qualifiées de coopétitives à partir du moment où ces dernières « coopèrent » sur certaines activités tout en se concurrençant sur d'autres activités (Bengtsson et Kock, 2000)[296].

1.2. Les relations inter-organisationnelles : ce qu'elles ne sont pas

Les relations entre organisations ne sont pas **un but en soi** mais un outil (Collins et *al.*, 1992)[297], une option, une solution parmi d'autres (Jolly, 2001)[298].

---

[293] Jolly, *op. cit.*
[294] Zineldin, M. (2004). Co-opetion: the organization of the future. *Marketing Intelligence & Planning*, 22(6-7), 780-789.
[295] Nalebuff, B.-J., Brandenburger, A. (1996). *Co-opétition: une révolution dans la manière de jouer concurrence et coopération*. Paris: Village mondial.
[296] Bengtsson et Kock, *op. cit.*
[297] Collins et *al.*, *op. cit.*
[298] Jolly, *op. cit.*

Par ailleurs, sur les termes associés au principe de relation :

- Clert-Girard (2005)[299] considère que la **sous-traitance ne ressort pas de l'alliance** contrairement à ce pense Montmorillon (de) (1989)[300].
- Plusieurs auteurs partagent l'idée que les alliances (vs. les coopérations) **ne sont pas des fusions et/ou acquisitions** car dans ce cas il y a une perte d'autonomie.
- La coopération n'est **ni une relation de marché, ni une intégration** (Hirzlin, 1999)[301]. Pas plus, qu'elle n'est un mixte des avantages du marché et de la hiérarchie (Mouline, 1999)[302].
- La relation (« alliance ») ne s'apparente pas **non plus à l'entente**. L'objectif serait de nature offensive pour l'alliance et défensive dans le cadre de l'entente. Prenons l'exemple de la triple alliance (ou triplice) contre la triple entente. L'Allemagne s'est alliée en 1882 avec l'Autriche-Hongrie et l'Italie pour isoler la France (objectif offensif). La France, quant à elle, constitue en 1907 une triple entente avec la Russie et le Royaume Uni[303] afin qu'ils aident la France en cas d'attaque de l'Allemagne (objectif défensif).

Pour Garrette (1989)[304], l'alliance relève d'un partage d'actifs (ressources, compétences, etc.) et l'entente d'un partage de marché.

- L'alliance se caractérise par des **transactions bilatérales** et ne peut donc pas inclure les relations d'échange où un groupe paye une transaction fournie par son partenaire (Jolly, 2001)[305].

Enfin, l'alliance qui se mène entre concurrents n'est **pas un partenariat** qui lui se noue entre non concurrents (Koenig, 2004)[306].

---

[299] Clert-Girard, P. (2005). Alliances entre PME/PMI industrielles – Bonnes pratiques -. Conférence « stratégies d'alliances – Partenariats dans les PME ».

[300] Montmorrillon (de), B. (1989). La croissance contractuelle. *Revue Française de Gestion*, 77, 97-106.

[301] Hirtzlin, I. (1999). La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé. *Politiques et management public*, 17(3), 107‑127.

[302] Mouline, A. (1999). Les accords de coopération interentreprises dans les technologies de l'information, nouveaux apports qualificatifs et quantitatifs. *Revue d'économie industrielle*, 89, 85-106.

[303] Article sur la première guerre mondiale consulté sur le site de l'encyclopédie Larousse (http://www.larousse.fr.)

[304] Garrette, B. (1989). Actifs spécifiques et coopération : une analyse des stratégies d'alliance. *Revue d'économie industrielle*, 50(1), 15‑31.

[305] Jolly, *op. cit.*

[306] Koenig, G. (2004). *Management stratégique, projets, interactions et contextes*. Paris: Dunod.

1.3. La relation entre organisations : une « alliance stratégique » qui recouvre plusieurs définitions

Dans la littérature, il est plus courant de lire « alliance stratégique » que seulement alliance sans que cette appellation soit systématiquement définie. Pour Das et Tang (2002b)[307], l' « alliance stratégique » est **un simple arrangement de coopération** entre deux ou plusieurs firmes à l'instar de la « joint-venture », ou d'un accord de R&D. Elle se distingue du portefeuille d'accords étudiés par Kale et Singh (2009)[308] et Guillouzo (1996)[309] où une entreprise est engagée dans plusieurs accords. Cependant, pour ces auteurs, non seulement la notion de portefeuille d'accords n'est que peu appréhendée comme objet d'études, mais de plus, les alliances sont souvent gérées indépendamment les unes des autres.

Pour Garrette et Dussauge (1995)[310], les alliances stratégiques se nouent **entre concurrents** et se divisent en trois catégories : les alliances de co-intégration, les alliances de pseudo concentration et les alliances complémentaires. La première catégorie concerne les collaborations sur un composant situé en amont des secteurs d'activité, chaque entreprise restant en concurrence sur les produits finaux. Cette définition correspond à la notion de coopération que nous avons retrouvée chez de nombreux auteurs. Dans la seconde catégorie, nous avons les entreprises qui produisent un composant commun pour un produit commun. Ce dernier ne constitue qu'une petite partie de l'activité globale ce qui fait dire aux auteurs qu'il ne s'agit pas d'une fusion. Enfin, les alliances complémentaires se caractérisent par une mise en commun d'actifs de nature différente. Pour les auteurs, il s'agit d'échanger l'accès à un marché contre l'accès à un produit. Cette catégorisation sera quelque peu critiquée par Jolly (2001)[311]. En effet, il considère que leur typologie des « alliances » omet une « alliance » dans laquelle un produit commun est fabriqué mais distribué par chacun des partenaires.

Les relations entre concurrents évoquées dans le paragraphe précédent ont été analysées en séparant la coopération de la compétition mais en négligeant les interactions dans lesquelles

[307] Das, T.-K., Teng, B.-S. (2002b). Alliance constellations: a social exchange perspective. *Academy* of *Management Review*, 27(3), 445-456.
[308] Kale et Singh, *op. cit.*
[309] Guillouzo (1996), *op. cit.*
[310] Garrette et Dussauge (1995), *op. cit.*
[311] Jolly, *op. cit.*

les deux modes relationnels peuvent intervenir simultanément (Fernandez et Le Roy, 2010)[312]. Or, à la fin des années 1990, les stratégies de « coopération-compétition » dénommées « coopétition » sont courantes surtout dans les secteurs à forte technologie. Toutefois, si deux firmes coopèrent sur le champ de la R&D et qu'elles se concurrencent sur la commercialisation du produit, nous ne sommes pas loin de la définition de la coopération donnée par Escaffre (2001)[313]. Des auteurs à l'instar de Young et Wilkinson (1997)[314] se demandent si les deux modes relationnels (coopération et compétition) ne seraient pas l'apanage de toute relation.

1.4. L'alliance, la coopération et le partenariat : trois conceptions distinctes de la relation entre organisations

1.4.1. L'alliance et la coopération

Pour certains auteurs - à l'instar de Garrette et Dussauge (1995)[315] - **l'alliance** est un accord de coopération et **la coopération** la formalisation voire la matérialisation de l'accord (la joint venture, le partenariat, la pseudo-concentration, la sous-traitance, la cotraitance, les accords de licences, le réseau, etc.).

Pour Jolly (2001)[316], et Escaffre (2001)[317], l'alliance et la coopération sont deux modes de relations inter-organisationnelles à l'instar du réseau, de la filière, de la fusion, etc.
Pour Jolly, il est possible de s'allier sans coopérer. **La coopération** consiste à « participer à une œuvre commune » alors que **l'alliance** peut être un moyen de tirer profit des ressources du partenaire (comme « *utiliser un tandem sans pédaler* »).
L'alliance peut n'être qu'un « rapprochement d'organisations concurrentes ou d'un même secteur d'activité ». Elle se matérialise par des échanges d'information - entente sur les prix par exemple, pour contourner la concurrence ou créer des poches de stabilité - alors que

[312] Fernandez et Le Roy, *op. cit.*
[313] Coopération : *mise en commun de moyens, mais chaque partenaire suit ses propres objectifs (parfois contradictoires)*.
[314] Young, L., Wilkinson, I. (1997). The space between: Towards a typology of interfirm relations. *Journal of Business Marketing*, 4(2), 53-97.
[315] Garrette et Dussauge, *Ibid.*
[316] Jolly, *Ibid.*
[317] Escaffre, J.-P. (2001). Une organisation singulière: le réseau. *Acte du Séminaire du RECEMAP, Santé publique et management*, Université de Rouen, France.

la coopération est une « collaboration à différentes étapes de la chaine de valeur » et relève donc de la production.

Escaffre définit **la coopération** par la fabrication de composants communs pour un produit final qui reste spécifique à chaque organisation. Par contre, deux ou plusieurs organisations **s'allient** (en utilisant chacun ses propres moyens) pour atteindre un objectif commun aux différentes parties prenantes. **L'alliance** est dirigée contre un tiers. Nous retrouvons cette définition chez Couteau-Bégarie (2003)[318] dans son traité de stratégie, quand il parle de l'alliance des constructeurs automobiles français pour lutter contre les importations japonaises. L'alliance est donc une réponse à la menace. Nous retrouvons cette affirmation dans la définition que donne Legault (2000)[319] des alliances militaires qui trouvent leur légitimité quand des puissances sont menacées par un ennemi commun. Par contre, le Petit Robert utilise le mot coalition.

La distinction entre alliance et coopération se retrouve au regard d'une de ses caractéristiques à savoir la durée de la relation. Pour Escaffre (2008)[320], Thompson et Strikland (2003)[321], l'alliance est de courte durée. Dès que l'objectif est atteint, l'alliance prend fin. Les travaux de Bignoux (2006)[322] sur l'instabilité des alliances dans le monde de la banque mettent en avant que les alliances peuvent être temporaires : elles sont nouées entre deux partenaires seulement. Le but de la relation est connu d'avance et son objet est déconnecté de la mission principale de l'organisation. Les échanges sont interpersonnels et non purement économiques. Ces relations sont instables, d'après l'auteur, car compte tenu de leur faible durée, la confiance n'a pas le temps de s'installer, des conflits peuvent surgir, etc.

---

[318] Coutau-Bégarie, H. (2003). *Traité de stratégie*. Paris: Institut de stratégie comparée : Economica.
[319] Legault, A. (2000). Alliances militaires. Dans T. Montbrial (de) et J. Klein (Éds.), *Dictionnaire de stratégie* (pp. 13-20), 1ère édition. Paris: Presses Universitaires de France.
[320] Escaffre (2008), *op. cit.*
[321] Thompson, A.-A., Strickland, A.-J. (2003). *Strategic Management: Concepts and Cases*, 13th edition. New York: McGraw-Hill.
[322] Bignoux, S. (2006). Short-term strategic alliances: a social exchange perspective. *Management Decision*, 44 (5), 615 – 627.

1.4.2. Le partenariat

Garrette et Dussauge (1995)[323] ont intégré dans un deuxième temps les relations entre partenaires non concurrents à leur typologie des alliances. Dénommés partenariats entre firmes non concurrentes, ils regroupent la joint-venture, le « partenariat vertical » et l'accord intersectoriel. Le « partenariat vertical » correspond aux relations entre donneurs et preneurs d'ordre. Il sera surtout utilisé à partir des années 1980 pour qualifier ce que Baudry (1991)[324] appelle les « nouvelles » relations de sous-traitance. Ainsi, dans la durée, un contrat de sous-traitance peut se transformer en contrat de partenariat. Le « partenariat vertical » sera associé à une alliance commerciale ou à de l'impartition (Koenig, 2004)[325]. L'auteur parle aussi d'un autre type de partenariat celui qualifié de partenariat de symbiose (c'est-à-dire entre firmes n'appartenant pas au même champ concurrentiel). Il correspond aux accords intersectoriels de Garrette et Dussauge (Blanchot, 2006)[326].

Fréchet (2004)[327] nous signale que le terme **partenariat**, moins connoté négativement, a parfois été utilisé pour forcer des relations. En effet, le terme porte en lui la notion de lien volontaire et égalitaire.

Finalement, le terme « partenariat » peut regrouper différentes formes relationnelles et correspondrait plutôt à **un terme générique** même si les auteurs ont tendance à l'assimiler à des relations uniquement entre non concurrents.

Nous venons de voir que les quatre approches des relations entre organisations ne facilitent pas la compréhension de cette notion. En effet, une relation entre organisations est considérée comme une « alliance stratégique » mais elle peut avoir des caractéristiques différentes selon les auteurs. Une relation peut se définir au regard de ce qu'elle n'est pas ou bien elle peut avoir plusieurs appellations et des caractéristiques communes. Enfin, nous pouvons trouver des appellations différentes pour définir une relation et chacune d'entre elles possèdent des caractéristiques propres.

---

[323] Garrette et Dussauge, *op. cit.*
[324] Baudry, B. (1991). Une analyse économique des contrats de partenariat industriel : l'apport de l'économie des coûts de transaction. *Revue d'économie industrielle*, 56(2e trimestre), 46-57.
[325] Koenig, *op. cit.*
[326] Blanchot, *op. cit.*
[327] Fréchet, *op. cit.*

Nous allons maintenant aborder les relations non plus sur un plan général mais au regard des types d'accords. En effet, sur le terrain, que ce soit dans le secteur industriel ou hospitalier, les relations entre organisations se concrétisent par des formes de système organisé dénommées réseau, filière, alliance, etc.

2. Les formes canoniques de la stratégie sont-elles mieux définies ?

Nous sommes partis du tableau ci-dessous qui classent les formes canoniques en fonction de l'atteinte ou non du seuil critique et des rapports de force du groupe vis-à-vis du (ou de ses) partenaire(s).

Tableau 1 : Les formes canoniques des choix stratégiques

Effets de l'atteinte ou non du seuil critique (S.C.)

S.C. **suffisant** (pas de dépendance)	S.C. **insuffisant** (dépendance aux réactions des groupes humains de l'environnement)		
	Rapport des forces **favorable**	Rapport des forces **équilibré**	Rapport des forces **défavorable**
Action solitaire (protocole)	-	- Coopération	- Evitement
	- Tête de filière	- Réseau	-
	- Coercition (offensive ou persuasion)	- Alliance	- Interdiction (défensive ou dissuasion)
	- Absorption	- Fusion	- Intégration
	-	-	- Soumission totale

Source : Escaffre (2014)[328].

En soi, les formes canoniques sont peu nombreuses : nous avons la coopération, le réseau, l'alliance et la fusion. Mais chacune de ces formes a son équivalent dès lors que le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire se modifie. Ainsi, le réseau, dans un contexte de rapport de force équilibré devient « filière » lorsque le rapport de force du groupe vis à vis de son partenaire devient favorable. Ce tableau est certes incomplet. Il manque en effet des

[328] Escaffre, J.-P. (2014). Conduite des organisations. Cours Master 2 SVE. Université de Rennes 1.

formes canoniques de stratégie comme par exemple le pendant de la coopération lorsque le groupe qui met en œuvre la relation est en rapport de force favorable. Mais ce tableau a le mérite de bien distinguer différentes formes canoniques ce qui va nous aider à mieux les identifier.

Nous allons passer en revue ces formes canoniques et surtout les définitions apportées par différents auteurs. Pour chacune des formes canoniques, nous étudions son approche dans le secteur industriel et mais aussi dans le champ hospitalier.

2.1. La coopération versus l'évitement

Au regard des différentes définitions des relations inter-organisationnelles prises comme un tout et de **la coopération** en particulier, nous retiendrons la définition suivante : la coopération est une action qui permet à un groupe de partager l'utilisation d'un équipement (ou de produire des composants communs) mais pour un objectif qui reste propre à chaque groupe. La coopération est volontaire, chaque partie prenante n'étant pas obligée de coopérer. Nous sommes donc dans le cas où le rapport de force est équilibré. Par contre, lorsque le rapport de force est défavorable au groupe, c'est-à-dire qu'il se retrouve en situation où l'autre groupe est en mesure de lui imposer une relation, alors il peut choisir **l'évitement**. La réaction peut être la fuite (stratégie défensive) ou un changement de comportement (stratégie offensive). L'organisation peut en effet adopter une stratégie dite de niche en se spécialisant sur un type de produit, un groupe de clients, ou sur une zone géographique. Cela permet à l'organisation de ne pas avoir à affronter les entreprises présentes sur le terrain (Gervais, 2003[329] ; Ibert, 2002[330]). Nous retrouvons dans la majorité des définitions de l'évitement, l'idée de limiter ou d'éviter l'affrontement avec des groupes plus « puissants », en limitant ou en évitant les interactions avec les autres groupes. L'organisation cherche à déjouer la menace de l'adversaire (Orange, 1999)[331] en choisissant par exemple l'impartition. Pour Koenig (1993)[332], la stratégie d'évitement ne relève pas de la

[329] Gervais, M. (2003). *Stratégie de l'entreprise* (5e éd.). Paris: Economica.
[330] Ibert, J. (2002). De la concurrence au conflit irréductible : dynamiques économiques et psychosociologiques. Dans F. Le Roy (Éd.), *La concurrence : entre affrontement et connivence* (pp. 27-62). Paris : Vuibert.
[331] Orange, G. (1999). Impartition. Dans R. Le Duff, G. Cliquet, et C. Vailhen (Éds.), *Encyclopédie de la gestion et du management: E.G.M.* (pp. 461-462).Paris: Dalloz.
[332] Koenig, G. (1993). Evitement. Dans J.-C. Tarondeau, et C. Huttin (Éds.), *Dictionnaire de stratégie d'entreprise*

coopération puisque que la firme peut agir seule. Pour d'autres, elle peut se concrétiser par des actions de coopération (comme le partenariat) (Desreumaux, 1999)[333] ou par l'entente (Koenig, 2004)[334].

Dans le champ hospitalier, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) précise, dans son guide sur les coopérations territoriales (2011)[335], que les finalités de la coopération sont la recomposition de l'offre de soins qui doit permettre une amélioration de son efficience et un meilleur service rendu à la population sur le territoire. La coopération y est définie comme la participation à une œuvre commune. En fait, c'est la définition du dictionnaire qui est reprise dans le guide.

2.2. Le réseau versus la filière

2.2.1. Le réseau

Le réseau n'échappe pas à une multiplicité de définitions. Toutefois, Josserand (2001)[336] relève **deux principales approches** du réseau dans la littérature qu'il reprend dans son article sur le pilotage des réseaux. La première définit le réseau comme **une structure particulière d'organisation**. La seconde approche définit le réseau comme **mode relationnel**.

Selon la première approche, le réseau constitue une nouvelle étape d'évolution des entreprises (recentrage sur des compétences clés, etc.). Les grandes entreprises ne sont plus grandes par la taille mais au regard des compétences qu'elles peuvent mobiliser autour d'elles (Miles et *al.*, 1992)[337].

Dans la littérature, il est aussi question d'entreprise réseau (Ketata et *al.*, 2000[338] ; Esnault, 1996[339]) qui traduit la concentration de l'entreprise sur quelques activités et l'externalisation

---

(pp. 90-91), 2ème édition. Paris: Vuibert.

[333] Desreumaux, A. (1999). Partenariat. Dans R. Le Duff, G. Cliquet, et C. Vailhen (Éds.), *Encyclopédie de la gestion et du management: E.G.M.* (pp. 889-890).Paris: Dalloz.

[334] Koenig (2004), *op. cit.*

[335] Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (2011). *Guide méthodologique des coopérations territoriales*. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

[336] Josserand, E. (2001). *L'entreprise en réseau*. Paris: Vuibert : Institut Vital Roux.

[337] Miles, C., Snow, R., Coleman, H.J., Jr. (1992). Managing 21st century network organizations. *Organizational Dynamics,* 20(3), 5– 21.

[338] Ketata, N., Kettani, O., Poulin, D. (2000). *Les déterminants de l'avantage concurrentiel de l'entreprise réseau*. Centre de recherche sur les technologies de l'organisation réseau. Québec: Faculté des sciences de

des autres activités. Elle est assimilée à une filière (Azeidat, 2005)[340]. Nous retrouvons aussi comme appellation, les entreprises fédéralistes, les structures transactionnelles, ou l'organisation en plateforme, etc. (Davenport et Ecles, Fréry, Ciborra, cités par Esnault, 1996)[341].

Gianfaldoni et Guilhon (1996)[342] parlent de firme-réseau. Pour Baudry (1999)[343], le mode d'organisation de la firme réseau est souvent pyramidal et asymétrique. Il correspond à un mode d'organisation plutôt endogène. La firme réseau est à distinguer du réseau de firmes qui selon Thuillier (1999)[344] est composé d'un ensemble de firmes concurrentes ou non qui ont tissé des liens non hiérarchisés.

Pour Heitz et Douard (2001)[345], les réseaux ne sont pas des formes de gouvernance totalement nouvelles. Ils ont créé une grille de lecture des réseaux qui établit une correspondance entre les réseaux et les alliances entre concurrents de Garrette et Dussauge (1995)[346].

Pour de nombreux auteurs, le réseau est **une troisième forme d'organisation** avec le « marché » et la « hiérarchie ou l'intégration » (Powell 1990[347] repris par Williamson 1995[348]). Il peut se décomposer en trois sous catégories (réseau relationnel, réseau modulaire, réseau captif) pour Gereffi et *al.* (2005)[349] ou en réseau transactionnel,

---

l'administration de l'Université Laval, Direction de la recherche.

[339] Esnault, L. (1996). L'entreprise-réseau : une nouvelle frontière pour les managers ? Entreprise étendue et commerce électronique. *Colloque international de management des réseaux d'entreprise,* Ecole des HEC, Université de Lausanne, Suisse.

[340] Azeidat, A. (2005). *Spécification d'un cadre d'ingénierie pour les réseaux d'organisations*. (Thèse de doctorat en génie industriel). ENSM Saint Etienne.

[341] Esnault, *op. cit.*

[342] Gianfaldoni, P., Guilhon, B. (1996). Coopération industrielle et théorie de la firme réseau: une perspective historique et spatiale. Dans J. Ravix (Éd.), *Coopération entre les entreprises et organisation industrielle* (pp. 141-170). Paris: CNRS.

[343] Baudry, B. (1999). Firme-réseau. Dans R. Le Duff, G. Cliquet, et C. Vailhen (Éds.), Encyclopédie de la gestion et du management: E.G.M. (pp. 405-406).Paris: Dalloz.

[344] Thuillier, J.-P. (1999). Réseaux de firmes. Dans R. Le Duff, G. Cliquet, et C. Vailhen (Éds.), *Encyclopédie de la gestion et du management: E.G.M.* (pp. 1076-1077).Paris: Dalloz.

[345] Heitz, M., Douard, J.-P. (2001). Les critères de performance dans différents types de réseaux d'entreprise : éléments de réflexion. *22 e Congrès de l'AFC*, Université de Metz, 17-19 mai.

[346] Garette et Dussauge, *op. cit.*

[347] Powell, *op. cit.*

[348] Williamson (1995), *op. cit.*

[349] Gereffi, G., Humphrey, J., Sturgeon, T. (2005). The governance of global value chains. *Review of International Political Economy*, 12(1), 78‑104.

d'adjonction, heuristiques ou d'orchestration pour (Heitz et Douard, 2001)[350]. Pour Powell, le réseau est supérieur au marché et à la hiérarchie pour répondre aux nouvelles contraintes (produits à faible durée de vie, forte fluctuation de la demande, accéder à des savoir-faire à fort contenu technologique).

Le réseau peut aussi être **un mode d'échange** intégrant en autre la sous-traitance, la joint-venture, les alliances ainsi que les participations croisées (Esnault, 1996)[351]. Enfin, selon Génelot (2001)[352], le réseau pallie les défaillances de l'organisation classique face à la complexité.

La seconde approche des réseaux - comme **mode relationnel -** s'attache à définir les caractéristiques d'un réseau. Le réseau est constitué de liens entre des nœuds, ces derniers pouvant être des organisations ou des acteurs indépendants. Par exemple, selon Bouvier-Patron (1996)[353], le réseau repose sur des liens relationnels non marchands. Un réseau peut donc se définir comme un: « ensemble d'acteurs dont la coordination n'est plus strictement marchande - car basée sur la confiance - et dont la finalité est la conception, la production et la vente de produits ». Parmi les réseaux d'acteurs, on trouve les réseaux techniques ou technico économiques et les réseaux sociocognitifs. Les premiers sont constitués d'hommes très différents qui interviennent selon les étapes d'un processus conduisant à la création du produit. Les seconds regroupent plutôt des chercheurs, des ingénieurs dont la finalité est la découverte scientifique (Courtial, 1999)[354].

Nous avons trouvé **des éléments communs** (que nous retenons) mais aussi quelques divergences à plusieurs des définitions du réseau extraites de la littérature.
Pour Miles et Snow (1986)[355] mais aussi pour Paché et Paraporanis (2006)[356], chaque acteur du réseau met à disposition ses compétences en vue de les articuler avec les autres acteurs

[350] Heitz et Douard, *op. cit.*
[351] Esnault, *op. cit.*
[352] Génelot, D. (2001). *Manager dans la complexité: réflexions à l'usage des dirigeants*. Paris : Insep.
[353] Bouvier-Patron, P. (1996). Un concept de réseau pour analyser l'organisation industrielle. Dans J. Ravix (Éd.), *Coopération entre les entreprises et organisation industrielle* (pp. 171-194). Paris: CNRS.
[354] Courtial, J.-P. (1999). Réseau socio-cognitif. Dans R. Le Duff, G. Cliquet, et C. Vailhen (Éds.), *Encyclopédie de la gestion et du management: E.G.M.* (p. 1075).Paris: Dalloz.
[355] Miles et Snow, *op. cit.*
[356] Pache, G., Paraponaris, C. (2006). L'entreprise en réseau: approche intra et inter organisationnelle. *Les*

du réseau sous le contrôle ou non d'un coordinateur. Pauget et Wald (2013)[357] rajoutent deux autres personnes : le gardien - assurant les liens avec les personnes extérieures au réseau) et le médiateur (facilitant un langage commun et des valeurs communes à l'intérieur du réseau).

Les **liens** entre les membres sont **non hiérarchiques** et établis entre acteurs indépendants. A l'intérieur du réseau, le pouvoir de décision, s'il existe, est décentralisé, ou réparti de manière équivalente entre tous les membres.

Les relations entre les membres reposent sur **la confiance**. Les acteurs du réseau partagent des valeurs communes. Les acteurs sont volontaires pour nouer des relations.

Le réseau a des **frontières floues**. En effet, même si le réseau semble être composé d'un « noyau dur » de personnes, il est à géométrie variable, car des membres y entrent pour un évènement particulier puis se retirent (Bercot, 2006)[358]. Les réseaux sont **modulaires**, c'est-à-dire en capacité d'associer rapidement des forces qui peuvent être différentes d'une situation à l'autre pour faire face à un danger (Forget et Polycarpe, 1997)[359].

Koleva et *al.* (2002)[360] ont tiré de leur revue de littérature des éléments permettant de **distinguer le réseau de l'alliance**. Ainsi nous retrouvons, les particularités énoncées par les auteurs ci-dessus : frontières floues alors qu'elles sont limitées au partenariat dans le cas de l'alliance; les compétences/connaissances de chaque membre du réseau sont mises au service de ce dernier alors que chaque partenaire cherche à acquérir les compétences/connaissances de l'autre en s'alliant.

Concernant les divergences dans les définitions, tous les auteurs ne sont pas forcément d'accord sur la durée de vie d'un réseau car elle est étroitement liée à la définition donnée.

éditions de l'ADREG. Consulté de http://www.infotheque.info/cache/9313/asso.nordnet.fr.

[357] Pauget, B., Wald, A. (2013). Relational competence in complex temporary organizations: The case of a French hospital construction project network. *International Journal of Project Management*, 31(2), 200‑211.

[358] Bercot, R. (2006). La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles. *Négociations*, 5(1), 35.

[359] Forget, P., Polycarpe, G. (1997). *Le réseau et l'infini: essai d'anthropologie philosophique et stratégique*. Paris: Institut de stratégie comparée : Economica.

[360] Koleva, G., Thrane, S., Mouritsen, J. (2002). Alliances, Joint Ventures, Networks: A Comparison. Consulté de http://www.winoomes.com/ireading/alliances-joint-ventures-networks-a-comparison-qSIe.html.

Un autre point de divergence : la distance géographique des partenaires d'un réseau qui doit être proche pour certains auteurs. En effet, Stervinou et Legrand (2008)[361] pensent que l'élargissement du réseau à des membres de plus en plus éloignés distend les liens et met en péril le réseau. Le réseau aurait donc une taille optimale (Voisin et *al.*, 2004)[362].

Forget et Polycarpe (1997)[363], sur le plan militaire et Escaffre (2001)[364] ont apporté des compléments aux définitions communes : le réseau répond à une menace ressentie par des individus qui ne peuvent se défendre seuls. Les membres du réseau doivent être en capacité de réagir très rapidement à la menace. L'action du réseau peut prendre un caractère offensif, dès lors que les actions multiples, répétitives, et orientées de ses membres influencent l'environnement. Pour Escaffre (2008)[365], les individus - qui se mettent en réseaux de manière non hiérarchique parce que leurs valeurs sont menacées - peuvent être nombreux. Les membres du réseau sont solidaires et leurs intentions fondamentales sont synchrones. Le réseau disparait si la menace s'estompe d'elle-même (par exemple si le nombre d'individus du réseau augmente indéfiniment supprimant ainsi l'adversité). Pour Escaffre, le réseau peut aussi exploser si les valeurs des individus du réseau n'évoluent ni dans le même sens ni à la même vitesse. Enfin, les moyens affectés au réseau sont ceux des membres.

Dans le champ hospitalier, les réseaux - en tant que groupements de professionnels médicaux et médico-sociaux pour résoudre des difficultés qu'ils ne pouvaient résoudre seuls chacun de leur côté - sont apparus bien avant les années 1980. Mais c'est à partir de cette période qu'ils se sont multipliés (Buttard, 2008)[366]. Les réseaux fonctionnent grâce à des relations informelles entre individus qui s'échangent de l'information et partagent des connaissances. Le réseau, **structure souple**, ne sous-tend pas de trajectoires obligatoires (Frattini et Milo, 2006)[367]. Le réseau, pour Bantman (2004)[368] ou Leyreloup (2004)[369] n'est

[361] Stervinou, S., Legrand, C. (2008). Etapes clés du développement d'un réseau d'entreprises : proposition d'une grille d'analyse, *Management International*, 13 (1), 61-74.
[362] Voisin, C., Ben Mahmoud Jouini, S. et Edouard, S. (2004). *Les réseaux : dimensions stratégiques et organisationnelles*. Paris : Economica.
[363] Forget et Polycarpe, *op. cit.*
[364] Escaffre (2001), *op. cit.*
[365] Escaffre (2008), *op. cit.*
[366] Buttard, *op. cit.*
[367] Frattini, M.-O., Mino, J.-C. (2006). Les réseaux, un outil de recherche et développement au service de

pas un partenariat car il ne relève pas de relations « structurées » voire « institutionnalisées ». Toutefois, le travail effectué par le réseau peut déboucher sur des partenariats. Les membres d'un réseau sont des professionnels volontaires qui partagent les mêmes valeurs et un engagement fort dans la relation.

Les réseaux vont être progressivement officialisés[370] puis institutionnalisés. C'est ce que nous verrons en détail dans le chapitre préliminaire de la deuxième partie. Les réformes de l'organisation des systèmes de soins, à commencer par l'ordonnance de 1996, vont considérer le réseau comme le remède à certains dysfonctionnements du système de soins voire la solution à la recomposition de l'offre de soins.

Souvent dénué de définition, le réseau est considéré comme **un nouveau mode d'organisation** des soins (Bonafoni et Nobre, 2011)[371]. Il fait partie des nouvelles formes institutionnelles de relations inter-organisationnelles à l'instar des groupements de coopération sanitaire pour pallier le relatif échec des formes traditionnelles mises en place à partir de 1970 (Sauviat, 2003)[372].

Les réseaux sont principalement abordés sous l'angle de leur objectif à l'instar de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES, 1999),[373] pour qui le réseau constitue, à un moment donné sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis. Rien d'étonnant à ce que l'on trouve derrière ce terme de multiples formes de relations (Dupré, 1998)[374]. Pour certains auteurs (Gadreau et *al.*, 1999)[375], **le réseau transcende la**

---

l'évolution du système de santé. *Santé Publique*, 18(3), 475.

[368] Bantman, P. (2004). Réseaux et psychiatrie: Réflexions sur l'utilisation du terme de réseau dans le champ médico-social. *Vie sociale et traitements*, 81, 25.

[369] Leyreloup, A.-M. (2004). Réseau de santé ou santé en réseau ? *Vie sociale et traitements*, 81, 20-22.

[370] Direction générale de la santé (1991). Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

[371] Bonafoni, P., Nobre, T. (2011). Un cycle de vie pour les réseaux de santé? Le cas de la cancérologie. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 29(1-2), 47-61.

[372] Sauviat, I. (2003). Les réseaux de soins ou la légitimité d'une voie de modernisation hospitalière tentant d'allier situation de service coproduite et situation de gestion coopérative. *XIème colloque international de la Revue Politiques et Management Public.*

[373] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (1999). *Principes d'évaluation des réseaux de santé.* Paris : Direction de l'Evaluation de l'ANAES.

[374] Dupré, C. (1998). La recomposition de l'offre de soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 28, 30-32.

coopération puisqu'il ne se limite pas aux relations entre établissements et incorpore des établissements entretenant déjà des relations entre eux.

Les réformes, en ne s'attachant qu'à l'objet de la coordination entre membres, ont **une vision** non seulement à court terme mais aussi **purement économique** de la notion de réseau. En effet, les relations contractuelles vont être privilégiées au détriment de relations d'échange entre professionnels.

* Le cas des réseaux en psychiatrie

Il est question de psychiatrie de secteur dès les années 1960. Sa généralisation date des années 1970. L'idée principale est de soigner les personnes au plus de près de leur lieu de vie au moyen d'une prise en charge continue (de la prévention à la réinsertion) réalisée par de nombreux acteurs. La psychiatrie de secteur s'apparente à un réseau constitué de multiples acteurs pluridisciplinaires parmi lesquels l'équipe hospitalière, un des maillons de la prise en charge, et le centre médico-psychologique considéré comme le pivot.

2.2.2. La filière

Une filière, selon (Meier, 2009)[376], est **une chaine d'activités** allant de l'extraction des matières premières à la distribution du produit fini. Les intervenants le long de la chaine appartiennent au même champ d'activité mais exercent dans des secteurs différents. Ces différentes étapes dans la confection et la commercialisation d'un produit sont de plus en plus souvent reliées par des partenariats d'impartition (partenariats concernant des relations commerciales récurrentes). Par contre, si toutes les activités de la filière sont internalisées, cette dernière est assimilée à de l'intégration verticale (Martinet, 1983)[377] ou complète.

---

[375] Gadreau, Jaffre et Landreau, *op. cit.*

[376] Meier, O. (2009). *Stratégies de croissance fusions-acquisitions, alliances stratégiques, développement interne*. Paris: Dunod.

[377] Martinet, A.-C. (1983). Les stratégies de filières. Dans A.-C. Martinet (Éd.), *Stratégie* (pp. 182-188). Paris : Vuibert.

Pour Escaffre (2008)[378], la filière rassemble un nombre assez élevé de personnes qui partagent des valeurs communes pour un objectif commun. L'une des personnes domine et imprime l'orientation des actions des autres membres, certes, dans un environnement non conflictuel mais contraint. Contrairement au réseau, **les frontières de la filière ne sont pas floues** et correspondent aux frontières d'influence de la « tête de filière ». La filière fonctionnera d'autant mieux que le dominant a des capacités de coordination. Cette définition nous convient bien dans la mesure où elle permet de distinguer la filière du réseau.

Dans le secteur hospitalier, les modalités de prises en charge d'une pathologie ou d'une catégorie de population au sein d'une filière sont décrites dans des circulaires (en particulier, celle du 28 mars 2007[379] relative à la filière gériatrique). Par ailleurs, la mise en place du parcours coordonné des soins instauré en 2005 constitue une filière de prise en charge. Il est composé de trois niveaux de recours pour le patient : le médecin traitant (niveau 1), le médecin spécialiste (niveau 2) et l'hôpital (niveau 3).

Dans la majorité des définitions de la filière, nous retrouvons la notion de **trajectoire commune** suivie par des patients. Elles se caractérisent par des intervenants successifs, des étapes obligatoires, une hiérarchisation des soins et peut être intégrée dans un réseau. On retrouve aussi la notion d'organisation verticale des soins. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (1999)[380] rajoute, à la définition, une dimension économique à savoir la notion de temps de passage à chaque niveau et les coûts associés. Sa logique est celle du financeur.

Les filières doivent s'articuler **autour d'un référent** - généralement le médecin généraliste - chargé du suivi et de l'accès du patient au système de soins. Dans les faits, en ce qui concerne les personnes âgées, le référent d'une filière gériatrique de territoire est un établissement de santé. En fait, les filières gériatriques intéressent les centres hospitaliers, qui - pour réduire les durées de séjour ou éviter les ré-hospitalisations pénalisantes pour

[378] Escaffre (2008), *op. cit.*
[379] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2007). Circulaire DHOS/O2/ n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.
[380] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, *op. cit.*

l'établissement dans un contexte de financement à l'activité - vont rechercher des solutions pour partager avec d'autres la prise en charge des personnes âgées. Par ailleurs, les établissements sont aussi les mieux placés sur le plan des moyens humains et financiers pour coordonner le dispositif.

Dans le secteur privé, la filière se crée par acquisition de cliniques pour constituer un groupe multirégional. Ce fut le cas pour Médi-Partenaires, Vedici, Capio France et plus récemment en 2006, Vitalia (Bartoli et *al.*, 2012)[381]. Leur objectif, outre la rentabilité, est de pouvoir conserver le patient dans le groupe tout au long de sa prise en charge.

La distinction entre une filière et un réseau n'est pas très souvent abordée dans la littérature. Escaffre (2008)[382] fait bien la distinction entre la notion de filière et celle de réseau et indique en quoi **un réseau peut se transformer en filière**. Ainsi, si l'un des membres, en raison d'une asynchronie devient dominant, et acquiert un pouvoir d'influence, le réseau se transforme en filière. Mais, si l'environnement devient conflictuel avec une dépendance des membres à celui qui détient le pouvoir d'influence, **la filière bascule dans un système hiérarchique**. Ehlinger et *al.* (2007)[383] notent que la prise de pouvoir d'un membre du réseau entraîne la transformation du réseau en structure hiérarchisée. Si l'environnement est non conflictuel et que le pouvoir est un pouvoir d'influence, la structure peut, selon nous, s'apparenter à une filière. Sinon, la structure est assimilée à un système hiérarchique.

Naiditch et *al.* (2000)[384], dans leur article sur l'apport potentiel des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins, précisent que les notions de réseaux et de filières ne doivent pas s'opposer. En effet, le travail effectué dans un réseau peut déboucher sur la création de filières.

---

[381] Bartoli, F., Destais, N., Yeni, I. (2012). *Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. Paris : IGAS.
[382] Escaffre (2008), *Ibid.*
[383] Ehlinger, S., Perret, V., Chabaud, D. (2007). Quelle gouvernance pour les réseaux territorialisés d'organisations ? *Revue française de gestion*, 33(170), 155‑171.
[384] Naiditch et al., *op. cit.*

La loi du 4 mars 2002[385] et l'ordonnance du 4 septembre 2003[386] remplacent la notion de filière et de réseaux de soins par celle de réseaux de santé. Les réseaux ne sont plus considérés comme de simples dispositifs de planification sanitaire mais doivent concourir à la qualité de la prise en charge. La notion de filière exceptée pour le secteur des personnes âgées ne réapparaîtra que dans la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire en 2009[387] avec les communautés hospitalières de territoires.

2.3. L'alliance versus la confrontation (persuasion ou dissuasion)

Nous penchons pour la définition d'Escaffre (2001)[388] à savoir que l'alliance correspond à une réponse à une menace. Deux ou plusieurs organisations s'allient (en utilisant chacun ses propres moyens) pour atteindre un objectif commun aux différentes parties prenantes. Le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire est équilibré. **L'alliance est dirigée contre un tiers et est de courte durée**. Elle prend fin avec la disparition de la menace.
Par contre, dès que le groupe se retrouve en rapport de force favorable (vs. Défavorable) vis-à-vis de son partenaire, il y a confrontation.

La confrontation se décline en manœuvres de persuasion ou de dissuasion. **La dissuasion** correspond à une menace (Poirier[389], Gervais, 2003[390], Le Roy, 2002[391]). Il s'agit de dissuader le concurrent d'agir, en lui faisant comprendre qu'on est prêt à réagir. Si l'adversaire veut aller à l'affrontement, il faut lui faire comprendre que l'issue lui sera défavorable (Poirier, *cf. supra* ; Montbrial (de) (2000)[392]).

---

[385] République Française (2002). Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel* du 5 mars 2002. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[386] République Française (2003). Ordonnance n°2002-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. *Journal officiel* n°206 du 6 septembre 2003. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[387] République Française (2009). Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal officiel* n°0167 du 22 juillet 2009. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[388] Escaffre (2001), *op. cit.*
[389] Poirier, L. (1982). *Essais de stratégie théorique*. Paris : Institut de stratégie comparée.
[390] Gervais, *op. cit.*
[391] Le Roy, F. (2002). *La concurrence : entre affrontement et connivence*. Paris: Vuibert.
[392] Montbrial (de), T. (2000). Dissuasion. Dans T. de Montbrail, et J. Klein, J. (Éds.), *Dictionnaire de stratégie* (pp. 189-192), 1ère édition. Paris: Presses Universitaire de France.

Quant à **la persuasion**, sa définition diffère selon les auteurs. Pour des auteurs comme Poirier (*cf. supra*), la persuasion sert à contraindre l'autre de ne pas agir afin que l'affrontement ait peu de chance de se produire. La persuasion peut aussi pousser des individus à agir et à s'engager dans une relation non naturelle pour eux, à savoir avec leurs concurrents. En cela, la persuasion est préférée à la contrainte (qui ne disparaît pas pour autant).

Persuader peut consister à convaincre l'individu de changer d'attitude en modifiant son point de vue sur tel ou tel sujet (Baudry et Dubrion, 2005)[393]. La méthode de persuasion est comparée à celle des incitations. Pour (Tjosvold et Sun, 2001)[394], la persuasion passe par la communication orale entre un chef (de projet) et son équipe et qui sera basée sur le respect des individus. Cela générera un climat de confiance propice à l'acceptation de l'action.

La contrainte, contrairement à la persuasion, laisse supposer que l'individu sera « puni » s'il n'obtempère pas alors qu'il en sortira gagnant ou qu'il sera récompensé dans le cas contraire.

Une troisième vision de la persuasion est celle qui va contraindre l'adversaire à renoncer mais après que l'affrontement ait eu lieu. On dissuade le concurrent d'entrer sur le marché par des barrières à l'entrée ou on le persuade de sortir par des pratiques prédatrices (comme la baisse des prix) (Le Roy, 2002)[395]. Dans ce dernier cas, il y a affrontement. La domination par les coûts est souvent utilisée dans le cas de l'affrontement (Ibert, 2002[396] ; Tarondeau et Hutin, 2006[397]).

<u>Dans le champ hospitalier</u>, **l'alliance** est citée dans le cadre de **relations entre professionnels** comme par exemple l'alliance entre les infirmières libérales et les

[393] Baudry, B., Dubrion, B. (2005). L'influence des travaux de Chester I. Barnard sur la théorie économique contractualiste de la firme : une appréciation critique. *XVIIIème conférence internationale de management stratégique*, Grenoble, 2 au 5 juin.

[394] Tjosvold, D., Sun, H.-F. (2001). Effects of influence tactics and social contexts in conflict: an experiment on relationship in Asia. *The International Journal of Conflict Management*, 12(3), 239-258.

[395] Le Roy, *op. cit.*

[396] Ibert, *op. cit.*

[397] Tarondeau, J.-C., Huttin, C. (2006). Affrontement. Dans J.-C. Tarondeau, et C. Huttin (Éds.), *Dictionnaire de stratégie d'entreprise* (p. 6), 2ème édition. Paris: Vuibert.

pharmaciens pour établir un rapport de force face au médecin (Vilbrod et Douguet, 2007)[398]. Nous retrouvons ici la notion de réponse à une menace.

Routelous et *al.* (2011)[399] qualifient d'alliance stratégique la mise en œuvre d'**un partenariat public-privé**. Dans leur étude, le partenariat entre concurrents est nécessaire pour respecter des seuils minimaux d'activité, ou pour réduire les coûts, ou bien encore pour éviter la concurrence et proposer une offre complète de soins sur un territoire. Sur le terrain, le partenariat public-privé se concrétise souvent par la constitution d'un pôle de santé avec répartition des activités. Généralement dépossédé de certaines de ces activités (à l'instar de la chirurgie), le partenaire n'est plus autonome, et est engagé fortement dans la relation. Cette situation ne correspond pas bien aux définitions de l'alliance en tant que processus temporaire, permettant aux partenaires de rester autonomes mais plutôt à celle de regroupement au sens de l'article L6122-6 du Code de la Santé Publique[400].

La stratégie de groupe public[401], qui prendra la forme de communautés hospitalières de territoire (CHT), correspond en quelque sorte à une alliance des structures publiques d'un territoire pour faire face à la menace des groupes de cliniques privées.

Les réformes ont inscrit la coopération comme maître mot de l'évolution du système hospitalier. Afin que les organisations hospitalières y adhèrent, les autorités sanitaires[402] vont utiliser **la persuasion mais aussi la contrainte**. En effet, elles disposent du pouvoir d'accorder ou non des autorisations d'équipements ou d'activités. Elles peuvent sous-tendre une autorisation à une obligation de mettre en œuvre une relation avec une autre organisation. Elles peuvent favoriser la mise en œuvre d'accords entre organisations par l'octroi de crédits d'aide à la contractualisation par exemple (Bartoli et *al.*, 2012)[403].

---

[398] Vilbrod, A., Douguet, F. (2007). Les infirmières libérales et les autres professionnels du secteur sanitaire et social : une coopération jamais acquise, toujours à construire et à reconstruire. *Solidarité et Santé*, Hors-série, 51-64.

[399] Routelous, C., Vedel, I., Lapointe, L. (2011). Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? *Management & Avenir*, 47(7), 147.

[400] Code de la Santé publique. Article L6122-6 relatif aux autorisations de regroupements ou conversions. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

[401] Stratégie portée par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009.

[402] Agence régionale de l'hospitalisation devenue Agence régionale de santé.

[403] Bartoli et *al.*, *op. cit.*

2.4. La fusion versus l'absorption ou l'intégration

La fusion est considérée comme la forme ultime de la coopération (Garette et Dussauge, 1995)[404], l'issue d'une relation inter-organisationnelle. Elle ne fait **pas l'objet de divergence dans sa définition**. La fusion est la réunion du patrimoine de deux entreprises (par exemple) et se traduit par la création d'une entité nouvelle. Elle est volontaire et acceptée. Dès lors que le rapport de force des groupes est déséquilibré, la fusion se transforme soit en absorption (rapport de force favorable du groupe qui veut mettre en œuvre l'action) soit par une intégration (dans le cas contraire). L'absorption se traduit par la captation des actifs d'une firme par une autre firme, la firme acquise disparaissant. Dans la littérature, nous notons que l'expression « fusion-acquisition » est plus utilisée que « fusion-absorption ». L'acquisition se traduit par la prise de contrôle qui n'est pas forcément totale d'une firme par une autre. Contrairement à la fusion, la firme acquise conserve sa personnalité juridique. Toutefois, elle se retrouve sous une hiérarchie unique qui lui fait perdre son autonomie.

Blanchot (2009)[405] associe la fusion à une réorganisation au sein d'un groupe qui relèverait plutôt de la croissance interne alors que l'acquisition correspondrait à de la croissance externe.

Dans le secteur industriel, le regroupement de quelques fonctions correspond à l'une des configurations de l'intégration imaginée par Le Roy (2003)[406] à savoir la coordination. Les partenaires conservent leur autonomie, et ne mettent en commun que quelques fonctions essentiellement financières. Ce type de regroupement s'apparente à de la fusion partielle considérée comme une alliance par Jolly (2001)[407]. L'objectif d'une telle opération est la recherche d'économies d'échelle pour financer par exemple des programmes de R&D. Elle est aussi considérée comme un moyen de se protéger d'une absorption à l'exception de celle pouvant provenir de son partenaire (Collins et *al.*, 1992)[408]. Selon eux, la fusion partielle

[404] Garette et Dussauge, *op. cit.*
[405] Blanchot F., (2009). Le management stratégique des fusions acquisitions : motifs, effets et conditions de réussite. Dans O. Meier (Éd.), *Stratégies de croissance fusions-acquisitions, alliances stratégiques, développement interne* (pp. 145-160). Paris: Dunod.
[406] Le Roy, F. (2003). Processus d'intégration et logiques de reconfiguration organisationnelle dans les fusions acquisitions. *12ème Conférence Internationale de Management stratégique*.
[407] Jolly, *op. cit.*
[408] Collins et *al.*, *op. cit.*

s'effectue avec un partenaire avec qui l'entreprise entretient des relations depuis un certain laps de temps. Par contre, elle constitue un moyen de se retirer progressivement d'un marché pour une entreprise dominée par les coûts et par la taille.

Dans le secteur hospitalier, le terme fusion est évoqué dès 1973 dans le décret relatif à la création, à la transformation et la suppression des établissements d'hospitalisation publique[409]. La fusion se définit comme la création d'une entité nouvelle et unique à partir du regroupement d'établissements hospitaliers juridiquement indépendants.

Elle s'apparente au **regroupement** tel qu'il est défini dans l'article Article L6122-6 du Code de la Santé publique[410]. L'article en question stipule que le regroupement « *consiste à réunir en un même lieu tout ou partie des activités de soins précédemment autorisées sur des sites distincts à l'intérieur de la même région ou réparties entre plusieurs régions* ». Ainsi, deux sortes de regroupements sont possibles : la mise en commun de quelques fonctions et la fusion.

Dans le secteur hospitalier, le regroupement de quelques fonctions peut correspondre à la mise en commun de la fonction de Direction voire de l'ensemble des Directions administratives. Dans ce cadre-là, elle se traduit par la mise en place d'un seul directeur pour l'ensemble des établissements concernés et par la fusion des équipes de directions. Les établissements restant autonomes au regard des autres fonctions. L'outil juridique mis à disposition des établissements est la Direction commune. Il s'avère que la Direction commune peut être une étape avant la fusion.

Le pôle de santé regroupant dans un même lieu des activités réparties sur des sites distincts ou le groupement de coopération sanitaire pour le partage d'un plateau technique ou de blocs opératoires sont des exemples de regroupements de fonctions.

[409] République Française (1973). Décret 73-935 du 24 septembre 1973 relatif à la création, à la transformation et la suppression des établissements d'hospitalisation publique. *Journal officiel* du 3 octobre 1973. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

[410] Code de la Santé publique. Article L6122-6, *op. cit.*

Conclusion du chapitre

Notre revue de littérature montre que les relations entre organisations sont principalement envisagées sur le plan économique. L'objectif de l'organisation à travers sa relation avec des partenaires est la recherche de la performance. La théorie des coûts de transaction (minimisation des coûts de transaction), l'approche par les ressources (acquisition de nouvelles ressources pour avoir un avantage concurrentiel), et la théorie de l'agence (recherche d'efficacité), vont valider, chacune à leur manière, l'approche économique des relations.

Les formes relationnelles ne sont donc que rarement examinées à l'échelle des acteurs de la relation. Dans les approches classiques de l'organisation, l'individu est opportuniste et a une rationalité limitée. Ainsi donc, des éléments tels que la confiance ou le pouvoir sont négligés. Bien que de nouvelles théories, dites d'avant-gardes (Rouleau, 2007)[411] aient tendance à considérer que l'individu peut être source d'avantage compétitif, elles conservent la notion de rationalité de l'individu chère aux approches classiques.

Les théories peinent à expliquer les relations dans le milieu hospitalier français car elles ont été importées des Etats-Unis où elles tentaient de résoudre des problèmes propres aux entreprises. Les théories ont été crées dans un contexte particulier qui n'est pas celui du milieu hospitalier français.

Par ailleurs, il règne une certaine confusion dans les définitions des formes organisationnelles issues des relations entre organisations dans le secteur industriel même si la plupart des définitions permettent de dégager des caractéristiques communes à telle ou telle catégorie d'accord. En effet, les limites séparant les différents termes pour définir les relations inter-organisationnelles sont perméables. Blanchot (1999)[412] synthétise bien la multiplicité des définitions. A l'instar des théories des organisations, les définitions apportées par les contributeurs tendent à n'envisager qu'une voire deux dimensions de la relation inter-organisationnelle à savoir la durée de la relation et le degré de coopération.

[411] Rouleau, *op. cit.*
[412] Blanchot, *op. cit.*

Dixit, l'auteur, rare sont ceux excepté Guillouzo (1996)[413] qui y ajoutent le mode d'ajustement envisagé pour la relation.

Nous retrouvons aussi ce flou des définitions au niveau des relations entre organisations dans le secteur hospitalier. La coopération est le maître de mot des réformes dans ce secteur mais il recouvre tout type d'accords.

Ainsi, à l'instar de Jolly (2001)[414], nous constatons que même les chercheurs du monde académique n'ont pas réussi, à travers leurs études, à atténuer voir effacer le flou des définitions des formes relationnelles.

[413] Guillouzo, *op. cit.*
[414] Jolly, *op. cit.*

Conclusion de la première partie

Nous avons étudié dans cette partie le cadre théorique de l'analyse des relations entre organisations en nous appuyant sur une revue approfondie de la littérature consacrée aux accords de coopération.

Le **premier chapitre** a porté sur les théories mobilisées pour l'étude des relations entre organisations. Nous avons étudié successivement les théories mobilisées pour analyser les formes relationnelles dans le secteur industriel puis dans le champ hospitalier qui constitue notre domaine de recherche.

Nous avons constaté que les relations entre organisations, quel qu'en soit le domaine, peuvent être appréhendées par plusieurs théories. L'étude des formes relationnelles n'a **pas engendré la création d'une nouvelle théorie ou d'une théorie « globalisante »**. Chaque théorie évoquée - approche par les coûts de transaction, par les ressources, la théorie des jeux ou les approches sociologiques, etc. - explique à sa manière les relations entre organisations.

De plus, les recherches académiques ont retenu les **mêmes théories** pour l'analyse des relations dans le secteur industriel et dans le champ hospitalier. Desreumaux (2015)[415] signale qu'il n'y a pas eu, depuis 1970, de découverte fondamentale au sujet des théories des organisations.

Tout en ne négligeant pas les apports de chacune des théories - mais compte tenu des différents constats que nous avons fait tout au long de notre premier chapitre - nous envisageons d'adopter une **démarche alternative** qui ne s'appuierait pas sur une (ou plusieurs) des théories recensées dans les différentes études. Et, pour justifier ce choix, nous avons apporté, dans le deuxième chapitre, quelques éléments d'explications à ce pluralisme théorique pour l'étude des relations entre organisations.

[415] Desreumaux, A. (2015). *Théorie des organisations* (3e éd.). Colombelles France: Éditions EMS management & société.

Nous pouvons les résumer ainsi : chacune des théories utilisées est applicable à un contexte particulier. De plus, faisant partie des théories des organisations, elles n'en ont pas moins chacune une **approche différente**. Enfin, il n'y a **pas de rupture** d'une théorie à l'autre dans la mesure où elles partent souvent de la critique de la théorie des coûts de transaction considérée comme la théorie de référence. Elles conservent des hypothèses communes (opportunisme et rationalité des agents). Et, en cela, elles n'analysent pas ou peu le comportement des agents pouvant influer sur ces deux attributs.

Elles constituent donc des **théories intermédiaires, partielles** et donc non universelles en raison de concepts pas forcément biens définis, d'une focalisation sur une dimension de l'objet d'étude, etc.

Jugées non exclusives, elles peuvent participer chacune à leur manière à l'explication des relations entre organisations à condition qu'elles ne soient pas contradictoires (Barthélemy, Fulconis et Mothe (2001))[416]. Cependant, nous n'avons pas beaucoup d'études utilisant conjointement plusieurs des théories pour expliquer les relations entre organisations.

Par ailleurs, lors de notre revue de littérature, nous avons remarqué un **manque de lisibilité et de consensus dans les définitions des relations entre organisations** et ainsi que pour ce qui est des accords (alliances, coopération, filière, réseaux, etc.) qui en découlent.

Ce **deuxième chapitre** nous a confortés dans notre décision d'opter pour une démarche alternative. Au regard des différents constats énoncés dans ce chapitre, nous avons décidé de changer de paradigme en étudiant les formes relationnelles **directement à partir de données observées** dans le secteur hospitalier. Toutefois, afin de s'assurer de la fiabilité et de la pertinence de notre base de données sur laquelle nous allons effectuer toutes nos analyses, nous avons décidé de construire un **corpus** *a priori* **de configurations de relations**. La robustesse de notre base de données sera testée en confrontant les formes relationnelles observées à celles du corpus.

[416] Barthélemy, Fulconis et Mothe, *op. cit.*

Pour autant, nous ne rejetons pas les différentes théories mobilisées dans le premier chapitre de cette partie puisque nous y ferons référence à l'occasion des différentes analyses que nous mènerons dans la troisième partie de notre recherche.

La seconde partie est donc consacrée à **l'élaboration de ce corpus** *a priori* **de configurations de relations**.

Un chapitre **préliminaire** présente notre champ d'investigation à savoir le champ hospitalier ainsi que les réformes qui ont joué un rôle dans la mise en œuvre de relations dans ce secteur.

Le **chapitre 3** décrit la manière dont nous avons sélectionné les critères que nous jugeons pertinents pour l'élaboration de ce corpus. Cette étape est complétée par une description détaillée de ces critères. Toutefois, les paramètres retenus correspondent chacun à une dimension de la relation. Nous devons les associer afin de définir des configurations qui tiennent compte de l'ensemble des dimensions de la relation.

Le **chapitre 4** présente les principales étapes de la construction de ce corpus de configurations de relations ainsi que le résultat obtenu.

DEUXIÈME PARTIE : La création d'un corpus *a priori* de configurations de relations

Introduction de la deuxième partie :

La création d'un corpus a priori de configurations de relations : une étape intermédiaire dans l'analyse des relations entre organisations

A l'issue de notre première partie, nous avons décidé de changer de paradigme pour analyser les relations inter-organisationnelles dans le secteur hospitalier. A l'instar du secteur industriel, il n'existe pas de théorie globalisante pour analyser les relations entre organisations.

La méthode à laquelle nous avons spontanément pensée consiste à effectuer une étude approfondie directement à partir des cas observés dans le secteur hospitalier sans se référer aux théories citées dans notre revue de littérature. Nous ne les écartons pas définitivement pour autant. Il nous arrivera d'y faire référence dans notre troisième partie lorsque nous analyserons nos données.

Toutefois, en entreprenant cette démarche inductive, nous devons nous assurer de disposer d'un matériau robuste pour une analyse approfondie des relations. C'est-à-dire que notre échantillon doit être composé de formes relationnelles parfaitement identifiables et s'intégrer dans l'ensemble des configurations de relations potentiellement observables.

Pour atteindre cet objectif, nous allons nous appuyer sur notre revue de littérature - effectuée dans la première partie de notre recherche - pour extraire des critères de caractérisation d'une relation. Puis munis de tous ces critères, nous allons construire un corpus *a priori* de configurations de relations. Les données relevées dans le secteur hospitalier seront confrontées à celles de notre corpus afin de tester la pertinence de notre échantillon.

Cette seconde partie est donc consacrée à l'élaboration de ce corpus *a priori* de configurations de relations. Elle constitue une étape indispensable, selon nous, pour crédibiliser les résultats de nos analyses.

Un chapitre préliminaire présente **notre champ d'investigation** à savoir le milieu hospitalier. En effet, de nombreuses réformes se sont succédées et beaucoup d'entres elles ont incité voire contraint les organisations à nouer des accords. Nous avons donc là un terrain de recherche stimulant pour notre étude sur les relations entre organisations.

Le **chapitre 3** est consacré à la recherche de critères pour caractériser une relation entre organisations après avoir bien entendu défini l'objet de notre étude à savoir les relations entre organisations. Cependant, le choix d'une approche de l'organisation et le caractère spécifique du champ hospitalier nous amènent à **traiter non plus de relations entre organisations mais de relations entre groupes d'individus**.

Nous utilisons plusieurs sources de recueil pour recenser tous les critères caractérisant une relation. Toutefois, chaque critère relevé ne constitue pas à lui seul une configuration de relation mais reflète une dimension de celle-ci.

C'est pourquoi, dans le **chapitre 4**, nous procédons à l'association des différents critères afin de constituer des configurations de relations intégrant toutes les dimensions de ces dernières. Compte tenu du nombre élevé de critères retenus, cette opération nécessite plusieurs étapes pour aboutir à un corpus *a priori* de configurations de relations. Nous présentons en détail dans ce chapitre les différentes phases de la construction de ce corpus ainsi que le résultat obtenu.

Chapitre préliminaire : Le secteur hospitalier comme champ d'observation

Les formes relationnelles ont été l'objet de nombreuses études dans le secteur industriel. De multiples articles ont été consacrés à la genèse de la relation ainsi qu'à la mise en œuvre d'accords. Le paysage industriel français s'est donc modifié suite à des mouvements de concentration, et d'accords de coopération.

Notre travail de recherche porte sur le secteur hospitalier qui, contrairement au milieu industriel, n'a pas bénéficié d'autant articles sur le sujet. Pourtant, la promotion de la coopération a été très présente au sein des réformes qui se sont succédées de 1970 à nos jours dans ce secteur. C'est pourquoi, dans le cadre de notre présentation du secteur hospitalier, il nous a semblé intéressant d'analyser la dynamique par laquelle les réformes ont impulsé ce mouvement de coopération tout autant que la concrétisation des rapprochements sur le terrain. Nous en profitons pour étudier si les relations - considérées comme un moyen d'atteindre les objectifs des réformes - ont rempli leur rôle.

Nous commençons le chapitre par une rapide présentation du paysage sanitaire français (**section 1**). Nous poursuivons notre démarche par la description des différentes réformes qui ont concerné le secteur hospitalier en insistant sur la place prise par la coopération dans ces réformes et leurs concrétisations sur le terrain (**section 2**). Puis, nous terminons ce chapitre en examinant la contribution de la mise en œuvre d'actions de coopération à l'atteinte des objectifs des réformes (**section 3**).

Section 1 : Le paysage sanitaire français

1. L'offre de soins

Elle se décline en trois composantes : un secteur libéral composé de la médecine de ville, un secteur hospitalier (médecine hospitalière) et un secteur médico-social. Ce dernier regroupe les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les institutions pour personnes âgées.

1.1. Les structures sanitaires

Tableau 2 : Répartition des établissements de santé français en 2012 selon la catégorie d'établissements.

Catégorie d'établissements	Entités	%
Public	**931**	**35%**
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU) (1)	32	1%
Centres hospitaliers (CH) (dont anciens hôpitaux locaux)	789	30%
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	88	3%
Autres établissements publics	22	1%
Privé à but non lucratif	**699**	**26%**
Centres de lutte contre le cancer (2)	18	1%
Autres établissements privés à but non lucratif	681	26%
Privé à but lucratif	**1 030**	**39%**
Établissements de soins de suite et de réadaptation	324	12%
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	542	20%
Établissements de lutte contre les maladies mentales	140	5%
Établissements de soins de longue durée	12	0%
Autres établissements privés à but lucratif	12	0%
Ensemble	**2 660**	**100%**

(1) En 2012, le centre hospitalier Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion ont fusionné et sont comptés comme un seul CHR

(2) En 2012, deux CLCC ont fusionné: l'institut de cancérologie de l'Ouest regroupe celui de Loire-Atlantique et celui du Maine-et-Loire

Champ : France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA

Sources : DREES, SAE 2012 traitements DREES[417]. Données retravaillées par l'auteure.

En 2012, le **secteur privé totalise 65% des structures sanitaires** contre 35% pour le secteur public. Par contre, le **secteur public dispose d'une capacité en lits supérieure** à celle du secteur privé.

[417] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2014). *Panorama des établissements de santé*. Collection Etudes et Statistiques. Paris : DREES.

Tableau 3 : Répartition en 2012 de la capacité en lits des établissements français

Catégorie d'établissements	Secteur	Nombre de lits	%
Public	**931**	**258 158**	**62%**
Privé	**1 729**	**156 682**	**38%**
- Privé à but non lucratif	699	58 137	14%
- Privé à but lucratif	1 030	98 545	24%
Ensemble	**2 660**	**414 840**	**100%**

Champ : France métropolitaine et DOM, y compris Mayotte, y compris SSA

Sources : DREES, SAE 2012 traitements DREES (cf. supra). Données retravaillées par l'auteure.

1.2. Des statuts juridiques différents associés à une logique spécifique de fonctionnement et d'implantation sur le territoire

Les établissements sont classés en trois groupes: les établissements publics, les établissements privés à but lucratif, et les établissements privés d'intérêt collectif (nouvelle appellation qui regroupe les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)[418].

Les établissements ont des missions de soins générales définies par le code de santé publique auxquelles s'ajoutent des missions de service public hospitalier[419]. Initialement exercées par les établissements publics, elles ont été étendues aux établissements privés depuis la loi HPST.

○ Les établissements publics

Ils regroupent des centres hospitaliers régionaux (CHU/CHR), des centres hospitaliers (CH), des centres hospitaliers spécialisés (CHS), et des hôpitaux locaux. Ces derniers sont amenés progressivement à se reconvertir en structures médico-sociales.

Les centres hospitaliers régionaux sont surtout implantés dans les **grandes villes** c'est-à-dire dans les préfectures ou sous-préfectures de région. Les CH se situent dans un territoire de

[418] République Française (2009). Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal officiel* n°0167 du 22 juillet 2009. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

[419] Code de la Santé publique. Article L.6112-1 relatif aux missions de service public des établissements de santé. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

proximité à savoir la **commune**. Les CHS, en lien avec la sectorisation, ont implanté leurs différentes structures (centre médico-psychologique, appartement thérapeutique, accueil de jour, etc…) en **centre ville ou dans les quartiers.**

○ Les établissements privés à but non lucratif

Ils regroupent des établissements mutualistes, des structures créées par une association (telles que les centres de lutte contre le cancer), ou encore des établissements créés par des caisses de sécurité sociale ou des congrégations religieuses. L'implantation des établissements privés à but non lucratif est liée à la **localisation géographique du fondateur**.

○ Les établissements privés à but lucratif

Ces établissements ont un but commercial et cherchent à augmenter leur chiffre d'affaires en effectuant des actes rentables. Ces structures sont plus spécialisées que les hôpitaux au sens où elles sont principalement concentrées sur une ou quelques activités.

Plus communément appelés cliniques, ces structures adoptent plusieurs configurations :

Tableau 4 : Répartition des cliniques en fonction du propriétaire de l'exploitation

	Clinique Villa	Clinique éponyme			Clinique anonyme (clinique de groupe)
		Le fondateur et ses « disciples »	Les héritiers	Les « affranchis »	
Propriété de l'exploitation	Fondateur	Le fondateur + quelques disciples	Les héritiers (spirituels) du fondateur	Structure du capital diversifiée : actionnariat médical + investisseurs non médicaux	Actionnariat de groupe (médical et financier) régional, national ou international
Liens entre la propriété de l'exploitation et celle de l'immobilier	Confusion	Le fondateur + quelques disciples	L'immobilier est détenu par la succession familiale du fondateur ou à défait par ses héritiers spirituels	Pas de recoupement entre propriété de l'exploitation et celle de l'immobilier	Externalisation de l'immobilier sur des investisseurs institutionnels spécifiques (non médicaux).
Montage juridique	Simple : la clinique constitue le prolongement du cabinet individuel	Simple : une société d'exploitation et une société civile immobilière	Plus complexe	Plus complexe avec intrication de multiples sociétés	Très complexe car reposant sur des holdings et des établissements en cascade.

Source : Piovesan (2003)[420]

En 2012, une quarantaine de groupes de cliniques était recensée (Bartoli et *al.*, 2012)[421]. La Générale de Santé et Capio en sont un bon exemple. Les cliniques se concentrent dans les

[420] Piovesan, D. (2003). Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphose ? (Thèse de doctorat en Sciences de Gestion). Université Jean Moulin – Lyon 3.

chefs lieux de département ou de région pour capter une population aisée. Les groupes de cliniques sont implantés dans les villes dynamiques (Lyon et sa région, Provence-Alpes Côte d'Azur, et l'Est de la France) (Delas, 2011)[422].

2. Un système sanitaire composé de nombreux acteurs

D'un côté, nous avons les producteurs de soins - à savoir les organisations hospitalières - et de l'autre des structures en charge de l'organisation et du contrôle du système de soins. Dans ce deuxième groupe, nous trouvons : le Ministère de la santé et ses directions (Direction de la santé, Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins, etc.), les agences régionales de santé (ARS) - ex agences régionales de l'hospitalisation (ARH) -, l'agence de sécurité sanitaire et des produits de santé, l'agence nationale d'évaluation et d'accréditation du système de soins, les caisses nationales et régionales d'assurance maladie.

Concernant les producteurs de soins, le personnel hospitalier est en nombre important voire très important. Différentes catégories de personnels sont représentées dans les établissements : personnels administratifs, médicotechniques, techniques, médecins, soignants, paramédicaux, etc. Il ne faut pas oublier les patients et leur entourage ainsi que les professionnels de santé à l'instar des médecins libéraux.

Chaque établissement doit composer avec des acteurs de son environnement tels que les élus, la tutelle, le Ministère de la Santé, l'Assurance maladie, l'ARH (devenue ARS depuis 2010).

Après ce bref état des lieux du paysage sanitaire français, nous allons étudier le rôle joué par les réformes hospitalières dans la mise en œuvre de rapprochements inter-organisationnels. Puis, nous établirons un bilan sur l'effectivité des mesures prônées par les réformes.

---

[421] Bartoli, F., Destais, N., Yeni, I. (2012). *Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. Paris : IGAS.

[422] Delas, A. (2011). L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques. *Hérodote*, 143(4), 89–119.

Section 2 : Les réformes dans le champ hospitalier : un parcours semé d'obstacles.

Avant 1970, les réformes à destination des établissements ont porté essentiellement sur leur fonctionnement interne et sur l'élargissement de l'accès aux soins à d'autres catégories de la population. Puis, à partir de cette date, différentes réformes mentionnent la **nécessité pour les établissements de procéder à des rapprochements entre organisations**.

La mise en œuvre de telles actions sera justifiée par :

a- des **facteurs humains** : à savoir la démographie médicale du fait du vieillissement de la population médicale et paramédicale, et de la répartition inégalitaire des personnels sur le territoire ; des difficultés à recruter et à fidéliser du personnel médial (pour des questions de rémunérations, d'astreintes, etc…), mais aussi du personnel de Direction; enfin l'accroissement des exigences nationales de sécurité relatives à certaines activités médicales ;

b- des **facteurs financiers** : en raison du déficit chronique des établissements ;

c- des **normes** à savoir des exigences croissantes sur le plan de la qualité et de la sécurité de soins.

Les rapprochements entre organisations sont considérés comme une **réponse aux contraintes économiques** et financières, à l'inadéquation de l'offre et de la demande, aux contraintes de sécurité et de qualité des soins.

Nous allons maintenant passer en revue les différentes réformes, mais en isolant celles qui traitent des relations entre groupes. Puis nous étudierons l'impact de ces réformes dans le champ hospitalier en termes de mise en œuvre de formes relationnelles.

1. Les principaux dispositifs des lois de 1970 à 2009 relatifs à la coopération entre les établissements

Les réformes hospitalières vont ainsi s'enchaîner dans une certaine « **continuité** ». C. Evin - alors président de la Fédération hospitalière de France (FHF) – à l'occasion de son discours à Hôpital Expo le 16 mai 2006, parlera même de « **tourbillon** » de réformes.

Chaque réforme tente de trouver une solution au relatif échec de la réforme précédente. Au fil des réformes, **de nouveaux outils juridiques** sont créés pour faciliter la coopération entre établissements. Très rapidement, de la réforme du 31 décembre 1970 à la loi HPST du 21 juillet 2009, nous passerons d'un système favorisant la coopération, à un système incitant à mettre en place des collaborations (les ordonnances de 1996) pour basculer progressivement dans la contrainte.

1.1. Les relations sont d'abord encouragées par les textes de lois

● La loi de du 31 décembre 1970[423] (dite loi Boulin)

Cette loi crée la carte sanitaire (réduite à une carte hospitalière) pour une meilleure répartition géographique de l'offre de soins. Elle contient des procédures d'autorisation de création, d'extension ou de transformation d'établissements sanitaires publics ou privés. Le territoire est divisé en régions sanitaires constituées de secteurs sanitaires. Chaque secteur doit disposer d'un plateau technique minimum censé répondre aux besoins de la population en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO).

La loi encourage la création de groupements inter-hospitaliers (GIH) à l'usage des seuls établissements publics. Ces GIH émettent un avis sur la carte sanitaire et promeuvent la coopération dans leur secteur. Dans les faits, ces groupements se sont résumés à des assemblées pouvant atteindre une centaine de personnes dans certaines régions. Leur taille explique la difficulté qu'ils auront à bien fonctionner (Bonnet, 1996)[424].

Par ailleurs, la loi va encourager les établissements tant publics que privés à coopérer en créant le Service public hospitalier (SPH). Réservées jusqu'alors aux hôpitaux publics, les missions du SPH peuvent être assurées par des établissements privés à but non lucratif ou lucratif (via une participation ou une concession de service public pour ces derniers).

[423] République Française (1971). Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. *Journal officiel* du 3 janvier 1971. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

[424] Bonnet, J.-L. (1996). Le secteur sanitaire et la région sanitaire. Quelles limites ? Quelle répartition des rôles ? Dans *Les hôpitaux confrontés aux exigences du S.R.O.S.S. : Coopérer pour vivre*. 48èmes journées du GERHNU, Fleyming - Merbelach, 17-18 mai.

Pour faciliter les regroupements d'hôpitaux participant au SPH, la loi crée le **Syndicat inter-hospitalier** (SIH). Cet outil a pour objectif la concentration et la rentabilisation des équipements existants ainsi que la coordination entre les activités des différents partenaires. Finalement, peu de cliniques optent pour la concession de service public. A croire que les SIH ont été créés dans le seul but d'asseoir la position dominante du service public hospitalier (Fargeon, 1995)[425].

Pour répondre aux difficultés de recrutement de médecins - qui touchent plus particulièrement les petits établissements - et/ou au sous emploi du plateau technique, la loi introduit les **cliniques ouvertes**. Cependant, elle se contente de définir leur mode de fonctionnement et oublie de mentionner leur nature juridique. Elles seront d'ailleurs supprimées par la loi Hôpital Patient Santé Territoire en 2009.

1.2. De l'encouragement à l'incitation à la coopération

● La loi du 31 juillet 1991[426] appelée « réforme Evin »

La loi envisage un **rééquilibrage des secteurs public et privé** sur le plan de l'offre de soins. Elle met en place le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) qui a deux objectifs : prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins pour répondre aux besoins de santé et inciter à des coopérations entre établissements. Le SROS devient le cadre de référence pour l'ouverture, le transfert mais aussi la fermeture et donc la reconversion des établissements de santé. Les activités de soins et l'acquisition d'équipements lourds sont soumises à autorisation. Cependant, une autorisation sur une durée limitée selon le code de santé publique[427] peut précariser les établissements publics comme privés. En effet, la durée de vie des autorisations - de moins de 5 ans à 10 ans selon les activités de soins - ne correspond pas forcément à celle des équipements nécessaires à l'activité. Il faut savoir que certains équipements lourds requièrent des investissements dont l'amortissement s'inscrit dans la durée alors qu'une autorisation peut ne pas être renouvelée.

[425] Fargeon, V. (1995). *La coopération inter-entreprise : analyse économique des nouvelles formes organisationnelles de l'hôpital*. (Thèse de Doctorat en Sciences Economiques). Université de Paris 1.
[426] République Française (1991). Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel* n°179 du 2 août 1991. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[427] Code de la Santé publique. Article L-712.14 relatif à l'organisation et l'équipement sanitaires. Section 2 : autorisations. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

Les pouvoirs publics veulent dynamiser la politique de coopération. **Les conférences sanitaires de secteur**[428] vont donc remplacer les groupements inter-hospitaliers de la loi de 1970. Elles sont ouvertes à d'autres organismes que les établissements de santé mais elles ne se réuniront que peu de fois. La loi officialise le recours au groupement d'intérêt public (GIP) et au groupement d'intérêt économique (GIE) élargi pour l'occasion au secteur sanitaire.

Les réseaux ville-hôpital sont inscrits dans la loi (circulaire Durieux)[429]. La circulaire du 25 novembre 1999[430] définit les grandes règles de fonctionnement des réseaux, les modalités pour obtenir des financements, et les perspectives de leurs évolutions (du réseau centré sur les professionnels vers celui centré sur le patient ; de la prévention vers la Santé publique).

1.3. L'incitation à la mise en œuvre de relations se transforme en une contrainte

● L'ordonnance du 24 avril 1996[431] (plan Juppé)

Les pouvoirs publics ne cachent pas leur objectif de réduction du nombre lits (100 000 lits) qui passe en autre par une concentration des équipements hospitaliers[432]. **L'ordonnance de 1996 réaffirme les objectifs de la coopération** : répondre aux contraintes économiques et financières, à l'inadéquation de l'offre et de la demande, suivre les évolutions de la prise en charge des patients et celle du progrès médical, répondre aux contraintes de sécurité et de qualité des soins. L'ordonnance va mettre l'**accent sur la coopération publique-privée** sur les territoires où les structures se font concurrence (Cour des comptes, 2002)[433].

---

[428] Code de la Santé publique. Article L.6131-1 relatif à la coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

[429] Direction générale de la santé (1991). Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

[430] Direction générale de la santé (1999). Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

[431] République Française (1996). Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel* n°98 du 25 avril 1996. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

[432] Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (2010). *Historique des réformes hospitalières en France*. Pôle documentation de l'Irdes. Consulté de http://www.irdes.fr.

[433] Cour des comptes (2002). Les outils juridiques de la recomposition hospitalière. Dans Cour des comptes (Éd.), *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale* (pp. 251-260).

Bien que la **fusion** hospitalière soit encouragée dans les lois, il faut toutefois attendre le volet sur l'hospitalisation publique et privée de l'ordonnance du 24 avril 1996 pour connaître les procédures pour mener une fusion et la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002[434] pour avoir des éléments sur la transformation des établissements une fois la fusion opérée.

Un groupement d'intérêt public de type nouveau fait son apparition : les agences régionales d'hospitalisation (ARH). Elles sont chargées des autorisations d'activités de soins ainsi que de la répartition des ressources en lien avec la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et la caisse d'assurance maladie. Elles sont créées afin d'améliorer la complémentarité de l'offre de soins au sein d'une même zone géographique. **Les ARH disposent d'un réel pouvoir** pour inciter fortement voire contraindre les établissements à mettre en œuvre des collaborations. Ce pouvoir est en effet inscrit dans l'article L.712-20 de l'ordonnance de 1996[435]. Le directeur de l'ARH peut demander aux établissements publics de santé de conclure une action de coopération voire de fusionner et cela même avant la fin des autorisations de missions octroyées aux établissements. Ce qui fait dire à Viñas[436] que l' « *on est bien passé d'une autorisation administrative à une autorisation fonctionnelle* ». La fusion devient un outil de recomposition à la disposition de l'ARH dans les ordonnances de 1996 puis à disposition des agences régionales de santé (ARS) dans la loi HPST de 2009. Elles disposent d'**incitations financières fortes** pour pousser les établissements à coopérer: baisse de dotations régionales pour les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC), injonction à la fusion[437].

L'ARH passe des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements dans lesquels sont prévues des actions de coopérations à mettre en œuvre. Ce dispositif est perçu

[434] République Française (2002). Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[435] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, *op. cit.*
[436] Viñas, E. (1996). Quatre aspects de la coopération : les aspects financiers. Dans *Les hôpitaux confrontés aux exigences du S.R.O.S.S. : Coopérer pour vivre*. *48èmes journées du GERHNU*, Fleyming - Merbelach, 17-18 mai.
[437] Paul, C., Rolland, J-.M. (2011). Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales sur la mise en application de la loi HPST. Consulté de http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3265.pdf.

plus comme un engagement qu'un simple contrat puisqu'il est nécessaire pour obtenir des ressources (Dussol, 1996)[438].

Les réformes de 1970 et de 1991 n'ont pas permis de développer les relations inter-établissements comme le souhaitaient les réformateurs. Face à ce constat d'échec, les ordonnances de 1996 vont proposer de nouveaux modes de coopération (Sauviat, 2003)[439]. Elles vont ainsi **encourager le développement des réseaux de soins, des communautés d'établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire** (GCS)[440].

Concernant les réseaux, l'ordonnance reste floue. Elle propose en fait deux définitions du réseau. Ainsi, dans le cadre de son volet sur la maîtrise médicalisée des dépenses, l'ordonnance parle de réseaux expérimentaux (les réseaux Soubie) proches des Health Maintenance Organizations (HMO) pour une prise en charge des pathologies lourdes. La loi du 19 janvier 1983 avait encouragé l'expérimentation de *Réseaux de soins coordonnés* inspirés des HMO. Cependant, l'objectif visé était la réduction des coûts et non une amélioration du dispositif de soins (Bonafoni et Nobre, 2011)[441].
Dans son autre volet, celui sur l'hospitalisation publique et privée, l'ordonnance de 1996 promeut le réseau Ville-hôpital associant des médecins généralistes et des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Les deux volets de l'ordonnance définissent **deux types de réseaux** dans lesquels les établissements de santé ont toute leur place soit comme initiateurs (pour les réseaux expérimentaux) soit comme participants (pour les réseaux ville-hôpital). Cependant, les concepts de ces réseaux restent flous.

---

[438] Dussol, A. (1996). Réforme hospitalière: la fin d'une époque ? *Gestion Hospitalière*, 361, 735-745.
[439] Sauviat, I. (2003). Les réseaux de soins ou la légitimité d'une voie de modernisation hospitalière tentant d'allier situation de service coproduite et situation de gestion coopérative. *XIème colloque international de la Revue Politiques et Management Public.*
[440] Code de la Santé publique. Article 713-11.1 relatif aux actions de coopérations. Section : groupement de coopération sanitaire. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[441] Bonafoni, P., Nobre, T. (2011). Un cycle de vie pour les réseaux de santé? Le cas de la cancérologie. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 29(1-2), 47-61.

Finalement, le réseau s'apparente à une coopération élargie à d'autres acteurs du système de santé (Gadreau et *al.*, 1999)[442]. Il s'agit pour l'établissement de santé de s'ouvrir sur son environnement et le réseau s'apparente à **l'alliance stratégique** de Garrette et Dussauge. Les ordonnances de 1996 transforment le réseau informel en espace formel revêtant la forme d'une charte, d'une association ou tout autre habillage juridique (Sauviat, 2003)[443].

Ce terme générique intègre donc comme outils les communautés d'établissements de santé et les GCS. **Les communautés d'établissements de santé** (publics ou privés assurant le service public hospitalier au sein d'un secteur sanitaire) viennent s'ajouter aux conférences sanitaires de secteur. Cette instance marque un tournant car nous passons **de l'incitation à coopérer à la contrainte**. En effet, les établissements ont trois ans pour s'engager dans une communauté hospitalière d'établissements. La communauté d'établissements doit couvrir les champs du sanitaire et du médico-social ce qui oblige certains établissements à se reconvertir vers le secteur des personnes âgées et des handicapées. **L'échec** de cette formule de coopération aboutira à sa suppression à l'occasion de l'ordonnance du 4 septembre 2003[444].

1.4. Les réformes multiplient et simplifient certains outils juridiques au service de la relation entre organisations

● De la loi du 27 juillet 1999[445] au plan « hôpital 2007 »

La loi du 27 juillet 1999 innove en proposant de nouvelles structures de coopération telles que **la fédération médicale inter-hospitalière** (FIH) et les établissements publics de santé inter-hospitaliers.

Pour Rault-Doumax (2005)[446], la FIH ne fait que formaliser une offre existante. Nous avons étudié le cas de la mise en place d'une fédération médicale entre les établissements de Saint

[442] Gadreau, M., Jaffre, D., Lanciau, D. (1999). La recomposition en réseaux du système hospitalier. Entre contraintes, contrats et conventions. *Finance Contrôle Stratégie*, 2(4), 53-75.
[443] Sauviat, *op. cit.*
[444] République Française (2003). Ordonnance n°2002-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. *Journal officiel* n°206 du 6 septembre 2003. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[445] République Française (1999). Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Médicale Universelle. *Journal officiel* n°172 du 28 juillet 1999. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

Malo, Dinard et Dinan en 2002 dans le cadre du réseau CardioRance. Et, de fait, nous avons pu constater qu'il s'agissait d'officialiser un fonctionnement informel entre les établissements.

La loi du 4 mars 2002[447] et l'ordonnance du 4 septembre 2003[448] **suppriment la notion de réseaux de soins**. Il ne va subsister que les réseaux de santé avec une définition unique: « *les réseaux ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires […]. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, la prévention, du diagnostic que du soin. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations* ». Les réseaux ne sont plus considérés comme de simples dispositifs de planification sanitaire mais ils doivent concourir à la qualité de la prise en charge. Leur création et leur condition de financement ne sont plus soumis à autorisation. Ils peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, des collectivités territoriales, de l'assurance maladie ou de dotations spécifiques. Par ailleurs, la loi de financement de la Sécurité sociale de 2002[449] propose un fond dédié au développement des réseaux (FAQSV). On passe d'une logique d'expérimentation (réseau Soubie, réseaux ville-hôpital) à **une logique de généralisation des réseaux**. Les réseaux subissent une institutionnalisation qui coïncide avec la mise en place du nouveau management public.

La circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du 2 mars 2007[450] réoriente les objectifs du réseau vers l'appui aux professionnels pour qu'ils puissent bien orientés leurs patients dans le système de soins. Certains réseaux (périnatalité, cancer)

---

[446] Rault-Doumax, P. (2005). Etablissements de soins publics et privés: Y-a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique ? Paris : L'Harmattan.

[447] République Française (2002). Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel* du 5 mars 2002. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

[448] République Française (2003). Ordonnance n°2002-850 du 4 septembre 2003, *op. cit.*

[449] République Française (2001). La loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002. *Journal officiel* du 26 décembre 2001. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

[450] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2007). Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

deviennent obligatoires mais au prix d'un encadrement renforcé (Bonafoni et Nobre, 2011)[451].

Par ailleurs, dans son volet sur « la simplification des formules de coopérations », la loi du 4 mars 2002[452] érige **le GCS comme outil privilégié** de toute opération de rapprochement entre organisations et supprime les communautés d'établissements et les SIH.

Cette loi va aussi favoriser **le partenariat public-privé** entre les autorités publiques et le monde des entreprises permettant à l'Etat et aux collectivités publiques de faire appel à de nouvelles sources de financement pour leurs infrastructures publiques. Concernant les hôpitaux, le dispositif, inscrit dans la loi, se nomme **le bail emphytéotique administratif**. Il s'inspire du droit anglo-saxon et est publié en même temps que le « plan hôpital 2007 » destiné à relancer l'investissement hospitalier. Il part du postulat que le privé est plus efficace dans ce domaine et qu'ainsi les risques sont mieux assurés. Nous avons lu quelques exemples retraçant des actions de ce type menées dans le champ hospitalier. Nous en avons conclu que ce dispositif **relève plutôt de la sous-traitance**. En effet, l'établissement de santé externalise une opération qui ne relève pas de son cœur de métier à savoir la construction d'un nouvel hôpital.

En complément de la loi du 4 mars 2002 sur les GCS, l'ordonnance du 4 septembre 2003 permet aux établissements médico-sociaux, aux réseaux de santé et même aux professionnels de santé de constituer un GCS sous réserve que l'un des membres soit un établissement de santé. Il est vrai que peu de GCS s'étaient constitués suite aux ordonnances de 1996. D'après le recensement en 2010 de la Direction générale de l'offre de soins[453], 13 GCS auraient été créés de 1998 à 2004.

Par ailleurs, l'ordonnance supprime la carte sanitaire et ainsi les secteurs sanitaires au profit des territoires de santé définis par les ARH. Le SROS devient l'unique outil de planification.

---

[451] Bonafoni et Nobre, *op. cit.*

[452] République Française (2002). Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *op. cit.*

[453] Direction générale de l'offre de soins (2010). *Recensement annuel des groupements de coopération sanitaire : bilan au 30 juin 2010*. Paris : DGOS.

La loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie[454] modifie la place de l'hôpital dans le système de soins : de pivot du système, il devient **un maillon parmi d'autres** et doit prévoir des complémentarités avec d'autres structures.

Le « plan Hôpital 2007 » lancé au printemps 2003, et centré sur la modernisation de l'hôpital, élève le partenariat au rang de priorité de santé publique. A cette occasion, **les GCS sont simplifiés et assouplis** : ils ne sont plus limités aux établissements mais ouverts aux professionnels libéraux de santé.

Le Plan solidarité grand âge 2007-2012 comporte un axe sur la nécessité de mettre en place des filières gériatriques pour une prise en charge continue des personnes âgées. La circulaire du 28 mars 2007[455] - qui poursuit le travail engagé par la circulaire du 28 mars 2002 - se présente comme un guide donnant toutes les informations sur la manière de mettre en œuvre une filière gériatrique hospitalière. Nous y trouvons aussi un modèle de convention type pour toute coopération envisagée entre un établissement de santé et un EHPAD. Ce sont les ARH qui vont être chargées d'initier des filières gériatriques hospitalières sur l'ensemble du territoire.

1.5. L'obtention de financements pour un établissement sous-tendue à des actions de coopération : une injonction à la mise en œuvre de stratégies relationnelles.

● Du « plan Hôpital 2012 »[456] à la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)

Le « plan Hôpital 2012 » mis en place en 2007 succède au « plan hôpital 2007 » et porte sur l'amélioration de l'efficience hospitalière. Le plan cherche avant tout à favoriser la mutualisation et la coopération des établissements. Il pose comme **préalable à toute obtention de crédit**, **la constitution de projets de recompositions hospitalières** (regroupement de plateaux techniques, publics et privés, reconversion des sites chirurgicaux

[454] République Française (2004). Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie**.** *Journal officiel* n°190 du 17 août 2004. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[455] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2007). Circulaire DHOS/O2/ n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.
[456] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2007). Circulaire DHOS/F2 n° 2007-248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

en soins de suite et de réadaptation, etc.) ou de mutualisation des systèmes d'information hospitaliers.

La loi HPST du 21 juillet 2009[457] fait de la coopération entre établissements **une priorité** dans la politique nationale de l'organisation des soins.

Elle **simplifie** la palette d'outils juridiques de coopération : les cliniques ouvertes, les communautés d'établissements de santé sont supprimés. Les syndicats inter-hospitaliers ont trois ans pour se transformer en groupement de coopération sanitaire (GCS) ou en communautés hospitalières de territoires (CHT).

La loi réhabilite les CHT qui existaient déjà en 2008. En effet, le rapport Larcher[458] en faisait déjà référence pour le développement de complémentarités entre hôpitaux publics. L'objectif annoncé, en prônant les CHT, est la gestion en commun de certaines fonctions ou activités au moyen de délégation ou de transfert de compétences entre les établissements. Il s'agit de mener **une stratégie dite de « groupe public »** pour faire face aux regroupements des établissements privés à but lucratif qui partent à la conquête de parts de marché en particulier dans le domaine de la chirurgie programmée.

Comme nouvel outil juridique, la loi introduit le groupement de coopération sanitaire de moyens (GCSM) à but non lucratif pouvant regrouper des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des pôles de santé et des praticiens libéraux.

Par ailleurs, elle réduit de 6 à 2 le nombre de catégories de GCS. Ne subsistent ainsi que le GCS de moyens qui peut prendre en charge une des quatorze missions de service public, et le GCS « établissement de santé » (GCS-ES). **Dans les faits, le GCS de moyens devient l'outil au service des CHT** (FHF, 2009)[459].

---

[457] République Française (2009). Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal officiel* n°0167 du 22 juillet 2009. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

[458] Documentation française (la) (2008). *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher*. Consulté de : http://www.ladocumentationfrancaise.fr.

[459] Fédération hospitalière de France (2009). *Loi HPST, mode d'emploi pour les hôpitaux publics et les établissements médico-sociaux*. Paris : Fédération hospitalière de France.

Par contre, la loi ne donne qu'une petite place aux réseaux et les tutelles semblent s'en désintéresser.

Les établissements vont être fortement incités à mener des actions dites de coopérations puisqu'une partie des crédits d'aide à la contractualisation et une partie des crédits du fond de modernisation des établissements de santé publics et privés vont prioritairement aux établissements s'y engageant. La circulaire du 21 septembre 2009[460] prévoit des financements possibles dans le cadre des préfigurations de CHT.

Les hôpitaux locaux - installés dans les petites villes et les zones rurales - vont se transformer. Ils doivent désormais passer des conventions avec les hôpitaux de référence de leur territoire pour conserver leurs lits de médecine. Les hôpitaux locaux, qui n'atteignent pas les seuils minimaux d'activité, sont contraints de reconvertir toute ou une partie de leur activité sanitaire en soins de suite et de réadaptation.
Les hôpitaux locaux et plus généralement les hôpitaux des petites villes craignent d'être absorbés dans les CHT préconisées par la loi HPST. Or, pour l'Association des petites villes de France (2008)[461], l'hôpital local reste un maillon indispensable dans la prise en charge des patients en tant que structure de proximité.

Les agences régionales de santé (ARS) succèdent aux ARH le 1er Avril 2010 pour mettre en œuvre au niveau régional les dispositifs définis dans la loi HPST. Elles remplacent les tutelles, mais contrairement à celles-ci, les ARS ne sont pas présentes dans les instances de décision des établissements.

Sur le plan de la mise en œuvre de rapprochements, **les pouvoirs des ARS sont étendus** : le Directeur de l'agence peut imposer la passation d'une convention, la mise en œuvre d'un GCS, d'une CHT, d'un GIP ou une fusion d'établissements[462]. Les agences disposent aussi

[460] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2009). Circulaire DHOS/E1/F2/O3/ n°2009/292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements de santé. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.
[461] Association des petites villes de France (2008). *Les hôpitaux de petites villes : une composante indispensable pour une offre de soins de qualité sur tout le territoire*. Troisième livre blanc de l'Association des petites villes de France (APVF). Consulté de http://www.apvf.asso.fr.
[462] Code de la Santé publique. Article L.6131-2 relatif à la coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

d'incitations financières fortes pour forcer les établissements à coopérer. Les établissements peuvent subir une baisse de dotations régionales pour les MIGAC[463]. Le renouvellement d'autorisations d'activité peut être conditionné à la mise en œuvre de coopération.

Les réformes vont donc se succéder à un rythme soutenu. Parallèlement, les hôpitaux se trouvent confrontés à un nombre impressionnant de chantiers à mener de front - autres que ceux concernant la coopération inter-hospitalière - à l'instar de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), des 35 heures, des différents plans nationaux (cancer, grand âge, etc.).

Le thème de la coopération a occupé une place importante dans les réformes. Chacune d'entre elles a apporté son lot de nouveaux outils juridiques ou a remplacé les anciens pour faciliter les relations.

Nous allons maintenant établir un bilan des actions de « coopération » dans le champ hospitalier afin de mesurer l'impact des réformes sur ces actions.

2. La concrétisation de formes relationnelles dans le champ hospitalier [464]

Le *leitmotiv* qui revient dans l'ensemble des réformes est la maîtrise des dépenses de santé tout en assurant des soins de qualité. Cela passe - pour les réformateurs - par des économies de moyens et d'échelle (réduction du nombre de lits, regroupement d'activités et/ou d'établissement), des reconversions d'activités, des partenariats publics-publics mais aussi publics-privés, l'établissement de seuils minimaux d'activité, etc. Comme nous l'avons constaté précédemment, l'établissement de relations est considéré comme une réponse à la maîtrise des dépenses de santé et l'assurance de soins de qualité.

Nous allons examiner les changements qui se sont opérés dans le paysage hospitalier suite aux recommandations des réformes.

[463] Paul et Rolland, *op. cit.*
[464] Etude de la Direction de la recherche des études de l'évaluation et de la statistique (DREES) en 2007, rapport DEXIA en 2009, rapport de la Cour des comptes et les rapports de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) 2011 et 2012.

Ce travail n'a pas été facile à réaliser dans la mesure où nous ne disposons que de **peu d'informations** sur les impacts des recompositions de l'offre de soins.

Nous pouvons l'expliquer par de multiples raisons : tout d'abord, les principaux systèmes d'information tels que le PMSI (Programme médicalisé des systèmes d'information), la SAE (Statistique Annuelle des Etablissements) en autres n'ont pas été conçus pour mesurer les impacts des réorganisations (Cour des comptes, 2008[465]; Bousquet et *al.*, 2001[466], Piovesan, 2003[467]). De plus, l'existence d'accords inter-hospitaliers et leurs effets sur la performance ne sont pas analysés (Hirtzlin, 1999)[468]. Enfin, ce n'est que depuis 2012 que la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a décidé de relancer l'observatoire des recompositions hospitalières.

2.1. Un constat : deux temps forts dans la mise en œuvre de relations

La mise en œuvre de formes relationnelles dans le champ sanitaire coïncide avec la politique affichée des réformes qui vont inciter puis contraindre les organisations hospitalières à établir des relations.

2.1.1. Avant les années 2000 : des relations volontaristes souvent informelles ou peu contraignantes.

Jusque là, les praticiens des établissements de santé établissaient des relations volontaristes et ciblées telles que des « réseaux ville-hôpital », des filières avec des praticiens libéraux (filière d'urgence avec les médecins libéraux, filière mère-enfant, réseau cardio-vasculaire avec pour acteur principal un centre hospitalier, réseau gérontologique en lien avec l'hôpital, etc.).

Puis, des collaborations inter-établissements via des GIP se mettent en place mais concernent exclusivement les activités logistiques (cuisines, blanchisseries, etc..). Enfin, des GIE se constituent pour des activités très spécifiques comme la recherche médicale

[465] Cour des comptes (2008). Chapitre VIII : Les restructurations hospitalières. Dans Cour des comptes (Éd.), *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale* (pp. 261-304).

[466] Bousquet, F. et coll. (2001). Les restructurations à travers les systèmes d'information, d'une définition complexe à un suivi opérationnel. (Réflexions menées à la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). *Revue Française des Affaires sociales*, 2(2), 27-43.

[467] Poivesan, *op. cit.*

[468] Hirtzlin, I. (1999). La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé. *Politiques et management public*, 17(3), 107‑127.

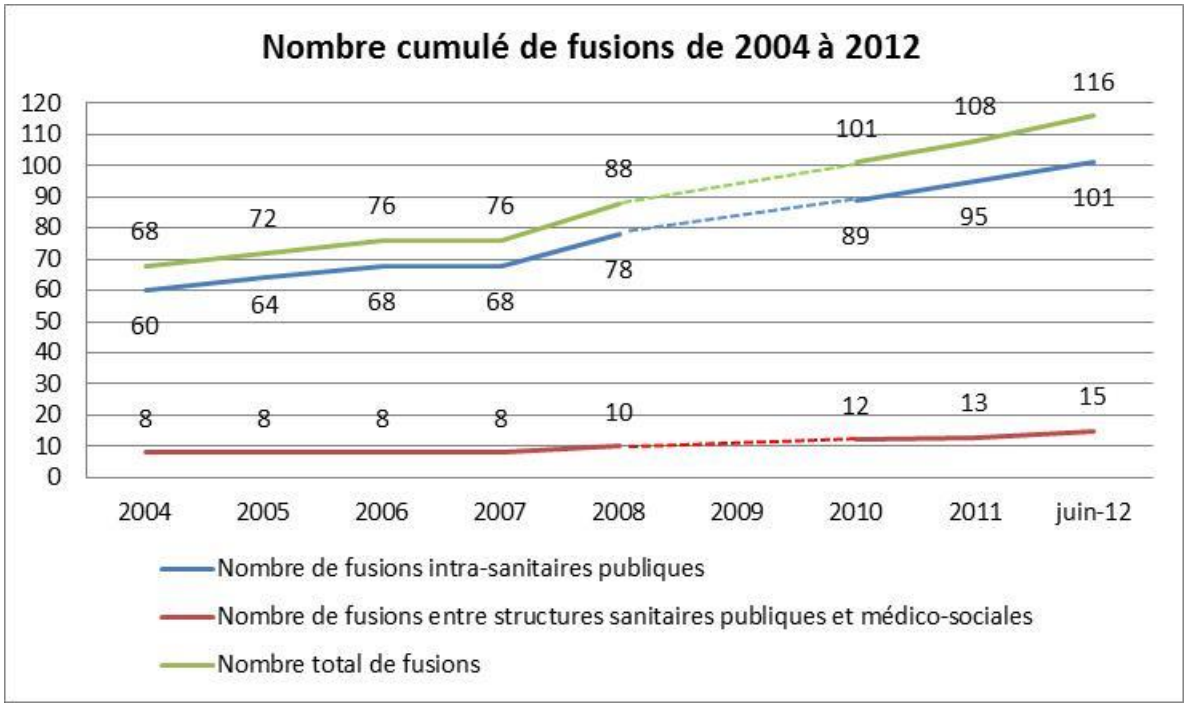
appliquée. Même si les réformes ou les circulaires ont influencé l'utilisation de tel ou tel outil de coopération, il n'en reste pas moins que les actions restent pour la plupart **à l'initiative des établissements ou des tutelles** (considérées plutôt comme des alliées par leur présence dans les instances de décision des structures hospitalières).

La convention est l'outil le plus utilisé. C'est le seul accord non formalisé qui ne soit pas incompatible avec une autonomie de l'établissement qui la contracte (Gambotti, 1991)[469].

2.1.2. A partir de 1998, une accélération des relations et une utilisation d'outils juridiques plus contraignants

Les actions de coopération sont très souvent **à l'initiative des ARH** nouvellement créées. La création des ARH va accélérer dès 1998 les fusions, les fermetures de services de chirurgie mais surtout de maternité. Puis, le nombre de fusions annuelles se ralentit, les ARH privilégiant les autres formes de relations entre organisations.

Figure 6 : Nombre cumulé de fusions entre établissements publics de 2004 à 2012



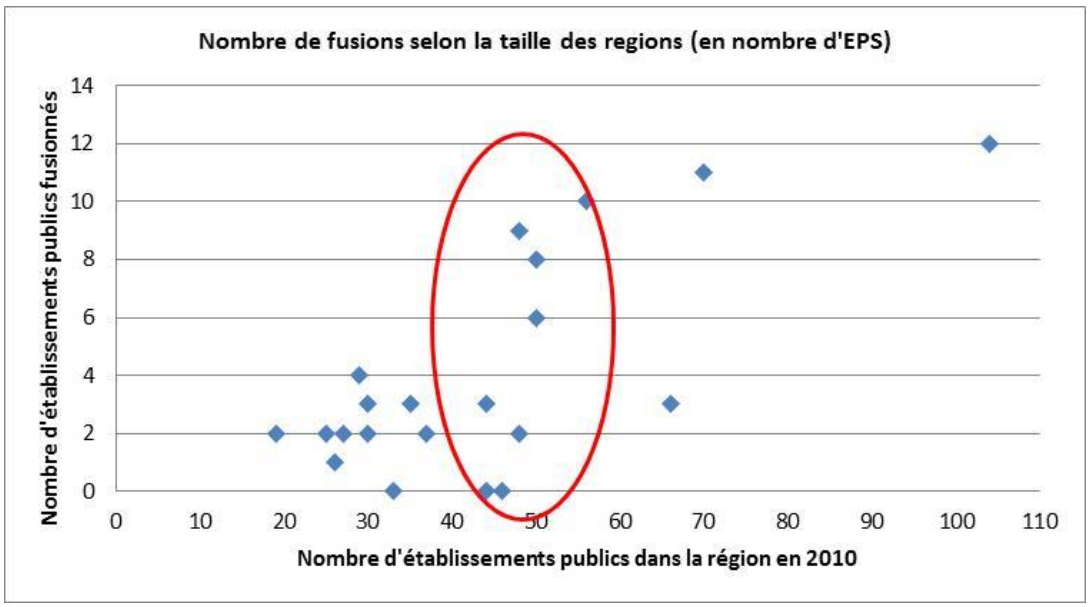
Source : Rapport de la DGOS (2012)[470]. Données compilées par l'auteure. Information non disponible pour l'année 2009.

[469] Gambotti, M. (1991). *Recensement et bilan des formes de coopération inter-hospitalière*. Paris : Inspection générale des affaires sociales.
[470] Direction générale de l'offre de soins. (2012). *Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière*. Paris : DGOS.

L'augmentation des fusions de 2004 à 2012 est attribuable aux fusions intra-sanitaires. La forte augmentation de ces fusions en 2008 serait le fruit du rattrapage de l'année 2007 où il n'y a eu aucune fusion (Lalande et *al.*, 2012) [471].

Grâce aux données du rapport de Lalande et *al.*, nous constatons que les fusions d'établissements publics ne sont pas forcément effectuées dans les régions où il y a beaucoup d'établissements publics.

Figure 7 : Nombre de fusions de 1995 à 2011 selon la taille des régions (en nombre d'établissements publics de santé)



Source : NFT/ATIH/CNG/SAE/INSEE, retraitement IGAS – Rapport IGAS (2012)[472]- Données retravaillées par l'auteure.

Trois régions n'ont pas procédé à des fusions entre 1995 et 2011. En regardant attentivement le graphique, nous constatons l'absence de liens entre le nombre d'établissements dans la région et le nombre de fusions effectives. Pour des régions qui possèdent de 45 à 55 établissements, il peut n'y avoir aucune fusion comme plusieurs (jusqu'à 10).

Les « réseaux Soubie » - réseaux de soins expérimentaux issus de l'ordonnance de 1996 dans son volet maîtrise médicalisée des dépenses - vont rencontrer la résistance du corps

[471] Lalande, F., Scotton, C., Bocquet, P.-Y., Bonnet, J.L. (2012). *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années?* Paris : IGAS.
[472] Lalande et *al.*, *op. cit.*

médical. Ces réseaux dont l'objectif est le rapport coût/qualité sont une transposition des HMO anglo-saxons (Haehmel et Desehu, 1998)[473] destinés à tester de nouveaux modèles de financement du système de santé (Grémy, 1998)[474]. A partir de 1985, des économistes à l'instar de Launois proposent d'étendre à la France le principe des HMO regroupant des employeurs et des prestataires de santé. Ce principe paraît inégalitaire car c'est l'employeur qui conditionne l'appartenance de son employé à telle ou telle HMO, ou à aucune. Il s'avèrera peu adapté au système de Sécurité sociale français. Les professionnels y seront opposés car ils tiennent à conserver leur liberté de prescription (Kerleau, 2001)[475].

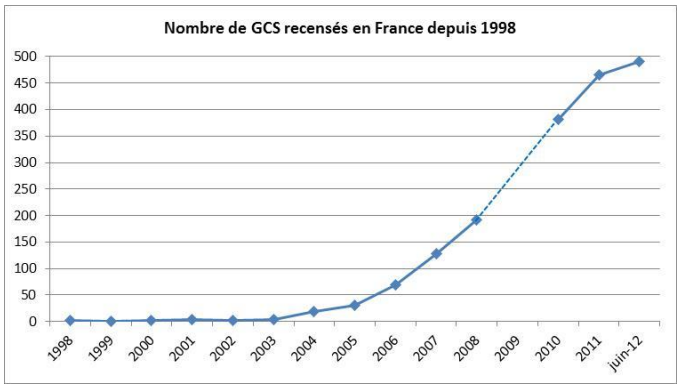
Les réformes vont **mettre à mal les réseaux** tels qu'ils avaient été conçus dans les années 1980. El Ghozi (2005)[476] établit un bilan de l'évolution des réseaux depuis 1985 qu'il résume en trois phases: le temps des pionniers (réseaux ville-hôpital), le début de la reconnaissance avec la loi de 1991 qui évolue vers l'institutionnalisation des réseaux et enfin la construction du partenariat avec l'usager. Son analyse se rapproche du cycle de vie des réseaux étudié par Larson (1992)[477] et repris par Bonafoni et Nobre (2011)[478]. Ces derniers considèrent cinq phases dans le cycle de vie des réseaux en s'appuyant sur l'analyse des réseaux de cancérologie. Ces réseaux, portant sur des pathologies particulières, sont ceux qui se sont le plus développés. La genèse (1ère phase) correspond à la phase de création du modèle de Larson : des liens informels se tissent mais, selon Bonafoni et Nobre (*cf. supra*), uniquement entre praticiens au sein de leurs établissements de soins respectifs. Puis, les techniques, les thérapeutiques devenant de plus en plus sophistiquées, des collaborations vont se mettre en place entre praticiens de différents établissements. La phase suivante (phase d'extension chez Larson) aboutit à une reconnaissance réglementaire des réseaux via les ordonnances de 1996. Cette étape voit émerger les médecins de ville et les patients dans les relations. La confiance entre les acteurs se transforme en solidarité. Entre 2000 et 2005, outre un

[473] Haehmel, P., Desehu, E. (1996). Problèmes éthiques et réseaux. Dossier Réseau de santé et filières de soins. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 24, 45-46.
[474] Grémy, F. (1996). Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés. Dossier Réseau de santé et filières de soins. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 24, 26-29.
[475]Kerleau, M. (2001). Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales (États-Unis, Royaume-Uni, Québec). *Revue française des affaires sociales*, 2, 59-78.
[476] El Ghozi, B. (2005). Réseau de santé et action professionnelle. Dans M.-H. Cabé (Éd.), *La santé en réseaux. Quelles innovations ?* (pp. 17-20). Sociologies Pratiques. Paris: PUF.
[477]Larson, A. (1992). Network dyads in entrepreneurial settings : A study of the governance of exchange relationships. *Administrative Science Quarterly*, 37, 76-104.
[478] Bonafoni et Nobre, *op. cit.*

financement dédié à leur fonctionnement, les réseaux regroupent différents acteurs (professionnels, établissements et tutelles) en parfaite synchronie. Entre 2002 et 2005, le nombre de réseaux financés va passer de 54 à 610[479]. Les auteurs parlent de l' « âge d'or » des réseaux. Le déclin (5ème phase du cycle de vie) a lieu à partir de 2006 suite entre autre à la minoration des dotations, aux effets de la mise en place de la T2A, et au rapport IGAS (Daniel et *al.*, 2006)[480]. Ce dernier considère que les réseaux ne fonctionnent pas bien. La circulaire du 2 mars 2007[481] va entrainer une appropriation des réseaux par la tutelle et les institutions au détriment des gens du terrain. Les réseaux vont donc perdre de leur légitimité auprès des médecins et des soignants et vont principalement regrouper des établissements. En effet, en 2007, plus des trois quart des établissements qu'ils soient publics ou privés appartiennent à un réseau de soins avec d'autres établissements[482].

La pression sur les établissements pour établir une coopération va s'accentuer à partir des années 2000 : les autorisations d'exercice d'activité ou d'équipement seront dans la plupart des cas assujetties à la mise en œuvre d'actions de coopération. Celles-ci doivent se traduire principalement par **des partenariats publics-privés** facilités en cela par des modalités juridiques telles que le GCS qui devient le principal outil à utiliser.

Figure 8 : Nombre de groupements de coopération sanitaire (GCS) en France



Sources : rapport DGOS 2012[483] + recensement FHF pour les années 1998 à 2003 – Données compilées par l'auteure. Information non disponible pour l'année 2009.

[479] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2006). L'hospitalisation et l'organisation des soins en France. Enjeux et perspectives. Données statistiques. Paris : DHOS.
[480] Daniel, C., Delpal, B., Lannelongue, C. (2006). *Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. Paris : IGAS.
[481] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2007), *op. cit.*
[482] Cordier, M. (2008). *Hôpitaux et cliniques en mouvement - Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients*. Etudes et Résultats. Paris : DREES.
[483] Direction générale de l'offre de soins (2012), *op. cit.*

Ce n'est qu'à partir de 2004, que le nombre de GCS croît fortement. En 2007, toutes les régions de France avaient créé au moins un GCS.
Toujours selon le rapport de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), les GCS publics sont légèrement majoritaires depuis juillet 2009 (Ils représentent 54% des GCS en 2012). Mais la progression du GCS de droit public s'est faite petit à petit puisqu'en 2006, les GCS de droit privé l'emportaient sur les GCS de droit public.

Alors que l'utilisation du GCS était très accessoire avant 2012 - surtout utilisé pour la gestion en commun d'équipements techniques ou de secteurs logistiques - force est de constater que les GCS de moyens ont de plus en plus pour objet des prestations croisées ou le partage de plateaux techniques. **Les GCS de moyens totalisent 97% des GCS**.

Enfin, les GCS se constituent essentiellement entre établissements de santé (60% des GCS en 2012).

Les GCS se répartissent en deux catégories : les GCS de moyens et les GCS « établissements de santé » (GCS-ES). Les GCS de moyens ont pour objet l'organisation ou la gestion d'activités administratives, techniques, médicotechniques, d'enseignement ou de recherche. Ils peuvent être aussi utilisés pour la gestion d'équipements d'intérêt commun. Quant aux GCS-ES, ils bénéficient d'une autorisation de soins. Toutefois, ces derniers sont peu nombreux.

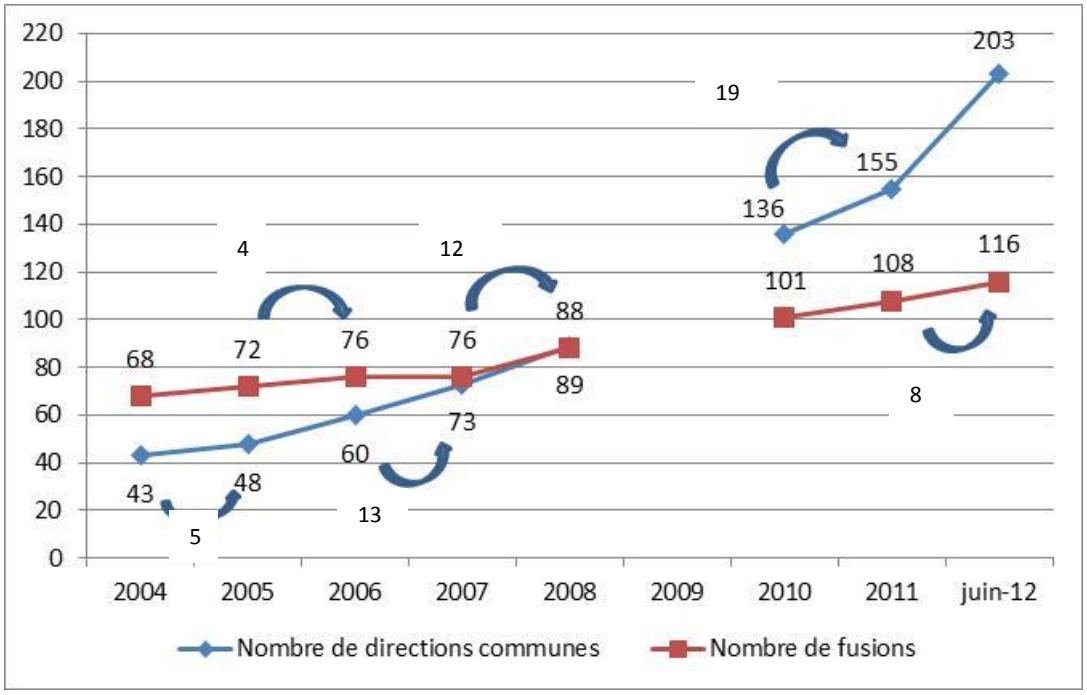
Avec la loi HPST, les établissements publics de santé sont incités à se regrouper en communautés hospitalières de territoires (CHT). L'objectif affiché étant de faire face à une offre privée qui se regroupe et qui est détenue de plus en plus - et ce depuis 2008 - par des grands groupes financiers. Les CHT ne regroupent que des établissements publics de santé. Elles ont pour but de mettre en commun des compétences globales allant de la prévention jusqu'à l'offre médico-sociale en passant par celle de soins hospitaliers.

En 2012[484], **la mise en place de CHT se fait attendre** (29 CHT sur 14 régions) détrônée par les GCS, forme juridique plus ancienne.

[484] Direction générale de l'offre de soins (2012), *op. cit.*

Les CHT sont souvent précédées d'une Direction commune. Cette dernière peut aussi être une étape préalable à une fusion (DGOS, 2012)[485].

Figure 9 : Evolution du nombre de Directions communes et du nombre de fusions de 2004 à 2012



Source : rapport DGOS 2012 (cf. supra) - données compilées par l'auteure. Informations non disponibles pour l'année 2009.

Jusqu'en 2008, le nombre de fusions supplémentaires à l'année (n+1) est sensiblement identique à l'augmentation du nombre de Directions communes à l'année n. Par exemple, entre 2004 et 2005, il y a une augmentation de cinq Directions communes et nous constatons quatre fusions de plus sur la période suivante. Ce n'est plus le cas à partir de 2010. Cela peut laisser supposer que les Directions communes préfigurent non plus des fusions mais sans doute des CHT.

Pour résumer, le nombre de GCS a évolué de plus de 25% de 2004 à 2012. Sur la même période, l'évolution du nombre de fusions a été de 2%. **Le GCS est dans donc l'outil privilégié** prôné par les ARH puis les ARS pour mener des actions de « coopération ».

[485] Direction générale de l'offre de soins (2012), *op. cit.*

2.2. Les réorganisations se traduisent différemment dans le secteur public et dans le secteur privé

Entre 2003 et 2007, l'évolution de l'activité des établissements publics et privés (lucratifs ou non) est quelque peu différente. Les transferts ou suppressions d'activités ont été proportionnellement plus importantes dans les établissements privés non lucratifs. Le développement de l'ambulatoire et la fusion partielle ou totale est plus importante pour les établissements privés à but lucratif. Les établissements publics déploient plus que les autres établissements des activités transversales. Il s'agit d'activités telles que la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs répondant aux plans nationaux de santé publique[486].

Aujourd'hui, le secteur privé est moins présent dans le paysage hospitalier, mais il s'est spécialisé dans le domaine de la chirurgie, en particulier ambulatoire. De plus, il est constitué principalement de gros établissements.

Les opérations de recomposition de l'offre de soins ne suivent **pas les mêmes logiques dans le secteur public que dans le secteur privé** (Haas et Vigneron, 2009)[487] : elles sont offensives, stratégiques, partenariales dans le secteur privé alors qu'elles sont plus progressives, plus lentes et plus contraintes dans le secteur public. Par exemple, les fusions entre cliniques privées sont plus rapides compte tenu des intérêts financiers des actionnaires alors qu'elles mettent de 7 à 10 ans à se réaliser entre établissements publics. Dans le privé, les fusions se font entre établissements « sains » qui acquièrent une capacité supérieure une fois fusionnés. Dans le public, les fusions sont défensives et entre établissements vulnérables : elles aboutissent très souvent à une baisse de la capacité en lits.

Les réformes successives ont abouti à des réorganisations de l'offre de soins qui se sont matérialisées par des fusions, des regroupements, etc.

[486] Cordier, *op. cit.*

[487] Haas, S., Vigneron, E. (2009). *10 ans de recompositions hospitalières en France*. Rapport DEXIA. Paris : Nouvelle Fabrique des Territoires.

La question à laquelle nous allons tenter maintenant de répondre est la suivante : la réorganisation hospitalière telle qu'elle a été menée a-t-elle contribué à l'atteinte des objectifs des réformes hospitalières ?

Section 3 : La contribution de la mise en œuvre de formes relationnelles à l'atteinte des objectifs des réformes : un bilan mitigé

Les actions de coopération sont considérées par les réformateurs comme un moyen de maîtriser les dépenses de santé et de fournir une offre de soins de qualité. Nous nous sommes penchés sur la contribution réelle de ces actions à l'atteinte des objectifs des réformes. Nous avons repris les principaux objectifs des réformes successives. Puis nous avons tenté de voir si les réorganisations hospitalières ont contribué à l'atteinte des objectifs des réformes.

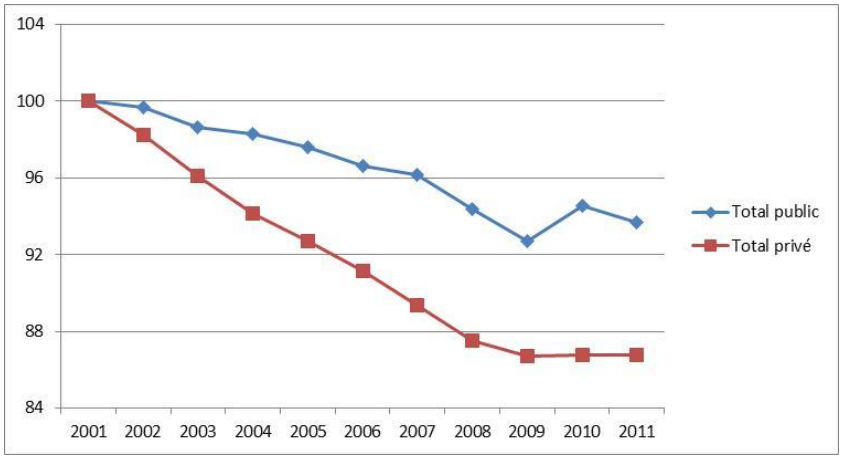
1. La rationalisation de l'offre de soins

Elle doit se traduire par une réduction des capacités (nombre de structures et nombre de lits), des économies d'échelle et une réduction des coûts.

1.1. La réduction du nombre d'établissements

De 1992 à 2011, le nombre total d'établissements va baisser de 21%. Un quart des établissements privés disparaissent contre 10% d'hôpitaux publics.

Figure 10 : Evolution du nombre d'établissements entre 2001 et 2011 – base 100 en 2001



Champ : France métropolitaine, données au 31 décembre.
Source : Drees, statistique annuelle des établissements de santé. – données recompilées par l'auteure.

La réduction du nombre d'établissements privés est 2 fois plus importante (-13%) que celle des structures publiques (-7%) jusqu'en 2008. Puis, la baisse se stabilise pour les établissements privés et se réduit à partir de 2009 pour les établissements publics.

Nous allons regarder ce qui s'est passé sur le plan des réorganisations. Dans le tableau ci-dessous, nous avons les opérations de recomposition des deux secteurs de 1995 à 2005.

Tableau 5 : Les opérations de recompositions en France entre 1995 et 2005

TYPES d'OPERATIONS DE RECOMPOSITION	Nombre d'opérations de recomposition	Répartition des établissements recomposés par statut		
		Privé Commercial	Privé non Lucratif	Public
Fermetures	199	85%	10%	4%
Conversion de la chirurgie	113	22%	26%	52%
Conversion de l'Obstétrique ou de la Médecine & de l'Obstétrique	126	57%	7%	35%
Conversion du court séjour	98	41%	33%	27%
Conversion de la Médecine	89	40%	26%	34%
Ensemble des conversions	426	41%	22%	37%
Extension d'activités de court-séjour	75	62%	14%	24%
Fusion privé/privé	85	82%	18%	0%
Fusion public/public et public/privé	73	8%	1%	91%
Ensemble des fusions	158	48%	10%	42%
Coopérations entre établ de tous statuts	40	31%	15%	55%
Redistribution d'activité entre plusieurs établ.	59	49%	6%	44%
Ensemble des coopérations	99	42%	10%	49%
Regroupement total sur site privé/privé	46	91%	9%	0%
Regroupement total sur site public/public ou public/privé	18	10%	10%	80%
Total des regroupements	64	70%	9%	21%
Autres	125	29%	20%	52%
Ensemble des opérations de recomposition	**1146**	**51%**	**14%**	**34%**

Sources : SAE, FINESS – Traitements NFT – Juillet 2007[488].

Les opérations de réorganisation se sont traduites par :

- des conversions d'activités (37%),
- des fermetures (17%),
- des fusions (14%).

Les opérations dîtes de coopérations ne totalisent que 9% des opérations de recompositions. Les fermetures d'établissements ont surtout touché le secteur privé (95%). Les fusions se répartissent dans les deux secteurs.

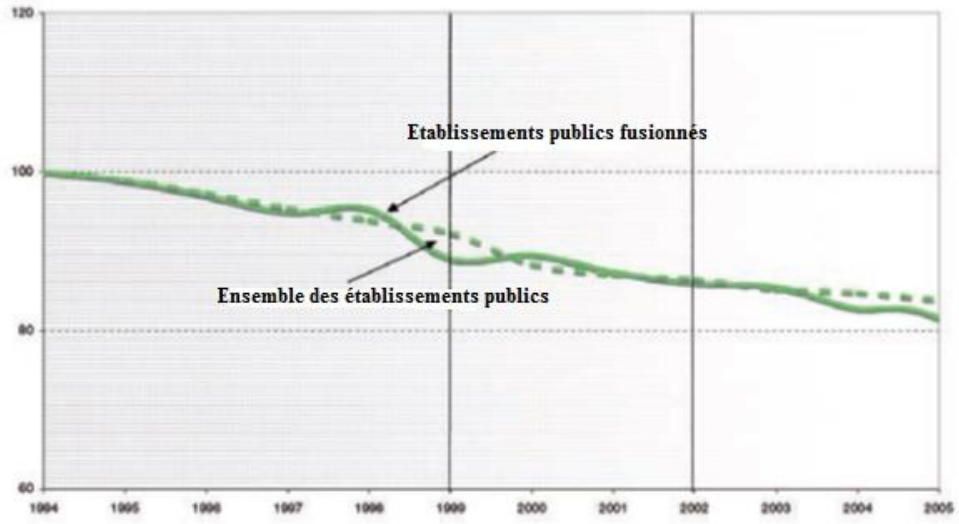
1.2. La réduction du nombre de lits

L'application des normes sur les seuils minimaux d'activité va provoquer des fermetures de services (maternités, chirurgie) et/ou de petites et moyennes structures (Clément, 2009[489] ; IRDES, 2010[490]) ainsi que des regroupements d'établissements.

[488] Haas et Vigneron (2009), *op. cit.*

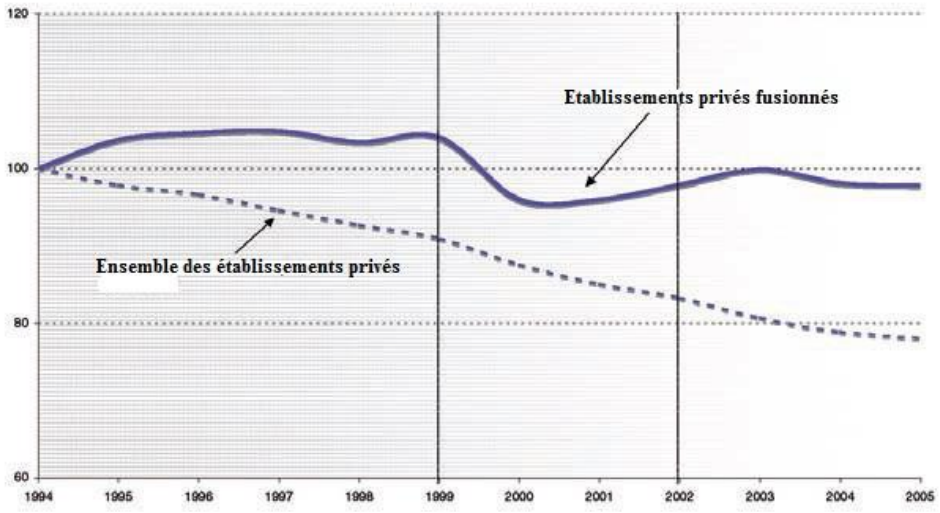
Sur le plan des réorganisations, les fusions ne vont **pas forcément** entrainer une baisse du nombre de lits. En effet, si la fusion des établissements publics entraine une baisse de la capacité en lits sur la période 1994 à 2005, il n'en a pas été de même pour la fusion des établissements privés.

Figure 11.a : Evolution des lits MCO des établissements publics fusionnés entre 1994 et 2005



Source : rapport Dexia (2009)[491]- base 100 en 1994.

Figure 11.b : Evolution des lits MCO des établissements privés fusionnés entre 1994 et 2005



Source : rapport Dexia (2009) – base 100 en 1994

[489] Clément, J.-M. (2009). La saga des réformes hospitalières. Revue générale de droit médical, 30, 159-173.
[490] IRDES (2010), op. cit.
[491] Haas et Vigneron (2009), op. cit.

Les ARH vont s'appuyer sur le décret relatif au centre périnatal de proximité[492] pour fermer des maternités. Les opérations menées par les ARH entre 1997 et 2008 se caractérisent par des suppressions d'autorisation d'activités de chirurgie et d'obstétrique consécutives à des fermetures, fusions ou regroupements.

La fermeture des maternités privées jusqu'alors majoritaires va être encouragée par le décret Dieneck en 1972[493]. Les cliniques vont aussi se « débarrasser » de cette activité jugée de moins en moins lucrative. Ces maternités se situent principalement dans des agglomérations urbaines contrairement aux maternités publiques qui, elles, sont dans les zones rurales (Baubeau, 1999)[494]. Le nombre de lits supprimés ne sera pas très élevé car les maternités concernées ne disposaient que de peu de lits. Dans les années 1980-1990, la fermeture des maternités se ralentit excepté pour les maternités privées. Le nombre de lits supprimés est beaucoup plus important en raison de la taille des maternités concernées. A partir de 2003, le nombre de maternités se stabilise même pour les maternités privées.

1.3. Les économies d'échelle et de coûts

Les autorités sanitaires ont misé sur les fusions, les regroupements de services ou de structures pour faire des économies d'échelle et de coûts. Certes, le regroupement de services logistiques, médicotechniques (blanchisserie, restauration, biochimie, etc.) - du fait d'une meilleure utilisation des capacités de production - entraîne des économies d'échelle et de coût. Toutefois, si la nouvelle organisation nécessite moins de personnels, ces derniers, s'ils ne partent pas à la retraite, doivent pouvoir être reclassés dans la structure. Cela peut prendre du temps et engendrer des coûts.

Par contre, les économies d'échelle et de coûts **restent à vérifier** pour les activités médicales, de diagnostic, activités cliniques et thérapeutiques. En effet, certaines spécialités requièrent un minimum de personnels.

---

[492] République Française (1998). Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatalogie. *Journal officiel* n°235 du 10 octobre 1998. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

[493] Décret qui fixe des normes en matière de locaux, de nombre de lits et de plateau technique.

[494] Baubeau, D. (1999). Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur longue période. *Etudes et Résultats*, DREES, 21.

Forcioli (2002)[495] - rapporteur pour le groupe d'Etude et de recherche sur les regroupements et fusions d'établissements publics de santé - précise dans son rapport que dans le cas d'un regroupement d'établissements tel qu'une fusion, il ne faut **pas compter faire beaucoup d'économie** au niveau du personnel administratif en particulier celui des services économiques. Car ils seront fortement sollicités pour mettre en œuvre la fusion. Le rapport de la Documentation française en 2009 écrit « *la fusion est une opération risquée : quelque soit le pays, il est illusoire d'attendre des économies d'échelle et des réductions importantes de coûts de fonctionnement, tout au plus permet elle (la fusion) une réorganisation de services avec une nouvelle répartition des portefeuilles d'activités ».* D'ailleurs, nous ne disposons pas d'éléments chiffrés prouvant la réduction des coûts totaux d'une fusion dont l'objectif est la concentration de moyens (Posnett, 1999)[496].

La fusion d'établissements crée **des grosses structures plus complexes à gérer** pouvant générer des coûts : existence de redondances, sur-dotation éventuelle en personnel. Des frais supplémentaires liés à l'intégration de personnels de statut différent, au renchérissement de la sécurité incendie, etc. Rault-Doumax (2005)[497] parle de surcoûts de fonctionnement dès lors qu'un établissement dispose d'au moins 300 lits d'hébergement en Médecine-Chirurgie-Obstétrique.

Enfin, la concentration de moyens et de personnels peut avoir **des effets pervers** : engorgement aux urgences, risque sanitaire (comme les infections nosocomiales). L'Espagne qui avait entrepris des concentrations d'établissements a été contrainte de les démanteler. Elles étaient devenues ingérables et provoquaient pour le coup des déséconomies d'échelle (Haas et Vigneron, 2008)[498].

1.4. Une offre de soins complète et non redondante sur le territoire

Chaque territoire doit offrir une gamme complète de soins et supprimer toute redondance. Les réformateurs ont envisagé des fermetures et/ou des regroupements de structures, mais

[495] Forcioli, P. (2002). *Rapport du groupe d'Etude et de recherche sur les regroupements et fusions d'établissements publics de Santé*. Paris : Fédération hospitalière de France.
[496] Posnett, J. (1999). Is Bigger Better ? Concentration in the Provision of Secondary Care. *British Medical Journal*, 319(7216), 1063-1065.
[497] Rault-Doumax (2005), op. cit.
[498] Haas, S., Vigneron, E. (2008). *Les villes moyennes et la santé*. Paris: la Documentation française.

aussi des conversions d'activités. Ainsi, afin d'éviter des doublons d'activités, il est envisagé de reconvertir certaines structures en établissements médico-sociaux prenant en charge des personnes âgées.

Or, selon un rapport de l'IGAS (Hesse et *al.*, 2011)[499], les conversions ont été plutôt intra-sanitaires, ou dirigées vers les personnes handicapées. Le rapport ajoute que de nombreux plans nationaux pour personnes âgées ont bénéficié de financements qui auraient entrainé plus de créations de nouvelles structures que de conversions.

D'autre part, selon le rapport de l'enquête « 10 ans de recompositions hospitalières »[500], la recomposition de l'offre ne s'est pas systématiquement effectuée dans les territoires concernés par des questions démographiques où dans des régions dans lesquelles des établissements étaient en difficultés.

2. La qualité et la sécurité des soins

Pour les réformateurs, la qualité et la sécurité des soins ne peuvent être effectives en dessous d'**un seuil minium d'activité**. Ce seuil sera mis en avant pour fermer des services (maternité et chirurgie) afin de garantir une qualité et une sécurité des soins.

Mais cet indicateur fait débat. Si nous nous référons à l'étude de Com-Ruelle et *al.* (2008)[501], la relation entre le nombre d'actes effectués et la qualité des soins n'a jamais été vérifiée. La relation dépend de la complexité et de la spécificité de l'activité, elle n'est donc pas linéaire. Il y aurait même un effet de seuil au-delà duquel l'augmentation de la qualité serait infime.

Par ailleurs, les seuils minimaux ont été proposés par des professionnels mais ils n'ont été validés par aucune étude scientifique d'après le groupe d'Etude et de recherche sur les regroupements et fusions d'établissements publics de Santé[502].

---

[499] Hesse, C., Maymil, V., Le Taillandier de Gabory, V. (2011). *Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociales.* Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris :IGAS.

[500] Haas et Vigneron (2009), *op. cit.*

[501] Com-Ruelle, L., Or, Z., Renaud, T. (2008). Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? Enseignements de la littérature. *Questions d'économie de la Santé*, 135.

[502] Forcioli, *op. cit.*

Les établissements les plus touchés par la contrainte du seuil minimum d'activité appartiennent au secteur privé[503]. Toutefois, concernant les services de maternité et de chirurgie, les normes (en termes d'équipements, de personnels et d'activité) et la circulaire du 5 mars de 2004[504] vont pénaliser autant le public que le privé. Le secteur privé ferme des établissements dans les grandes villes et regroupe les établissements. Dans le secteur public, les petits établissements – à l'instar des hôpitaux locaux - se reconvertissent en établissements de soins de suite ou s'adossent aux hôpitaux dits de référence.

Le seuil minimum d'activité aboutissant à des fermetures de services (principalement maternité et chirurgie) peut être pénalisant pour les villes moyennes et/ou isolées. En effet, les fermetures se font dans ces villes. Or, les villes moyennes, seules ou adossées à de grosses villes, desservent 172 territoires de santé (sur 276) et regroupent 60% de la population (Haas et Vigneron, 2008)[505]. L'Association des petites villes de France (2008)[506], dans son troisième livre blanc, défend la légitimité des petits hôpitaux, maillon indispensable à la permanence des soins. Pour l'association, il est reproché aux petits hôpitaux d'être très coûteux alors que c'est l'absence de coordination et de complémentarité qui explique les coûts structurels importants.

3. L'amélioration de la performance du système de santé

La performance généralement associée aux activités du secteur privé est assimilée à la rentabilité maximale des outils de production.

Dans le secteur public, il est question de performance dès la loi d'orientation relative aux lois de finances (LOLF) en 2001[507], puis elle est clairement inscrite dans la loi HPST (Sauvignat, 2012)[508]. Les pouvoirs publics ont indiqué dans les réformes que **la réorganisation hospitalière** par des actions de coopération **devrait améliorer la performance du système de santé**.

[503] Haas et Vigneron (2009), *op. cit.*
[504] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2004). Circulaire DHOS/O n°2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.
[505] Haas et Vigneron (2008), *op. cit.*
[506] Association des petites villes de France, *op. cit.*
[507] République Française (2001). Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[508] Sauvignat, P. (2012). Etablissements et services. A l'épreuve de la performance. *Direction(s)*, (95), 25-27.

Nous avons étudié le concept de performance (croisement de l'efficacité et de l'efficience) dans les unités de soins (Escaffre et Quidu, 2012)[509]. En se plaçant du côté du soignant, son degré d'efficacité peut correspondre à la variation de l'autonomie du patient et la forme et le volume de la dépendance à une mesure du degré de son efficience. Cependant, la performance du soignant ne correspondra pas forcément à celle du soigné. **La performance est donc propre à un acteur**.

Mais de quelle performance parle-t-on ? La performance est un thème largement étudié au niveau de l'hôpital mais qui soulève des questions par **son caractère multidimensionnel** et aussi parce que différents acteurs interviennent dans le champ de la santé. En effet, la performance peut être atteinte pour les ARS mais pas pour les patients, ou les professionnels de santé.

Zardet et *al.* (2011)[510] ont étudié la performance à l'hôpital. Au moyen d'une recherche-intervention, ils démontrent que si la coopération entre professionnels (source de conflits et de collaboration), est gérée à l'aide d'outils de management et de pilotage communs, elle contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

En ce qui concerne l'évaluation de la performance des réorganisations, elle risque d'être mesurée au regard des seuls objectifs des pouvoirs publics qui les ont inscrits dans les différentes réformes hospitalières depuis 1970 : **performance financière** (réduction des coûts et des dépenses), amélioration de la qualité des soins, attractivité, efficacité technique (seuil), optimisation des équipements. D'ailleurs, pour des auteurs comme Le Pogam et *al.* (2009)[511], la performance est essentiellement analysée sous l'angle de l'offre et peu sous celui de la demande. Même si l'ordonnance du 4 mars 2002[512] favorise les enquêtes de satisfaction des patients, il manque le critère de confiance du patient dans le cadre de réorganisations impliquant une fermeture, une fusion.

---

[509] Escaffre, J.-P., Quidu, F. (2012). Le concept de performance et les soins hospitaliers. *1er Congrès de l'Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé* (ARAMOS). Paris, 23 novembre.

[510] Zardet, V., Fièr, D., Savall, H., Petit, R. (2011). Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. *Journal d'Economie Médicale*, 29(6-7), 277-293.

[511] Le Pogam, M.-A., Luangsay-Catelin, C., Notebaert, J.-F. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, 25(5), 116.

[512] République Française (2002). Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, *op. cit.*

Triki (2010)[513], dans sa revue de littérature sur la mesure de la performance des joint-ventures, met en évidence le nombre important d'études sur la performance des alliances stratégiques et note aussi **l'absence de consensus sur les critères de sa mesure**. Le seul consensus étant que la performance ne peut se mesurer au moyen d'un seul critère.

Dumoulin et *al.* (2000)[514] qui étudient la performance d'un réseau d'alliances dans le domaine logistique pointe l'**absence de mesure universelle** de la performance. La performance qu'il mesure est évaluée principalement sur le plan économique (réduction des coûts et qualité du service).

Blanchot (2006)[515] propose quatre mesures de la performance : celle concernant l'objet de l'alliance, celle des partenaires, celle de la relation et enfin des indicateurs composites. Il considère aussi que la performance est liée au profil des partenaires et à l'interaction entre les individus impliqués dans l'alliance.

Une difficulté dans la mesure de la performance associée à une collaboration entre établissements est pour Triki (*cf. supra*) de définir l'objet de la mesure : allons-nous évaluer la performance globale issue de la réorganisation ? Ou bien la performance de chaque établissement engagé dans un processus de coopération ? En effet, la performance globale peut être effective mais au détriment d'un des établissements.

<u>Des questions restent en suspens</u> : comment évaluer une performance lorsque la réorganisation induit la production d'un bien qui n'existait pas avant (Hirtzlin, 1999)[516] ? Comment mesurer une performance suite à une reconversion des activités de MCO en Soins de suite et de réadaptation (SSR) ? Comment mesurer le bénéfice d'une transformation ou d'une spécialisation d'activités ?

[513] Triki, D. (2010). La question controversée de la performance dans les joint ventures internationales : Une revue de la littérature. *Colloque Franco-Tchèque*, Juin, France.
[514] Dumoulin, R., Meschi, P.-X., Uhlig, T. (2000). Management, contrôle et performance des réseaux d'entreprises : étude empirique de 55 réseaux d'alliances. *Finance Contrôle Stratégie*, 3(2), 81 - 112.
[515] Blanchot, F. (2006). Alliances et performances: Un essai de synthèse. *Cahiers de recherche CREPA/ DRM*, 1(22). Université Paris Dauphine.
[516] Hirtzlin, *op. cit.*

Finalement, la mesure de la performance pourrait faire l'objet d'un travail à part en entière. Comme il ne constitue pas le sujet de la thèse présentée ici, nous ne nous attarderons pas plus longuement sur la question.

4. Le pôle de santé public-privé

L'ordonnance de 1996 met à disposition des établissements publics et privés un outil, le GCS, s'ils désirent mener une action commune.

Bien que fortement incitées par les ARH puis les ARS, les relations publiques-privées vont tarder à se mettre en place[517]. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer :

- **l'inadéquation des outils** : le GCS, principal outil de ce type de relation, sera modifié pas moins de cinq fois (en 1999, en 2002 et 2003 puis en 2009 et 2011) ;

- **la différence de « culture »** : Il est clair qu'il n'est pas naturel que des concurrents deviennent des partenaires sauf dans le cas d'une alliance contre un tiers. L'hôpital a une histoire qui est liée à celle de la ville dans laquelle il est implanté. La clinique est l'aboutissement d'une entreprise individuelle (Rault-Doumax, 2005)[518]. La logique de service public s'oppose à celle de la rentabilité du privé. Le secteur privé fonctionne sur du court terme. Pour l'auteur, les cliniques se développent par la concurrence. Les patients des cliniques choisissent leur médecin, et les structures cherchent avant tout à valoriser les unités de production comme le bloc opératoire. Les types de prises en charge sont différentes : la clinique se concentre sur des opérations programmées et accueille la plupart du temps une population aisée contrairement à l'hôpital public. De plus, les réseaux qui gravitent autour des cliniques n'enverront pas leurs patients à l'hôpital. Enfin, les outils de gestion, tels que la comptabilité, la fiscalité, sont différents.

- La co-utilisation d'installations ou d'équipements lourds entre partenaires publics (les médecins hospitaliers) et privés (les médecins libéraux) ne sont pas satisfaisantes. En effet, les médecins libéraux ne sont pas attirés par cette collaboration en raison de leur statut de vacataires qui s'avère peu attractif.

[517] Cour des comptes (2008), *op. cit.*
[518] Rault-Doumax, *op. cit.*

- **la répartition inégalitaire des coûts et des charges** dans la relation, le changement de tactique du partenaire. Sur le plan financier, il s'avère[519] que c'est l'hôpital qui assume la plus grande part des coûts, des charges et des risques et qui ne bénéficie pas forcément d'un partage équitable des activités et des retombées. Enfin, une fois le partenariat lancé, se pose la question du statut et de la rémunération des agents. Les différentes réformes favorisant ce mode de coopération ne mentionnent pas les questions statutaires (à commencer par les ordonnances de 1996).
- **la répartition des activités** entre le public et le privé. Dans le cadre de la mise en place d'un pôle de santé, le secteur privé récupère dans la grande majorité des cas, la chirurgie, activité à forte valeur ajoutée et rémunératrice.

Les partenariats public-privé peuvent rencontrer des difficultés à tous les stades de leur constitution. En effet, l'hôpital n'est pas à l'abri d'un changement de tactique de la clinique. Par exemple, dès qu'elle obtient une autorisation d'équipements lourds, elle a tendance à dénoncer l'accord de coopération. Autre cas de figure : la clinique peut être rachetée et donc changer de propriétaire et de stratégie. Ce fût le cas de la clinique de Rochefort rachetée par le groupe Kapa alors qu'un GCS était en train de se mettre en place avec l'hôpital[520].

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons décrit le cadre dans lequel nous allons analyser les relations entre organisations à savoir le secteur hospitalier.

Le paysage hospitalier français se compose de trois catégories d'établissements ayant des statuts et des objectifs propres. Il va être quelque peu bouleversé par des réformes qui vont mettre à mal leur autonomie en prônant la coopération pour maîtriser les dépenses de

[519] Cour des comptes. (2011). Chapitre IX: Les coopérations hospitalières. Dans Cour des comptes (Éd.), *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale* (pp. 259-286).
[520] Pasteau, S. (2008). *Un nouvel hôpital à Rochefort: la première pierre d'un pôle de santé public-privé ?* (Mémoire de directeur d'hôpital). Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes.

santé, proposer une offre de soins complète, de qualité et non redondante sur tout le territoire.

Les établissements disposent de nombreux instruments juridiques pour concrétiser des actions de coopération. Cependant, les réformes ont abouti à une **juxtaposition de modalités de coopération parfois redondantes, voire en contradiction sur leurs logiques**. Par exemple, l'ordonnance du 24 avril 1996 prône les communautés d'établissements et les réseaux. Or, ces derniers répondent à une logique de pratique et de qualité des soins alors que les communautés d'établissement suivent une logique de moyens et de rationalisation (Chauvin et *al.*, 1998)[521].

Autre exemple, les établissements publics inter-hospitaliers, une des mesures de la loi du 27 juillet 1999, sont redondants avec les syndicats inter-hospitaliers qui peuvent assurer des missions de soins. Enfin, la loi HPST crée les communautés hospitalières de territoire très similaires aux fédérations médicales inter-hospitalières et aux communautés d'établissements de santé alors que ces dernières n'ont été guère mises en pratique. Jaffre (2009)[522] affirme que les outils précédemment cités ont les mêmes objectifs que les SIH et les GIH des réformes antérieures. Enfin, les réformateurs ont encouragé fortement des relations publiques-privées (matérialisées par des GCS) pour revenir vers des stratégies de groupes unissant que des organisations publiques avec l'introduction des Communautés hospitalières de territoires en 2009.

Les réformateurs n'ont **pas bien analysé la faible adhésion** des établissements aux actions de coopérations. Et comme le soulignait déjà Piovesan[523] en 2003, ils ont pensé que les acteurs hospitaliers n'étaient pas satisfaits des outils juridiques proposés et c'est ainsi que les législateurs n'ont eu de cesse de proposer de nouveaux outils.

Les relations volontaristes, jusqu'à la fin des années 1990, seront plus contraignantes après. Les autorisations d'équipements lourds ou de soins seront assujetties à une action de coopération. Le groupement de coopération sanitaire devient à partir de 1996 l'outil de

[521] Chauvin, F., Farsi, F., Ray-Coquard, I., Philip, T. (1998). Réseaux et filières. *Actualité et dossier en santé publique*, (25), 40-46.
[522] Jaffre, D. (2009). La coopération inter-hospitalière au bout de 40 ans: un constat en demi-teinte. *Objectif soins*, 181, 14-17.
[523] Piovesan, *op. cit.*

coopération privilégié par les agences régionales de l'hospitalisation mais son utilisation reste accessoire jusqu'en 2007.

Enfin, les relations qui se sont concrétisées sur le terrain n'ont **pas complétement répondu** aux exigences des réformes tout au moins au regard des informations dont nous disposons. Si celles-ci ont abouti à une baisse globale du nombre d'établissements et de lits, les opérations ne se sont pas forcément déroulées dans les régions ou territoires qui étaient *a priori* les plus concernées. De plus, le mouvement massif de fusions a parfois entraîné des déséconomies d'échelle et une augmentation des coûts. L'amélioration de la performance relative à des actions de coopération semble particulièrement difficile à évaluer. Enfin, les pôles de santé public-privé sensés apporter une offre de soins complète, de qualité et non redondante tendent à favoriser le partenaire privé (coûts plus faibles, activité plus lucrative pour le privé, etc.).

Dans les deux chapitres qui vont suivre, nous reprenons notre démarche. A l'issue de notre première partie, nous avions décidé de changer de paradigme en raison de l'incomplétude des théories des organisations à expliquer les relations et en l'absence de théorie globale. C'est ainsi que nous avons décidé d'analyser les relations directement à partir des cas observés dans le secteur hospitalier.

Toutefois, comme étape préalable, nous envisageons de créer un corpus *a priori* de configurations de relations intégrant toutes les caractéristiques d'une relation. Nous pourrons ainsi tester la robustesse de notre base de données en la confrontant aux configurations de relations de notre corpus. En effet, notre base sera d'autant plus robuste que nous pourrons faire correspondre les formes relationnelles que nous observons à des configurations « théoriques » présentes dans notre corpus.

Les chapitres 3 et 4, consacrés à la création de ce corpus *a priori* de configurations de relations, n'apportent pas de résultats sur l'analyse des accords dans le secteur hospitalier.

Le chapitre 3 décrit la démarche entreprise pour sélectionner des critères constitutifs d'une relation entre organisations après avoir défini ce que nous entendions par « relations entre

organisations ». Nous explicitons dans ce chapitre la manière dont nous avons sélectionné et défini les critères caractéristiques d'une relation.

Le chapitre 4 est consacré à la construction du corpus à partir de l'ensemble des critères retenus à l'étape précédente.

Chapitre 3 : Les paramètres à prendre en considération pour définir une relation entre organisations

Nous avons donc décidé de construire un corpus *a priori* de configurations de relations. Il doit donc contenir toutes les formes relationnelles potentiellement observables dans des domaines aussi variés que le secteur industriel et le milieu hospitalier.

Pour construire ce corpus, nous nous sommes appuyés sur la revue de littérature que nous avons effectuée dans la première partie. A cette occasion, nous avons pu noter que plusieurs articles traitant d'un rapprochement entre organisations abordent un ou plusieurs pans d'une relation comme par exemple la durée ou bien la taille des partenaires sans pour autant décrire tout le processus et/ou toutes les caractéristiques d'une relation. En effet, nous n'avons pas trouvé d'articles décrivant totalement une relation. Toutefois, nous avons pu extraire de l'ensemble des articles de notre revue de littérature les principaux éléments représentatifs d'une relation entre organisations.

Au préalable, nous devons bien définir, avant de les caractériser, ce que nous entendons par « relations entre organisations ». C'est l'objet de **la section 1**.

La section 2 est consacrée à la description des critères que nous avons retenu pour caractériser une forme relationnelle qu'elle soit formelle ou informelle. Mais, au-delà d'une définition apportée à chaque critère retenu, nous justifierons le choix et la manière dont nous avons sélectionné les différents éléments participant à l'élaboration de ce corpus.

Section 1 : La définition de l'organisation : un pari difficile dans le cadre de l'analyse de relations

Les articles que nous avons consultés dans le cadre de notre première partie et qui traitent des relations inter-organisationnelles, soit ne définissent pas l'organisation, soit le font de manière imprécise. C'est le trait distinctif de la **complexité de l'objet organisation**. Il n'y a donc pas de consensus sur la définition. Il est vrai que l'organisation est abordée dans diverses disciplines apportant chacune une définition. Face à cette multitude de définitions,

il arrive que les auteurs qui traitent de l'organisation ne la définissent même pas (Rojot, 2005)[524].

Ayant à l'esprit ce qui vient d'être énoncé plus haut, nous avons tout même parcouru les différentes définitions données à l'organisation avant de nous prononcer sur la question.

L'approche théorique des organisations, ou devrions nous dire les approches théoriques des organisations, sont nombreuses : approches économiques, cognitives, mécanistes, culturelles, par les contingences, l'approche sociologique, etc. Toutes ces approches ne semblent pas contradictoires mais elles traduisent la complexité de l'objet « organisation ».

1. Les différentes représentations de l'organisation[525]

Nous constatons après avoir parcouru la littérature sur le sujet, qu'il n'y a **pas de consensus sur la définition de l'organisation**. Les visions de l'organisation correspondent aux influences des divers courants théoriques.

1.1. Une prise en compte progressive de la notion de l'organisation

Les différentes écoles de pensées (classique, relations humaines, sociologique, économique, etc.) donnent chacune une définition de l'organisation. Chaque école s'appuie sur les limites des écoles précédentes sans toutefois remettre fondamentalement en cause les postulats de ces dernières. Nous allons rapidement les passer en revue sans revenir sur l'Ecole économique que nous avons déjà étudiée - dans le chapitre 1 de la première partie de notre recherche - lorsque nous avons traité de la théorie des coûts de transaction et de la théorie de l'agence.

Pour l'Ecole classique, l'entreprise - car la notion d'organisation n'existe pas - est avant tout industrielle et les individus un outil de production. Le concept de la division technique et administrative du travail est le fondement de cette école. Les conditions de travail et en particulier la spécialisation sont le seul gage de productivité pour l'entreprise. Tenant peu compte des facteurs humains, l'Ecole classique fait **abstraction des relations** entre les

[524] Rojot, J. (2005). *Théorie des organisations*. Paris : Eska.
[525] La synthèse se base en autre sur le livre de Aim (2014), des écrits de Rouleau (2007), et de Charreaux et Pitol-Belin (1992).

individus et l'entreprise ainsi que celles de l'entreprise avec son environnement. Pour Fayol (1999)[526], l'un des auteurs majeurs de cette Ecole classique, l'entreprise est un ensemble de fonctions. Les relations se limitent à des ordres donnés par le supérieur à l'employé afin qu'il accomplisse correctement une tâche définie.

Le lien entre l'individu et l'organisation est effectué par les tenants de l'Ecole des relations humaines qui, tout en s'appuyant sur les mêmes postulats que l'Ecole classique, placent **l'individu au centre de l'organisation** en étudiant son comportement et ses besoins. L'individu est perçu non seulement comme un membre à part entière de l'entreprise mais aussi comme appartenant à un groupe. Toutefois, l'individu reste un être passif, réagissant à des stimuli. De plus, l'Ecole des relations humaines fait abstraction de comportements individuels tels que le conflit et n'évoque pas l'influence éventuelle de facteurs externes sur les comportements. Elle reste donc très proche de l'Ecole classique (Burlaud et *al.*, 2007)[527]. Enfin, L'Ecole des relations humaines n'étudie pas d'autres structures que l'entreprise, ce qui limite sa portée générale.

L'Ecole néo-classique est une synthèse de l'Ecole classique et de celle des relations humaines. Elle est jugée trop empirique car axée essentiellement sur des études de cas.

Dans les années 1960, les analyses organisationnelles prennent en compte le concept de l'environnement. Les organisations ne sont plus perçues comme des systèmes fermés mais comme des systèmes ouverts sur leur environnement. Cette prise en compte de l'environnement va déboucher sur les approches par les contingences. Pour les tenants de ces approches, l'environnement va influencer les structures et les processus internes produisant non pas un mais plusieurs modèles d'organisations. Les facteurs de contingence qui contraignent l'organisation ne se limiteront pas à l'environnement. Par exemple, le système de production apparaîtra comme un facteur de contingence pour Woodward (1980)[528]. La typologie empirique des organisations dressée par Mintzberg (2003)[529] tiendra

[526] Fayol, H. (1999). *Administration industrielle et générale* (2e édition). Paris : Dunod.
[527] Burlaud, A., Soutenan, J.-F., Farcet, P. Messonnet, O. (2007). *Management – DCG7 – Manuel et applications* (4ème édition). Vanves : Foucher.
[528] Woodward, J. (1980). *Industrial organization: theory and practice* (2d Edition). New York: Oxford University Press.
[529] Mintzberg, H. (2003). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Edition d'Organisation.

compte de quatre facteurs de contingence à savoir l'ancienneté/la dimension, le processus, l'environnement de l'organisation et enfin le pouvoir.

L'approche systémique, quant à elle, considère l'organisation comme **un ensemble d'interactions** qui forme système. Ce dernier peut agir sur son environnement contrairement à l'approche par les contingences.

Quant à l'approche par la structure, elle se distingue de l'approche économique fondée sur l'arbitrage entre différents modes de gouvernance. L'organisation est en effet une structure composée d'activités élémentaires qu'il faut expliciter et coordonner. Avec Mintzberg (*cf. supra*), l'approche de l'organisation devient globale.

Concernant le champ hospitalier, qui sera le cadre empirique de notre travail, l'hôpital est considéré par de nombreux auteurs comme une organisation professionnelle. Pour Glouberman et Mintzberg (2001)[530], l'hôpital regroupe plusieurs catégories d'acteurs aux logiques différentes. D'un côté, nous avons des acteurs qui s'occupent des patients (les médecins, les soignants et les paramédicaux), les premiers ayant du pouvoir et de l'autonomie mais pas les deux autres professionnels. De l'autre, nous avons des acteurs éloignés du patient (gestionnaires, acteurs externes (financeurs et autres)). Tous ces acteurs concourent au même objectif mais dans des sphères différentes[531].

Les autres approches de la contingence organisationnelle sont : la théorie de la dépendance des ressources, l'écologie des populations et la théorie institutionnelle[532].

1.2. Le tournant : l'organisation comme système de relations entre individus

Dans les années 1980 et 1990, la vision de l'organisation se modifie : **elle se compose de relations entre individus** qui occupent une place plus importante que dans les approches classiques. Les relations entre individus sont abordées différemment selon la discipline mobilisée.

[530] Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56–69; discussion 87–89.
[531] Nous avons étudié l'organisation hospitalière en détail au premier chapitre de notre première partie.
[532] Nous les avons abordées dans le chapitre 1 de la première partie de notre travail.

L'approche sociologique française des organisations et en particulier l'analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 2014)[533] considère **l'individu comme un acteur** qui va agir avec d'autres dans le cadre d'objectifs collectifs. Et, le résultat de leur action aboutira à une organisation. Les individus vont développer des stratégies pour lutter contre les incertitudes de leur environnement. De plus, les individus vont établir des relations entre eux. L'organisation est à la fois une structure et un fonctionnement. **Ce sont les conduites des individus qui vont générer l'organisation**. L'approche stratégique pallie les limites attribuées à l'approche de Mintzberg qui néglige les potentialités des acteurs à construire et à faire évoluer les structures (Amblard, 2005) [534]. Toutefois, l'approche sociologique néglige les interactions possibles avec l'environnement et réduit les relations à celles qui se produisent entre les membres de l'organisation (Burlaud et *al.*, 2007)[535].

Finalement, ces approches ne constituent pas une rupture avec les approches classiques. A l'aube du 21ème siècle, l'individu est toujours perçu comme un moyen d'acquérir un avantage concurrentiel dans un univers d'innovation et de changement. Même si, les approches contemporaines des années 2000, qualifiées d'avant-gardistes par Rouleau (2007)[536], se concentrent plutôt sur la recherche de la compréhension de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisation que sur la recherche de la performance sans toutefois évacuer cet objectif.

En résumé, l'organisation est perçue soit comme un mode de gouvernance, de coordination des activités soit comme un système coopératif. Dans le premier cas, il s'agit de mettre en place ou de choisir le système ou la structure qui permettra de coordonner tous les éléments de l'organisation pour atteindre l'objectif. Dans le second cas, l'organisation est un système social résultant de l'interaction entre individus pour atteindre certains buts (Charreaux et Pitol-Belin, 1992)[537]. Dans une perspective proche, l'organisation est le résultat de l'action d'individus qui combinent leurs efforts pour la réalisation d'un projet commun. Par exemple,

[533] Crozier, M., Friedberg, E. (2014). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.
[534] Amblard, H. (2005). Les nouvelles approches sociologiques des organisations (3ème édition). Paris: Seuil.
[535] Burlaud et *al.*, *op. cit.*
[536] Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations: approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
[537] Charreaux, G., Pitol-Belin, J.-P. (1992). Les théories des organisations. Consulté de : http://gerard.charreaux.pagesperso-orange.fr.

Ménard (2012)[538] définit l'organisation comme un « *arrangement conscient* » découlant de la volonté des acteurs de coordonner leurs actions pour un objectif « spécifique ».

2. Le choix d'une approche de l'organisation et ses implications pour notre travail de recherche

Nous venons de voir que l'organisation peut être appréhendée sous plusieurs angles. En effet, elle peut être assimilée à une action celle d'organiser c'est-à-dire d'utiliser au mieux les ressources pour atteindre un objectif donné en mettant en interaction toutes les composantes du système. Mais elle peut être aussi définie comme le résultat de la relation entre des êtres humains pour réaliser un projet commun. Dans ce cas précis, nous aboutissons à des organisations (au sens de collectifs de personnes) et non plus à une seule organisation.

2.1. Notre point de vue sur les différentes définitions

Nous pensons que les auteurs qui parlent d'organisation comme d'un mode de coordination, une structure, sont plutôt sur le registre d'une formalisation de l'objet organisation plus que sur sa définition. Ils étudient en fait la configuration structurelle de l'organisation intégrant en autre selon Fulconis (2002)[539] des éléments d'infrastructure et des styles de gestion.

De notre point de vue, **une organisation n'existe pas en soi**. Elle doit être créée. En effet, si nous prenons l'exemple de l'hôpital, celui-ci n'a pas toujours existé. Il est apparu dés lors que des relations se sont nouées entre groupes humains. L'entité « hôpital » n'est que la formalisation d'un ensemble de relations entre groupes humains. Ce sont les relations nouées entre individus qui ont vocation à produire un objet ou un service. Les groupes se régulent pour mener ensemble une mission et c'est ce qui forme l'organisation. En effet, l'organisation va remplir une mission. Par mission, nous entendons que l'organisation a une charge qui lui a été confiée. Par exemple, l'organisation connue sous le nom d' « établissement hospitalier » a la mission de soigner les gens. A l'instar d'un « établissement scolaire » qui a pour mission d'instruire, de former et d'éduquer les jeunes.

[538] Ménard, C. (2012). *L'économie des organisations*. Paris: la Découverte.
[539] Fulconis, F. (2002). Les structures en réseau : archétype de design organisationnel pour de nouvelles formes de coordination interentreprises. *3ème Colloque International GREFIGE*, Nancy.

2.2. Une approche de l'organisation en termes de relations entre groupes humains

Notre approche de l'organisation va **s'éloigner de celle de l'Ecole classique** et en particulier de celle de Fayol. En effet, sa vision, qui fait de l'autorité le seul mécanisme de coordination interne, est réductrice de la conduite des organisations contemporaines (Ghertman, 2006)[540]. De plus, toute forme organisationnelle peut ou pas perdurer. Elle s'adapte aux turbulences tant internes qu'externes. C'est pourquoi, au regard de ce que nous livrent les différentes écoles, et des constats précédents, nous penchons pour **une approche plus contemporaine de l'organisation et assimilée à des relations entre groupes humains**.

Par groupe, nous pensons à un ensemble de personnes qui se donnent une mission commune. Les membres du groupe interagissent et se coordonnent pour mener ensemble une action. Nous empruntons à la définition fournie par Tarondeau et Hutin (2006)[541], l'idée que le groupe est « *directement observable* ».

Nous nous rapprochons de la définition de l'organisation de Cohendet et Diani (2003)[542] quand ils comparent les organisations à des « *assemblages de communautés qui interagissent entre elles* …». En effet, l'organisation peut tout aussi bien s'apparenter aux communautés - qualifiées par les auteurs - d'épistémiques qu'aux communautés de pratiques. En effet, à l'instar des communautés épistémiques, les individus d'un groupe peuvent nouer des relations qui sont régies par des règles ou un code de conduite qui permettent de réaliser un objectif. C'est le cas d'un groupe de musiciens amateurs. Les membres du groupe ne se côtoient pas forcément en dehors de l'action à mener, leurs relations sont donc épisodiques. C'est aussi le cas des gendarmes, des sapeurs-pompiers, et autres professionnels qui nouent des relations principalement dans les situations d'urgence[543]. Nous pouvons aussi prendre comme exemple un groupe de résistants dans un contexte d'occupation du territoire par un ennemi. Nous sommes là en présence de groupes hétérogènes d'individus.

---

[540] Ghertman, M. (2006). Oliver Williamson et la théorie des coûts de transaction. *Revue française de gestion*, 160, 191-213.

[541] Tarondeau, J.-C., Huttin, C. (2006). Groupe. Dans J.-C. Tarondeau, et C. Huttin (Éds.), *Dictionnaire de stratégie d'entreprise* (pp. 104-105), 2ème édition. Paris: Vuibert.

[542] Cohendet, P., Diani, M. (2003). L'organisation comme une communauté de communautés croyances collectives et culture d'entreprise. *Revue d'économie politique*, 113(5), 697.

[543] Exemple cité par les auteurs en s'inspirant de Mintzberg.

D'un autre côté, l'organisation peut rassembler des individus qui s'échangent des pratiques, des savoir-faire à l'instar des communautés de pratiques. Ce groupe homogène d'individus entretient des relations régulières. Nous pouvons imaginer un groupe de praticiens au sein d'un hôpital.
Par contre, contrairement aux auteurs, nous n'excluons pas les groupes formés d'individus placés sous une autorité hiérarchique. En effet, le cas des musiciens amateurs est un bon exemple, un orchestre est composé de musiciens mais aussi d'un chef d'orchestre qui a une relation d'autorité sur les musiciens.

Dans le secteur hospitalier, nous avons une multitude d'acteurs homogènes ou hétérogènes en lien hiérarchique ou non avec d'autres acteurs internes mais aussi externes. Les décisions stratégiques vont donc émerger des relations entre les groupes d'acteurs dont beaucoup détiennent un certain pouvoir à l'instar des différentes directions de la structure hospitalière mais aussi des autorités sanitaires.

Finalement, nous assimilons l'organisation à l'**ensemble des relations (hiérarchiques ou non) entre groupes humains**. En cela, nous nous rapprochons de l'approche stratégique de Crozier et Friedberg (2014)[544] et de celle envisageant l'organisation comme une communauté de communautés à l'instar de Cohendet et Diani (2003)[545].

Pour compléter notre approche de l'organisation, nous l'envisageons comme un ensemble de relations entre groupes humains pour mener une **action coordonnée**. Nous ne parlons pas de mission commune mais d'action coordonnée qui correspond à un cadre plus restreint. En effet, les groupes en relation peuvent avoir une mission qui leur est propre tout en se coordonnant sur une action spécifique. C'est le cas, dans le champ hospitalier, pour les partenariats public-privé, c'est-à-dire par exemple, entre une équipe hospitalière et une équipe de médecins exerçant dans une clinique. Les deux équipes peuvent nouer des relations pour partager un équipement lourd. L'hôpital achète l'équipement et la clinique rembourse à ce dernier l'utilisation par ses médecins de l'appareil. Toutefois, les deux

[544] Crozier et Friedberg, *op. cit.*
[545] Cohendet et Diani, *op. cit.*

équipes ne partagent que l'appareil via des plages horaires dédiées. Et les équipes continuent de soigner, chacune de leur côté, leur patientèle.

Cette approche de l'organisation en terme de « *relations entre groupes humains pour mener une action coordonnée* » nous paraît cohérente quelque soit le champ d'observation et en particulier celui du monde hospitalier. C'est ainsi que dans la suite de travail, **nous ne parlerons plus de relations entre organisations mais de relations entre groupes d'individus**.

Maintenant, nous pouvons poursuivre notre démarche par l'élaboration d'un corpus a priori de configurations de relations. Nous allons décrire et justifier les critères que nous retenons pour définir tout type de relations entre groupes d'individus.

Section 2 : Le mode de sélection et la caractérisation des paramètres retenus

Notre approche de l'organisation - en tant que relations entre groupes d'individus - nous amène à caractériser la notion de « groupes » et de « relation entre ». Dans la section précédente, nous avions commencé à définir ce que nous entendions par « groupe ». Nous allons compléter la définition de ce terme et dire quelque mots sur la notion de « relation entre ».

1. Des éléments complémentaires sur la notion de « relation entre » et de « groupes ».

Nous retrouvons dans la littérature la notion de relation sous la terminologie de relation industrielle ou professionnelle, ou bien sociale ou publique (Rojot, 1997[546], Amadieu, 1999[547]). Selon ces auteurs, il s'agit de l'étude des rapports, des liens, entre différentes personnes ou groupes d'individus. Toutefois, faute d'apports théoriques unifiés, les définitions relatives aux relations sont nombreuses.

Nous retenons la proposition du **lien entre plusieurs personnes ou groupes** que nous allons définir.

[546] Rojot, J. (1997). Relations industrielles. Dans Y. Simon et P. Joffre (Éds.), *Encyclopédie de gestion* (2ème édition) (pp. 2865-2885). Paris : Economica.

[547] Amadieu, J.-F. (1999). Relations professionnelles. Dans R. Le Duff (Éd.), *Encyclopédie de la gestion et du management : E.G.M.* (pp. 1056-1057). Paris : Dalloz.

Repartons de l'individu. Tout individu (ou groupe) a un objectif. Si l'environnement du groupe est indifférent à l'action de ce dernier et si les moyens du groupe sont suffisants, alors le groupe agira seul et en toute liberté. Par contre, si les moyens du groupe sont insuffisants pour agir seul, le groupe devra chercher des moyens auprès des autres groupes présents dans son environnement. Ainsi, pour accroître son autonomie, le groupe va se mettre en état de dépendance (Escaffre, 2008)[548]. Cependant, la volonté pour le groupe d'accroître son autonomie par une dépendance aux autres groupes va provoquer chez ces derniers des réactions positives ou négatives. Dans le premier cas, le groupe envisagera des formes relationnelles à l'instar du réseau, ou de la coopération, par exemple. Par contre, face aux réactions négatives, le groupe adoptera d'autres comportements, comme par exemple, la confrontation ou la soumission. Ainsi, l'étude des relations entre groupes d'individus revient à analyser **la dépendance d'un groupe à la réaction positive ou négative des groupes environnants**.

Venons en maintenant à la notion de « groupe ». Si la relation n'est pas imposée de l'extérieur, elle sera menée par un ou plusieurs individus. Dans le cas où les acteurs sont plusieurs, nous parlerons de « groupe », terme employé par Montbrial (de) (2000)[549] pour désigner un ensemble constitué d'un petit nombre de personnes qui peuvent apprendre à se connaître aisément. Cette définition nous convient bien dans la mesure où, dans les relations que nous étudions, le nombre de personnes dans le groupe ne dépasse que très rarement trois personnes.

La prochaine étape va consister à identifier des critères caractérisant un groupe et son positionnement par rapport à son ou ses partenaires. Et, pour être le plus complet possible, nous ajouterons, à la liste précédente, des critères sur la forme de l'accord, son contenu ainsi que sur l'issue de la relation.

[548] Escaffre (2008), *op. cit.*
[549] Montbrial (de), T. (2000). Stratégie. Dans T. de Montbrial et J. Klein (Éds.), *Dictionnaire de stratégie* (pp. 527-542). Paris : P.U.F.

2. Les différents modes de sélection des critères pour décrire des relations entre groupes d'individus

Les caractéristiques sélectionnées pour définir une relation entre groupes d'individus ne sont pas propres à notre champ d'investigation à savoir le secteur hospitalier. En effet, le corpus *a priori* de configurations de relations que nous destinons à l'analyse des relations dans le secteur hospitalier doit pouvoir servir à un travail analogue pour un autre secteur.

Nous nous sommes principalement, mais pas uniquement, appuyés sur la revue de littérature que nous avons effectuée dans la première partie de notre travail. La revue de littérature sur la description d'accords tels que la filière, le réseau, l'alliance nous apporte quelques éléments de caractérisation à prendre en considération. Chaque type d'accord, même succinctement décrit, nous apporte des informations sur le nombre de partenaires, le rapport entre les groupes en relation, etc. Ainsi, nous pouvons reprendre tels quels des critères à partir de la simple lecture d'articles.

Toutefois, cette source d'information s'est révélée insuffisante dans la mesure où les principaux écrits sur les relations portent plutôt sur la genèse de la relation que sur le type d'accord et les modalités de sa mise en œuvre. Nous avons dû penser aux associations possibles de critères dont certains étaient absents des articles parcourus. Par exemple, la mise en commun d'équipement ou la réalisation commune d'une activité s'effectue dans la plupart des cas moyennant une contribution de la part des partenaires. Nous avons associé à la nature de la relation la notion d'apport du groupe, tant sur le plan de la nature de l'apport que sur son importance car parfois il en va de la survie du groupe.

2.1. Les critères aisément repérables dans notre revue de littérature.

Nous pouvons dresser, grâce à notre revue de littérature, une première liste de dix critères caractérisant : l'objet de la relation, les activités qui vont être mises dans la relation ainsi que des indications sur le positionnement du groupe par rapport à son (ou ses) partenaire(s)[550].

[550] Pour alléger l'écriture, nous dirons « le partenaire » même s'ils peuvent être plusieurs.

Les variables retenues sont les suivantes :

● L'initiative de la relation ;

● L'objectif final de la relation ;

● Les caractéristiques des activités du groupe par rapport à celles de son partenaire ;

● Le champ des activités du groupe concernées dans la relation avec le partenaire;

● Le nombre d'activités du groupe mises en relation ;

● L'éloignement géographique entre le groupe et son partenaire;

● Le nombre de partenaire(s) ;

● La taille du (ou des) partenaire(s);

● Les valeurs culturelles des membres du groupe par rapport à celles de son partenaire ;

● Le caractère de l'accord.

Concernant les « valeurs culturelles », nous avons trouvé cette variable dans les études sur les conséquences des fusions-acquisitions ou dans la définition d'un réseau. En effet, les membres d'un réseau partagent les mêmes valeurs. Par contre, la différence culturelle entre deux groupes d'individus qui fusionnent par acquisition peut faire échouer l'opération. Nous avons trouvé aussi cette notion de valeurs culturelles dans les huit règles d'or pour réussir un partenariat (Collins et *al.*, 1992)[551]. Les auteurs insistent sur les risques de conflits culturels très présents dans les partenariats.

Grâce aux bilans de rapprochements entre groupes effectués par la Chambre régionale des comptes, nous avons sélectionné sept autres critères. Ces derniers appréhendent le côté financier de la relation, l'engagement de moyens ainsi que le type d'accord envisagé.

Les variables retenues sont les suivantes :

● Le financement de la relation par le groupe;

● Le coût de l'accord pour le groupe ;

● Le risque pris par le groupe dans la relation;

● le type d'apport du groupe ;

● L'importance de cet apport pour le groupe ;

[551] Collins, T.-M., Doorley, T.-L., Bindel, G., Lévy, R.-H. (1992). *Les alliances stratégiques*. Paris: InterEditions.

● La formalisation de la relation ;

● Le délai de mise en œuvre de l'accord.

Les dix-sept variables ci-dessus ont été extraites d'articles traitant de relations (en particulier d'alliances) dans le secteur industriel ou d'accord dans le domaine hospitalier. Parmi les critères retenus, certains d'entre eux constituent l'objet de l'article et sont donc décrits explicitement par le ou les auteurs. Par contre, Il nous est arrivé que des critères nous en inspirent d'autres permettant ainsi d'apporter des précisions sur la relation. C'est ainsi que nous avons complété l'information sur « le nombre de partenaire(s) » par celle ayant trait à la « taille du partenaire ».

2.2. Les critères relevés dans des articles ne traitant pas directement d'accords entre groupes d'individus

Le nombre croissant de relations a engendré une littérature importante en particulier sur la place de la confiance comme facilitateur ou garant d'un bon accord de coopération. Il n'est pas rare que les termes « confiance » et « coopération » soient associés, même au niveau du titre de l'article. En parcourant ces articles, nous avons dégagé <u>les trois critères suivants</u> :

● Le degré d'engagement du groupe dans sa relation avec son partenaire ;

● Le comportement du groupe vis-à-vis de son partenaire ;

● L'histoire antérieure du groupe avec le partenaire.

2.3. Les critères rajoutés pour parfaire la description de groupes qui se mettent en relation

La quasi-totalité des critères retenus précédemment sont relatifs à la relation. Toutefois, nous n'avons pas trouvé beaucoup de paramètres dans la littérature caractérisant les groupes qui se mettent en relation. C'est pourquoi, au regard de notre approche de l'organisation - comme relation entre groupes d'individus - nous avons défini huit variables principalement axées sur le groupe dont <u>voici la liste</u> :

● Le statut et le grade des membres du groupe ;

● Le statut et le grade des membres du groupe par rapport à ceux de son partenaire ;

● L'échange d'information entre les membres du groupe ;

● La diversité d'appartenance des membres au groupe ;

● L'identification des individus au groupe ;

● La diversité d'appartenance des membres au groupe ;

● Le nombre de personnes dans le groupe ;

● La stabilité du groupe (*turn over*).

Pour finir, il nous manquait des critères pour mesurer le lien de dépendance du groupe vis-à-vis de son partenaire. Nous avons donc rajouté les deux variables suivantes :

● Le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire ;

● Le pouvoir des groupes environnants non indifférents. Certes la notion de pouvoir est très présente dans la littérature mais pas en ce qui concerne les groupes qui ne sont pas impliqués directement dans la relation.

Nous avons ainsi retenu **trente deux critères**. Nous allons maintenant les définir plus précisément. Pour chaque variable, nous justifions son inclusion dans la liste des critères, et nous en donnons une rapide définition. Puis, comme nous cherchons à créer un corpus de configurations de relations, nous associons aux critères des modalités balayant ainsi toutes les situations potentielles de relations entre groupes d'individus.

3. La description des critères retenus

Nous allons passer en revue tous les critères retenus en explicitant les raisons qui nous ont poussées à les retenir pour décrire des relations entre groupes d'individus.
Nous les avons classés en deux groupes qui définissent : d'un côté, les caractéristiques du groupe et de l'autre les relations du groupe avec son partenaire (positionnement du groupe et caractéristiques de la relation).

3.1. Les critères caractérisant le groupe

Nous avons sept variables dans notre liste pour caractériser le groupe.

√ La diversité d'appartenance des membres du groupe

Le ou les individu(s) qui constitue(nt) le groupe dans le cadre d'une relation peuvent appartenir à un autre groupe. Selon Rojot et Bergman (1989)[552], un individu appartient à six groupes différents qu'ils soient professionnels ou non. Ici, nous n'envisageons que l'appartenance à un autre groupe professionnel et dans le cadre strict de la relation. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **isolé** (seul membre du groupe) ;
○ **monogroupe** ;
○ **polygroupe**.

Dans notre étude, nous avons quelques situations où les membres du groupe sont polygroupes. Par exemple, nous avons examiné une relation entre le représentant d'un groupement d'intérêt économique (GIE) et un groupe composé de médecins libéraux. Dans la relation, le GIE est représenté par son directeur mais qui est aussi le directeur de l'hôpital, membre du GIE. Le directeur a donc deux casquettes, il est polygroupe.

√ L'identification des individus au groupe

L'acteur de la relation peut être un individu ou un groupe d'individus. Dans un groupe, les individus s'identifient plus ou moins au groupe. Nous retenons cette variable même si son impact sur la coopération est jugé ambivalent (Chédotel, 2004)[553]. En effet, appartenir à une équipe, n'implique de manière systématique, ni une identification de l'individu à cette équipe, ni une volonté spontanée de coopérer.

Par identification, nous reprenons la définition de Ashforth et Mael (1989)[554]: « *l'identification d'un individu à un groupe social (…) signifie qu'il a le sentiment d'appartenir à cette catégorie sociale ou de ne faire qu'un avec elle* » Pour nous, il sera important de savoir si les individus du groupe constituent ou non un groupe homogène partageant les mêmes valeurs pour le projet donné.

[552] Rojot, J., Bergmann, A. (1989). *Comportement et organisation: comportement organisationnel et théorie des organisations*. Paris: Vuibert.
[553] Chédotel, F. (2004). Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe : de l'identification à la coopération. M@n@gement, 7(3), 161.
[554] Ashforth, B.-E., Mael, F. (1989). Social Identity Theory and the Organization. The Academy of Management Review, 14(1), 20.

Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **aucune** ;
○ **faible** ;
○ **forte**.

Si les membres ne s'identifient pas au groupe, c'est que nous avons affaire à une collection d'individus.

√ Les statuts et grades des membres du groupe

Le groupe que nous observons dans sa relation avec un partenaire peut être composé de plusieurs membres. Il nous a semblé important de connaître le positionnement des individus du groupe les uns par rapport aux autres. Nous le faisons au regard du statut et du grade des membres du groupe.

Les statuts et grades sont évalués au regard de la relation étudiée et non pas dans l'absolu. C'est pourquoi, nous donnons une définition très spécifique à la notion de « statut » et de « grade ».

Ainsi, si les individus du groupe ont la même mission dans le cadre de la relation examinée alors ils auront un statut identique alors qu'ils peuvent appartenir à des corps professionnels différents. Quand au « grade », il sera identifié au regard de l'existence ou non d'un pouvoir hiérarchique ou d'un pouvoir décisionnel d'un individu sur un autre individu, et là aussi dans le cadre strict de la relation. Nous associons à ces variables les modalités suivantes :

* Le statut des membres du groupe

○ **sans objet** ; ○ **homogène** ; ○ **non homogène**.	Les statuts des membres du groupe seront « *homogènes* » : - s'ils appartiennent au même secteur (public ou privé) ; et/où - s'ils sont en accord sur la mission.

* Le grade des membres du groupe :

○ **sans objet** ; ○ **niveau identique** ; ○ **niveau différent**.	Les membres du groupe auront des grades de « *niveau différent* » : - s'il existe un lien hiérarchique entre les membres; - ou si un membre du groupe a un pouvoir décisionnel supérieur.

Si nous avons un groupe constitué de l'équipe de Direction et du président de la Commission médicale d'établissement (CME), ce dernier peut avoir un pouvoir décisionnel sur un projet médical objet de la relation avec un partenaire. Les grades des membres du groupe seront donc différents.

√ Le nombre d'individus dans le groupe et la stabilité du groupe:

L'établissement d'une relation avec un partenaire peut entraîner une variation du groupe (en nombre de personnes ou en *turn-over*). Réciproquement, la variation (en nombre ou *turn-over*) du groupe peut susciter une relation avec un partenaire. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

* Variation du groupe en nombre :	* Stabilité du groupe en *turn-over* :
○ **stable** ; ○ **en diminution** ; ○ **en augmentation**.	○ **pas de *turn-over*** ; ○ ***turn-over* faible** ; ○ ***turn-over* important**.

√ L'échange d'informations entre les membres du groupe

L'information est indispensable dans le processus de décision qu'elle soit opérationnelle ou stratégique. Une organisation se structure grâce aux échanges d'informations entre les différents membres du groupe. Mintzberg (2003)[555] distingue quatre flux qui lient ce qu'il nomme les cinq parties de l'organisation. Parmi eux, il y le flux d'information et celui du processus de décision, ce dernier étant considéré par l'auteur comme un flux d'information. Il y a aussi les « flux régulés de contrôle » qui se traduisent par une circulation montante et descendante de l'information et des décisions (du sommet hiérarchique au centre opérationnel). Ils se distinguent des flux d'informations fonctionnelles qui s'échangent de manière horizontale entre opérationnels et fonctionnels.

Dans le cadre de notre travail, nous nous intéressons au **transfert d'informations entre les membres du groupe**. Nous choisissons donc, comme variable, le flux que nous définissons comme le circuit emprunté par l'information. Pour le caractériser, nous nous demandons s'il s'agit d'informations adressées à une seule personne, à plusieurs personnes, ou à seulement certaines personnes.

[555] Mintzberg (2003), *op. cit.*

Nous associons à la variable <u>les modalités suivantes</u> :

○ **pas de flux** ; ○ **flux tout azimut** ; ○ **flux coordonné** ; ○ **flux ciblé**.	La modalité « *pas de flux* » correspond à deux cas de figures : - le groupe n'est composé que d'un seul individu ; - ou le groupe est composé d'une collection d'individus qui ne communiquent pas.

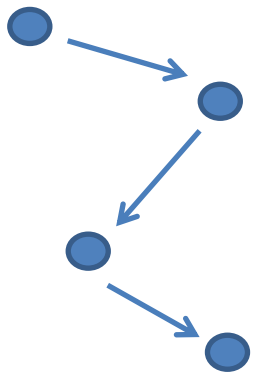
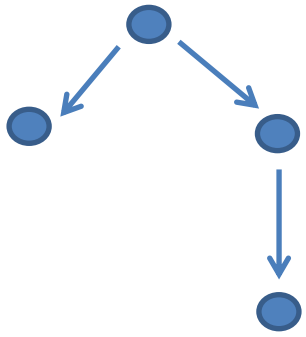
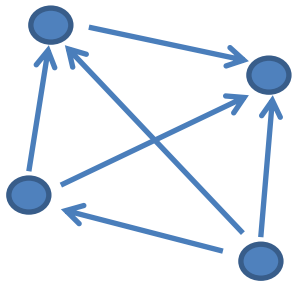
Dans la recherche d'information, il existe deux systèmes de veille : le flux ciblé et le flux tout azimut.

Le flux « ***ciblé*** » correspond à un enjeu particulier, un objectif précis. L'information va d'un point à un autre, d'une personne à une autre.

Dans le cas d'un flux « ***tout azimut*** », les membres du groupe s'échangent de l'information sans objectif précis. Cela peut être dans une optique de surveillance, comme par exemple, s'assurer qu'il n'y ait pas de danger à venir ou dans le cadre d'une coordination décentralisée. Quoiqu'il en soit, les échanges vont concernés tous les membres du groupe.

Nous avons complété l'échange d'information par un troisième flux : le flux « ***coordonné*** ». Dans ce cas de figure, les individus ne reçoivent pas tous la même information. Nous retrouvons les « *flux coordonnés* » dans les systèmes hiérarchisés ou dans le cadre de mise en place de routines. Nous pouvons schématiser les flux d'informations comme suit :

Tableau 6 : Les différents types d'échanges d'informations entre membres d'un groupe

Flux « *ciblé* »	Flux « *coordonné* »	Flux « *tout azimut* »
		

Source : Elaboré par l'auteure.

√ Le degré d'engagement des membres du groupe dans la relation

Nous définissons l'engagement comme la mobilisation d'un groupe pour un objectif donné. Nous pensons qu'un groupe qui est à l'initiative de la relation n'aura pas le même engagement dans celle-ci qu'un groupe uniquement porteur d'un projet qui n'est pas le sien. Cette variabilité dans l'engagement peut avoir une influence sur la mise en œuvre mais aussi sur l'issue d'une relation.

Nous n'avons pas appelé cette variable « mobilisation du groupe » car cela supposerait que le groupe dispose de moyens propres qu'il peut dédier à l'action. Or, nous verrons que ce n'est pas toujours le cas. De plus, nous cherchons avant tout à savoir si les individus du groupe partagent les mêmes valeurs pour le projet. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **nul** ; ○ **faible** ; ○ **fort**.	Un groupe, en position de faiblesse parce qu'il a tout à perdre ou presque à entrer dans la relation avec un partenaire ou bien s'il ne veut pas y entrer mais qu'il y est obligé, s'engagera « *faiblement* » dans la relation.

Nous allons maintenant passer à un autre ensemble de critères relatif celui-ci à la relation du groupe avec son ou ses partenaires.

3.2. La relation du groupe observé avec un ou plusieurs partenaires

Nous distinguons deux groupes de variables : celles relatives au positionnement du groupe vis-à-vis de son ou ses partenaires et celles caractérisant la relation.

3.2.1. Le positionnement du groupe vis-à-vis de son partenaire

√ Le statut et le grade des membres du groupe par rapport à ceux de son partenaire

Nous adoptons les mêmes définitions que celles concernant le statut et le grade des membres du groupe. Nous associons à ces variables les modalités suivantes :

* Statut :	* Grade :
○ **sans objet** ; ○ **proche** ; ○ **éloigné**.	○ **sans objet** ; ○ **niveau identique** ; ○ **niveau différent**.

√ Les valeurs culturelles du groupe par rapport à celles de son partenaire

L'absence (vs présence) de valeurs partagées dans la relation, c'est-à-dire de vision commune, est un facteur d'échec (vs réussite) dans les interactions entre groupes en particulier dans le cadre de fusions-acquisitions mais pas seulement (Le Roy, 2003[556] ; Aldebert et *al.*, 2010[557] ; Schweiger et Weber, 1989[558] ; Puthod, 2006[559] ; Pache, 2005[560]). Toutefois, pour des auteurs tels que Jolly (2001)[561], les valeurs n'ont pas besoin d'être similaires mais seulement compatibles. Pour Collins et *al.* (1992)[562], il suffit de « s'accommoder des différences » de valeurs.

La prise en compte de la notion de « valeurs culturelles » est d'autant plus importante pour nous que le milieu hospitalier public, champ de notre recherche, est porteur de valeurs fortes en raison d'identités professionnelles elles-mêmes fortes. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **indifférence** ; ○ **partiellement identiques** ; ○ **totalement identiques** ; ○ **partiellement opposées** ; ○ **totalement opposées**.	Chaque individu dispose d'un système de valeurs culturelles. La relation va révéler les valeurs des personnes. Par « *partiellement identiques*» (vs. « *partiellement opposées* »), nous entendons que certaines valeurs sont « *identiques* » (vs. « *opposées* »), les autres étant soient « *indifférentes* », soit « *opposées* » (vs. « *identiques* »)

√ L'éloignement géographique entre le groupe et son partenaire

Nous avons intégré dans l'analyse une dimension spatiale des interactions entre groupes. Nous avons emprunté la définition aux auteurs de l'économie de proximité (Rallet et Torre, 2004)[563]. Nous tenons compte donc de la distance kilométrique séparant les acteurs

[556] Le Roy, F. (2003). Processus d'intégration et logiques de reconfiguration organisationnelle dans les fusions acquisitions. *12ème Conférence Internationale de Management stratégique*.
[557] Aldebert, B., Meier, O., Missonier, A. (2010). Dynamique culturelle dans le cas d'une fusion. Et si faire évoluer sa culture était possible ? *Revue française de gestion*, 36(206), 65‑83.
[558] Schweiger, D., Weber, Y. (1989). Strategies for Managing Human Resources during mergers and acquisitions: An Empirical Investigation. *Human Resource Planning*, 12(2), 69-87.
[559] Puthod, D., Thévenard-Puthod, C. (2006). Coopération, tensions et conflit dans un réseau d'innovation construit autour d'une PME. *Revue française de gestion*, 32(164), 181‑204.
[560] Pache, G. (2005). Initier une coopération logistique et mercatique: Entre industriels et distributeurs, ou la nécessaire politique des « petits pas ». *La Revue des Sciences de Gestion*, 214-215(4), 177.
[561] Jolly (2001), *op. cit.*
[562] Collins et *al.*, *op. cit.*
[563] Rallet, A., Torre, A. (2004). Proximité et localisation. *Économie rurale*, 280(1), 25–41.

pondérée par la plus ou moins grande facilité ou temps d'accès au regard des équipements autoroutiers. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

- **isolé** ;
- **proche** ;
- **éloigné**.

La proximité géographique a été très peu appréhendée par les théories sollicitées pour l'étude des relations entre organisations. Or, selon Gallaud et *al.* (2012)[564], la proximité géographique serait un facteur favorisant des relations de confiance. Il n'y aurait donc pas besoin de relations formelles matérialisées par des contrats. Toutefois, il précise aussi que, selon Bellet (1998)[565], **la proximité géographique ne suffit pas**. En effet, dans la Silicon Valley, des firmes japonaises situées à proximité des firmes américaines n'ont jamais pu avoir des relations avec leurs homologues en raison de la distance culturelle.

Selon Grossetti (2004)[566], la proximité spatiale n'entraîne pas systématiquement des relations de coopération mais l'existence de relations sociales, favorisées par la proximité des individus, est un atout pour nouer des relations de coopération.

De son côté, Jolly (2001)[567] définit la proximité des alliés comme la distance entre leurs profils de ressources. Ceux-ci sont définis par un nombre important de critères portant en autre sur les chaines de valeurs des activités faisant l'objet de la relation.

√ Le comportement des membres du groupe vis-à-vis du partenaire

Il s'agit du climat dans lequel la relation va être envisagée et/ou engagée. Certaines circonstances vont faire que le groupe aura confiance (vs méfiance) vis-à-vis de ses partenaires. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

- **indifférence** ;
- **estime** ;
- **confiance** ;
- **solidarité** ;
- **méfiance** ;
- **rejet**.

[564] Gallaud, D. *et al.* (2012). Proximités organisationnelle et géographique dans les relations de coopération : une application aux secteurs agroalimentaires. *Géographie, économie, société*, 14, 261-285.
[565] Bellet, M., Kirat, T., Largeron, C. (1998). *Approches multiformes de la proximité*. Paris: Hermès.
[566] Grossetti, M. (2004). Concentration d'entreprises et innovation : esquisse d'une typologie des systèmes productifs locaux. *Géographie, économie, société*, 6(2), 163‑177.
[567] Jolly, *op. cit.*

Dans la littérature sur les relations, le terme « *solidarité* » est peu usité contrairement à celui de « *confiance* » (Guillouzo et Thenet, 2007[568] ; Trabelsi, 2007[569] ; Pesqueux, 2009[570] ; Geindre et Dussuc, 2012[571]). Les définitions de la confiance sont nombreuses. Nous optons pour la définition de Dubreuil (2012)[572] : « *un individu aura confiance en un autre individu s'il pense que ce dernier adoptera un comportement favorable au bien commun* ». La confiance ne peut donc exister qu'entre un nombre réduit de personnes. La solidarité, par contre, peut être nationale et donc concerner beaucoup de personnes à l'instar du système de sécurité sociale en France, ou du plan « solidarité grand âge ». Dans la littérature, nous retrouvons le terme « *solidarité* » lorsqu'il est question de relations entre personnes d'un réseau. Toutefois, Pesqueux (2009)[573] considère que s'il y a de la solidarité entre tous les membres, il ne faut plus parler de coopération mais de cohésion.

√ L'histoire antérieure du groupe avec le partenaire

Dans la littérature, il n'est pas rare de lire qu'une relation entre individus a toutes les chances d'aboutir dans un climat de confiance, facilité en cela par une bonne connaissance de son (ou de ses) partenaire(s).

Un groupe connaît son partenaire soit parce qu'il a déjà eu des relations avec lui, soit de réputation.

Quand bien même son étude porte sur le partenariat vertical, Brulhart (2005)[574] valide l'hypothèse que deux groupes, qui ont partagé l'expérience de relations par le passé, ont de fortes chances de réussir leur partenariat actuel ou futur. Quant à l'effet de la réputation,

[568] Guillouzo, R., Thenet, G. (2007). Management du portefeuille d'alliances et performance innovatrice de la firme: Une étude exploratoire à partir du cas de l'industrie informatique. *La Revue des Sciences de Gestion*, 224-225(2), 131.

[569] Trabelsi, K. (2007). La confiance : la « plate-forme » de l'alliance stratégique. *Management & Avenir*, 14(4), 25.

[570] Pesqueux, Y. (2009). Un modèle organisationnel en « confiance-coopération ». *Management & Avenir*, 21(1), 261.

[571] Geindre, S., Dussuc, B. (2012). Capital social, théorie des réseaux sociaux et recherche en PME : une revue de la littérature. *Actes du 11ème congrès CIFEPME* (Congrès International francophone en entrepreneuriat et PME), Brest, 2 novembre.

[572] Dubreuil, B. (2012). Pourquoi la coopération ne fonctionne pas toujours: Confiance, motivation et sciences cognitives. *Terrain*, (58), 82-93.

[573] Pesqueux, *op. cit.*

[574] Brulhart, F. (2005). Expérience du partenariat, expérience du partenaire, connivence interpersonnelle : quel impact sur la réussite du partenariat vertical ? *M@n@gement*, 8(4), 167-191.

selon Chaserant (2002)[575], même si son effet est important, il n'est pas suffisant pour qu'une relation ait lieu entre des individus car la réputation d'un groupe dépasse très peu les frontières du groupe ou de son réseau. Nous associons à ces variables les modalités suivantes :

○ **pas de connaissance du partenaire** ;
○ **relation antérieure avec le partenaire** ;
○ **connaissance du partenaire par réputation**.

√ Le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire

Dans la littérature, le rapport de force est assimilé soit à un pouvoir lié à des caractéristiques propres au groupe soit à sa position sur un marché ou encore à son pouvoir de négociation. Dans la littérature, le pouvoir est défini principalement comme une relation d'échange à l'avantage d'un des groupes en relation. Dans le cadre des interactions entre groupes, nous avons défini le rapport de force comme le **pouvoir d'imposer ou non une relation à son partenaire**. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **favorable** ; ○ **équilibré** ; ○ **défavorable**.	Plusieurs cas de figures sont donc envisageables : si le groupe peut imposer une relation à un partenaire, il est en rapport de force « *favorable* » ; la situation symétrique est celle ou le groupe ne peut pas refuser la relation initiée par un partenaire ce qui le met en rapport de force « *défavorable* ». Enfin, si le groupe et son partenaire ne peuvent imposer la relation et que cette décision ne met personne en difficulté, alors le rapport de force est dit « *équilibré* ».

√ Le pouvoir des groupes environnants non indifférents

Dans la littérature, « pouvoir » et « rapport de force » sont souvent liés. Alors pourquoi prendre comme autre variable le « pouvoir des groupes environnants non indifférents » ?

Pour nous, le « rapport de force » concerne les acteurs directement en relation. Cependant, les acteurs se situent dans un environnement potentiellement peuplé lui aussi d'acteurs. L'hôpital est ancré dans un territoire. Le Directeur de l'hôpital reçoit des directives de la part de sa tutelle et il est placé sous l'autorité du Ministère de la Santé. Nous avons aussi comme

[575] Chaserant, C. (2002). La coopération se réduit-elle à un contrat ? Une approche procédurale des relations contractuelles. *Recherches économiques de Louvain*, 68(4), 481.

acteurs dans l'environnement de l'hôpital, les autres structures, le Maire, l'ARH ou l'ARS. Les acteurs environnants non impliqués directement dans la relation peuvent donc se manifester comme par exemple un groupe d'actionnaires dans le cas d'une relation d'un hôpital avec une clinique. Ce pouvoir des acteurs environnants n'est pas forcément un pouvoir de décision mais il peut influencer la relation. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **pas de pouvoir externe** ;
○ **pouvoir équilibré** ;
○ **pouvoir d'influence** ;
○ **pouvoir hiérarchique** (autorité) ;
○ **pouvoir absolu** (soumission par contrainte).

3.2.2. Les caractéristiques de la relation entre le groupe et son partenaire

√ L'initiative de la relation

Il y a toujours une ou plusieurs personnes à l'origine de la relation et/ou porteuse(s) du projet qui en découle. Dans leur analyse du changement portant sur trois expériences de restructurations hospitalières, Minvielle et Contandriopoulous (2004)[576] distinguent les « initiateurs » des « porteurs » même si une personne peut être les deux à la fois. Les premiers ont l'idée du projet et les seconds vont le mettre en œuvre. Nous nous intéressons à la (ou les) personne(s) qui a (ont) eu l'idée de la relation. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **initiative d'un individu dans le groupe** ;
○ **initiative d'un groupe de personnes** ;
○ **initiative imposée**.

L'initiative peut être le fait d'une seule personne. Dans ce cas de figure, nous avons affaire à un leader. C'est un personnage identifié comme charismatique et détenant un certain pouvoir. C'est le cas dans les organisations type missionnaire définies par Mintzberg (2004)[577].

[576] Minvielle, E., Contandriopoulos, A.-P. (2004). La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière? *Revue française de gestion*, 30(150), 29‑53.
[577] Mintzberg, H. (2004). *Le management: voyage au centre des organisations*. Paris: Éditions d'Organisation.

L'initiative de la relation peut aussi venir d'un ensemble de personnes comme par exemple un groupe de médecins dans le cas de la mise en place d'une fédération inter-hospitalière. Et enfin, l'initiative peut être imposée, par exemple, par des autorités extérieures aux groupes.

√ L'objectif final de la relation

Un groupe noue une relation avec un objectif bien défini qui est - ou non - partagé par son partenaire. Mais cet objectif peut aussi être imposé de l'extérieur. Nous associons à cette variable les modalités suivantes:

○ **propre à chaque groupe** ; ○ **commun avec l'autre groupe** ; ○ **imposé** ; ○ **incompatible**.	Si l'objectif est « *propre à chaque groupe* », ce dernier va rechercher dans la relation des avantages propres. Un objectif « *incompatible* » est un objectif dont l'issue ne sera favorable qu'à l'un des groupes.

√ Le nombre de partenaires

C'est une variable qui ne nécessite pas de précision dans sa définition. Nous retenons les modalités qualitatives ordonnées suivantes :

○ **pas de partenaire** (le groupe peut agir seul) ;
○ **un petit nombre** (entre un et trois groupes) ;
○ **un nombre assez important** (entre quatre et six groupes) ;
○ **un grand nombre** (supérieur à six groupes).

√ La taille du partenaire du groupe

Nous avons constaté dans la littérature, à l'instar de Mitchell et *al.* (2002)[578], que la taille des partenaires est un élément influant sur le type de relations qui sera mise en œuvre (coopération, fusion, etc.). Cette taille est exprimée de différentes manières : chiffre d'affaires, nombre de salariés, nombre de lits et places, etc.

Chi (1994)[579] et Le Roy (2003)[580] considèrent qu'une fusion-absorption, pour avoir des chances de réussir, doit s'effectuer entre deux groupes de tailles différentes.

Pour Das et Teng (2000)[581], les entreprises doivent s'engager dans des collaborations avec des partenaires de taille semblable. Par contre, Morer (2003)[582] démontre, avec un exemple

[578] Mitchell, W., Dussauge, P., Garrette, B. (2002). Formation et gouvernance des alliances entre concurrents. Une approche par les ressources. *XIème conférence de l'AIMS* : Paris, 5-7 juin.
[579] Chi, T. (1994). Trading in Strategic Ressources : Necessary Conditions, Transaction Cost Problems, and Choice of Exchange Structure. *Strategic Management Journal*, 15(4), 271-290.
[580] Le Roy (2003), *op. cit.*

sur la taxe professionnelle, que deux communes de même taille ne choisiront pas la solution de la coopération fiscale.

La taille se révèle aussi un critère pour expliquer la difficulté de mise en œuvre de relations inter-organisationnelles. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Lalande et *al.*, 2012)[583] met en évidence qu'une fusion peut s'avérer délicate entre établissements de grande taille. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **pas de partenaire** ; ○ **taille inférieure** ; ○ **taille similaire** ; ○ **taille supérieure**.	La taille du groupe, en nombre de personnes, est comparée à celle de son partenaire ou de chacun de ses partenaires s'ils sont plusieurs.

√ Le champ des activités du groupe concernées par la relation

La relation peut concerner des activités dites centrales pour le groupe à savoir celles concernant son cœur de métier ou au contraire des activités périphériques à l'activité principale. Dans le cas des organisations hospitalières, la blanchisserie ou la restauration sont des activités périphériques. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **activités centrales**;
○ **activités périphériques** ;
○ **activités d'innovation**.

Par activités d'innovation, nous entendons des procédés technologiques.

√ Les caractéristiques des activités que le groupe mettra dans la relation

Cette variable concerne le statut des activités mises dans la relation : sont-elles complémentaires aux activités de l'autre groupe ? Concurrentes ? Etc. En fait, nous avons décidé de dédoubler cette variable. Nous obtenons deux variables dénommées ainsi :

● Les caractéristiques des activités du groupe **AVANT** la mise en œuvre de la relation **;**

● Les caractéristiques des activités du groupe **APRES** la mise en œuvre de la relation.

---

[581] Das, T.-K., Teng, B.-S. (2000). Instabilities of Strategic Alliances: An Internal Tensions Perspective. *Organization Science*, 11(1), 77‑101.

[582] Morer, M. (2003). Stratégies de coopération fiscale horizontale entre collectivités locales de même taille : une analyse fondée sur la théorie des jeux. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 1, 83-102.

[583] Lalande et *al.*, *op. cit.*

Nous proposons d'associer à ces deux variables les modalités suivantes :

- **aucune relation avec les activités du partenaire** ;
- **activités concurrentes** ;
- **activités complémentaires** ;
- **activités compatibles**.

Dans le cadre d'une relation visant à mutualiser une blanchisserie, cette activité du groupe n'est ni « *complémentaire* », ni « *compatible* », ni « *concurrente* » avant que la relation soit effective. La modalité retenue sera « *aucune relation avec les activités du partenaire* ».

Une activité est qualifiée d'activité « ***complémentaire*** » dans les cas suivants :

- elle n'est exercée que par l'un des deux groupes ;
- elle complète une activité par une spécialité. Par exemple, un groupe fait de la chirurgie « aigue » l'autre de la chirurgie « non aigue » ;
- le groupe observé met dans la relation une activité de chirurgie et l'autre groupe une activité de médecine.

Par activité « ***compatible*** » nous entendons une activité :

- qui permet de constituer toutes les étapes d'une prise en charge (à l'instar des filières) ;
- qui ne peut se réaliser qu'avec l'apport des groupes en relation, les apports étant différents. Par exemple, si un groupe fourni le matériel et l'autre le personnel. La combinaison des apports des deux groupes permet de réaliser l'activité.

√ Le nombre d'activités impliquées dans la relation

Il s'agit de savoir si le groupe va engager toute ou partie de son activité. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **aucune** ; ○ **une activité** ; ○ **plusieurs activités** ; ○ **toutes les activités du groupe**.	Si le groupe observé n'a que de la chirurgie comme activité et si la relation avec le partenaire porte sur la chirurgie, le groupe engagera toutes ses activités dans la relation.

√ Le type d'apports du groupe et la caractéristique de l'apport

Dans sa relation avec son partenaire, le groupe peut apporter des moyens. Ceux-ci peuvent être de différentes natures : financiers, humains, matériels ou autres. Nous associons à ces variables les modalités suivantes :

* Pour le type d'apports du groupe mis dans la relation :

○ **pas d'apport** ;
○ **mise à disposition de moyens matériels** ;
○ **mise à disposition de moyens humains** ;
○ **mise à disposition de savoir-faire** ;
○ **apport financier**.

Si le groupe observé apporte des moyens qu'il ne dispose pas en propre, nous les considérons comme un apport financier. Par exemple, si le groupe doit payer du personnel extérieur au groupe dans le cadre de sa relation avec son partenaire. Pour les apports appartenant au groupe, nous dirons qu'il les met à disposition.

Nous complétons la nature des apports par son degré d'importance pour le groupe. En effet, nous nous sommes demandé si le groupe peut continuer à agir sans l'apport qu'il met dans la relation.

* Caractéristique de l'apport du groupe :

○ **pas d'apport** ; ○ **pas indispensable** ; ○ **indispensable**.	L'apport sera qualifié d' « *indispensable* » : - s'il permet au groupe d'exercer une activité qu'il n'aurait pu continuer seul ; - si le groupe accède à une nouvelle activité ; - si l'apport permet au groupe de survivre.

√ Le financement de la relation par le groupe

La relation va déboucher sur des actions qui exigeront peut être un financement. Nous désirons donc savoir si un financement a été prévu et/ou engagé, et - si la réponse est positive – par qui ce financement est supporté. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **pas de financement** ;
○ **autofinancement** ;
○ **financement commun avec le partenaire** ;
○ **financement externe total**.

Dans le champ hospitalier, certaines opérations sont financées pour partie par les autorités sanitaires (ARH puis ARS) via des fonds dédiés à certaines opérations comme par exemple la mise en place d'une communauté hospitalière de territoire.

√ Le coût de la relation pour le groupe

Il est possible, comme le suggère Jolly (2001)[584], de considérer les coûts à trois moments de la relation : avant, pendant, après. En effet, la négociation de l'accord, sa coordination puis le partage des gains entre plusieurs partenaires sont des coûts potentiels pour le groupe.

Nous choisissons de n'aborder que les coûts consécutifs à l'accord. Nous nous demandons si l'accord va entrainer des coûts pour le groupe, par exemple, en cas de réorganisation ou si la relation est déséquilibrée. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **nul** ;
○ **peu élevé** ;
○ **élevé**.

√ Le risque pris par le groupe dans sa relation avec son partenaire

Il y a toujours un risque d'établir des relations avec un partenaire : le groupe peut se tromper de partenaire, le risque peut être financier, etc.

Jolly (2001)[585] a dressé une liste de sept risques qui va des conflits potentiels au changement de stratégie du partenaire en passant par le comportement opportuniste de l'allié.

Dans le cadre de notre recherche, nous n'avons pas choisi de lister les types de risques potentiels. Pour chaque cas étudié, nous nous posons seulement la question de savoir si le risque pris en établissant la relation met en péril ou non le groupe observé. Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **nul** ; ○ **faible** ; ○ **fort**.	Le risque sera « *fort* » dans le cas où la relation, si elle échoue, peut remettre en cause l'existence même du groupe observé. Si la relation, en cas d'échec, ne remet en cause que l'objectif, alors le risque sera considéré comme « *faible* ».

√ La formalisation de la relation

La relation peut être informelle ou formelle. Dans ce dernier cas, l'accord peut se décliner de la convention jusqu'à des procédures.

[584] Jolly, *op. cit.*
[585] Jolly, *op. cit.*

Nous associons à cette variable <u>les modalités suivantes</u> :

○ **pas de relation** ;
○ **relation informelle** ;
○ **accord formalisé** (convention, charte, etc.) ;
○ **règles morales** ;
○ **procédures**.

Par « *règles morales* », nous entendons les normes sociales, l'éthique, la déontologie, etc. Les « *procédures* » contrairement aux conventions font référence à des protocoles nationaux (lois) ou à des actions à mettre en œuvre dans une situation particulière (à l'instar des procédures d'intégration des agents suite à une fusion d'établissement). Elles sont extérieures aux groupes mais applicables par tous les groupes à l'instar du PMSI.

<u>√ Le caractère de l'accord</u>

Toute relation a une issue quelle qu'elle soit. Si la relation débouche sur un accord, ce dernier peut engager plus ou moins fortement les partenaires. Il peut tout aussi bien n'être qu'une étape vers une relation plus poussée. Nous associons à cette variable <u>les modalités suivantes</u> :

○ **pas d'accord** ; ○ **accord évolutif** ; ○ **accord réversible** ; ○ **accord irréversible**.	Nous parlerons d'accord « *évolutif* » dans les cas suivants : - la relation informelle débouche sur un accord formalisé ; - l'accord prévoit à l'issue d'un temps donné une augmentation de l'activité partagée ou l'intégration d'un nouveau partenaire.

<u>√ Le délai de mise en œuvre de l'accord</u>

L'accord peut être effectif immédiatement, prendre beaucoup de temps, voire ne jamais se mettre en œuvre. Nous associons à cette variable <u>les modalités suivantes</u> :

○ **pas de mise en œuvre** ;
○ **délai court** ;
○ **délai long**.

<u>√ Durée de la relation</u>

Lorsque la relation est formalisée par un accord, celui-ci a une durée. Toutefois, dans les faits, la relation peut ne pas être effective, ou s'interrompre avant terme.

Nous associons à cette variable les modalités suivantes :

○ **durée nulle**; ○ **durée provisoire** ou prédéterminée ; ○ **durée pérenne**.	Dans le cas de la relation informelle, la durée de la relation sera « nulle».

Au final, avec nos 32 critères ainsi définis et auxquels nous avons attribué un certain nombre de modalités, nous obtenons un total de 115 attributs[586] pour définir des relations entre organisations. Un récapitulatif des paramètres retenus est consultable à l'annexe 1.

Conclusion du chapitre

Nous avons décidé de construire un corpus *a priori* de configurations intégrant toutes les formes de relations potentiellement observables. Ce corpus nous servira à valider la robustesse de notre base de données contenant des formes relationnelles que nous allons observer dans le secteur hospitalier et à partir de laquelle nous comptons effectuer une étude approfondie.

Pour mener à bien ce travail, nous avons sélectionné une approche de l'organisation que nous estimons pertinente dans le cadre de notre recherche. Après avoir parcouru les différentes définitions attribuées à l'objet « organisation », nous avons décidé de déplacer notre recherche de l'analyse des « relations entre organisations » vers l'analyse des « relations entre groupes d'individus ».

Puis, nous avons dressé une liste de critères caractérisant une relation entre groupes d'individus à partir - principalement mais pas seulement - de notre revue de littérature effectuée dans la première partie de notre recherche.

Les critères à retenir doivent non seulement décrire la relation (à savoir le type d'accord, le contenu, l'issue, etc..) mais aussi caractériser le groupe au regard de son partenaire. En effet, une relation entre groupes d'individus traduit un lien de dépendance d'un groupe vis-à-vis des autres groupes. Nous avons donc sélectionné des variables qualifiant le groupe

[586] Par attribut, nous entendons le résultat de l'association d'une modalité à une variable. Par exemple : un objectif est une variable, un objectif imposé est un attribut.

mais aussi son positionnement vis-à-vis de son partenaire. Nous nous sommes appuyés sur la revue de littérature concernant les accords de coopération, mais aussi sur des rapports faisant le bilan d'opérations de coopération dans le champ hospitalier. Nous avons complété la liste par quelques critères que nous avons jugés pertinents bien qu'absents de notre revue de littérature.

Nous avons ainsi retenu trente deux critères que nous avons explicités. Nous leur avons affecté des modalités afin d'envisager tous les cas de figures de relations entre individus. Nous avons fait des choix - que nous avons justifiés - dans l'attribution des modalités (toutes qualitatives). Nous nous retrouvons ainsi avec 115 attributs pouvant qualifier une relation entre groupes d'individus.

Cependant, chaque critère correspond à une dimension de la relation. Nous devons maintenant associer les 115 attributs pour appréhender la relation entre groupes dans son intégralité et définir ainsi tous les formes relationnelles potentiellement observables. C'est l'objet du prochain chapitre.

Le **chapitre 4** est consacré à la présentation détaillée des différentes étapes qui se sont avérées nécessaires pour mener à bien la construction de ce corpus *a priori* de configurations de relations entre groupes d'individus.

Chapitre 4: L'élaboration d'un corpus de configurations de relations entre groupes d'individus : un processus en deux étapes

Dans le chapitre précédent, nous avons constitué un corpus de 115 attributs[587] à même de décrire n'importe quel processus de relation entre un groupe d'individus et son (ou ses) partenaire(s). Cependant, les attributs caractérisent différentes dimensions de la relation mais définies de manière séparée. Or, pour déterminer les configurations de relations, nous devons associer ensemble toutes les dimensions de la relation à savoir les attributs relatifs au groupe, mais aussi ceux caractérisant le processus de la relation et enfin ceux relatifs au positionnement du groupe vis-à-vis de son partenaire.

Toutefois, l'association de tous les attributs va nous donner de nombreuses configurations qu'il nous sera difficile d'interpréter. Donc, tout l'enjeu de notre travail est l'obtention d'un nombre « limité » de configurations de relations mais sans perdre d'informations importantes. La solution qui s'est imposée à nous est la création de groupes homogènes de configurations de relations.

Pour cela, nous procédons en deux grandes étapes. Dans un premier temps, nous allons regrouper les attributs dans des classes distinctes puis constituer des combinaisons de ces attributs à l'intérieur des différentes classes. C'est l'objet de la **section 1**.

La seconde étape, quant à elle, va consister à créer des groupes homogènes de combinaisons d'attributs au sein des différentes classes. Puis, nous poursuivrons par l'association des groupes homogènes de combinaisons des différentes classes. C'est ce que nous traiterons dans la **section 2**.

[587] Par attribut, nous entendons la combinaison d'un critère avec une modalité. Par exemple : une durée (critère) provisoire (modalité) est un attribut de la relation.

Section 1 : Structuration des configurations de relations à partir des critères regroupés en classe

Compte tenu du nombre très élevé d'attributs (115 recensés), il est évident que nous sommes confrontés à un problème de caractérisation des configurations de relations. En effet, la combinaison de tous ces attributs nous donne un nombre potentiel très élevé de configurations de relations (environ 56000). Nous devons donc réfléchir à une technique qui nous permette d'obtenir un nombre raisonnable de configurations que nous pourrons aisément interpréter. Nous optons pour un regroupement des trente deux critères en un petit nombre de classes. Ainsi, nous n'aurons qu'un petit nombre de critères à associer à l'intérieur de chaque classe.

1. Le regroupement en classe des critères

Cette opération nous semble réalisable dans la mesure où nous avons déjà pu établir des groupes de critères lorsque nous avons abordé dans le chapitre précédent la description de ces derniers. En effet, nous avons des paramètres de différentes natures. Certains critères nous fournissent des informations sur l'acteur (le groupe) qui va mettre en œuvre une relation, tandis que d'autres spécifient la relation (type, activités mises en relation, issue, etc.) ou le positionnement du groupe vis-à-vis de son partenaire.

1.1. Un regroupement en six classes

Nous ne définissons pas un nombre *a priori* de classes à constituer à partir des trente deux critères. En effet, Il est important d'obtenir des classes contenant des critères les plus homogènes possibles et représentatifs du phénomène étudié.

1.1.1. Le procédé

Nous cherchons à regrouper les critères au regard soit de leur proximité dans la description du groupe ou de la relation, soit parce qu'ils se complètent. Par exemple, la variable « nombre de partenaires » sera dans la même classe que « taille des partenaires ».

Notre démarche est donc la suivante : nous sélectionnons un premier critère. Prenons par exemple « l'initiative de la relation ». Nous l'affectons à une classe dénommée classe A, puis

nous prenons un second critère. Nous comparons ce critère à celui précédemment retenu en nous posant la question suivante : caractérise-t-il le même phénomène ? Dans le cas d'une réponse positive, nous positionnons ce critère dans la classe A. Dans le cas contraire, nous l'affectons à une nouvelle classe – la classe B –. Ainsi, dès lors qu'un critère ne peut être intégré dans une classe existante, une nouvelle classe est automatiquement créée. C'est ainsi que nous obtenons au final six classes (numérotés de A à F) dans lesquelles nous avons intégré les 32 critères.

1.1.2. Le résultat : six classes qu'il nous faut caractériser

Les six classes obtenues peuvent se répartir en deux groupes : nous avons d'un côté les classes dénommées A, B et F. et de l'autre les classes C, D, et E.

Au sein du premier groupe, nous avons la classe A qui contient dix paramètres relatifs à toutes **les caractéristiques internes d'un groupe d'individus** qui se met en relation avec un partenaire.

Classe A

- initiative de la relation ;
- engagement des membres du groupe dans la relation;
- échange d'informations entre les membres du groupe ;
- identification des membres au groupe ;
- statut des membres du groupe ;
- grade des membres du groupe ;
- variation du nombre de membres du groupe ;
- stabilité du groupe ;
- diversité d'appartenance des membres du groupe ;
- champs des activités du groupe qui sont l'objet de la relation.

La classe B comprend, quand à elle, huit variables spécifiant **la relation du groupe** avec son partenaire.

Classe B

- histoire antérieure du groupe avec son partenaire[588] ;
- rapport de force du groupe / à son partenaire ;
- éloignement géographique du groupe / à son partenaire ;
- valeurs culturelles du groupe / à celles de son partenaire ;
- statut des membres du groupe / à celui de son partenaire ;
- grade des membres du groupe / à celui de son partenaire ;
- durée de la relation ;
- degrés de formalisation de la relation.

Enfin, les critères de la classe F **traitent du processus de la relation** entre le groupe et son partenaire. Ils sont au nombre de six :

Classe F

- caractéristiques des activités du groupe qui sont l'objet de la relation ;
- nombre d'activités mises dans la relation par le groupe observé ;
- types d'apports du groupe dans la relation ;
- caractéristique de l'apport du groupe ;
- caractère de l'accord ;
- délai mise en œuvre de l'accord.

Le second groupe contient les classes C, D, et E.

La classe C avec ses trois variables **se positionne entre** la classe A et la classe B

Classe C

- comportement des membres du groupe dans sa relation avec son partenaire ;
- risque pris par le groupe dans la relation,
- objectif final de la relation.

[588] Pour ne pas alourdir les phrases, nous considérons le terme partenaire au sens large dans la mesure où le groupe observé peut nouer des relations avec plusieurs groupes d'individus.

La classe D contient trois paramètres relatifs à **l'entourage du groupe** : le (ou les) partenaire(s) et le (ou les) groupe(s) environnant(s) non indifférent(s). La classe E traite du **financement et du coût** de la relation.

Classe D
- nombre de partenaires ;
- taille du (ou des) partenaire(s) ;
- pouvoir du (ou des) groupe(s) environnant(s) non indifférent(s).

Classe E
- financement de la relation;
- coût de la relation pour le groupe.

Maintenant, nous allons examiner les combinaisons des critères au regard de leurs modalités à l'intérieur de chacune des 6 classes.

1.2. La création des combinaisons d'attributs par classe

Nous avons construit toutes les combinaisons de nos critères à l'intérieur de chacune des six classes. Cette étape a été effectuée au moyen du logiciel R dont le programme est joint en annexe 2.

Voici, à titre indicatif et pour chaque classe, le nombre de combinaisons trouvées.

Tableau 7 : Nombre théorique de combinaisons par classe

Classes	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Nombre de combinaisons	34992	18225	72	80	16	2880

Source : Elaboré par l'auteure.

Le nombre de combinaisons par classe reste très élevé. Il est, en effet, le résultat de l'association systématique d'un attribut avec tous les autres attributs de la classe. Or, il est probable que certaines associations d'attributs soient incompatibles. C'est pourquoi, nous devons, avant de poursuivre, procéder à l'élimination de ces combinaisons.

2. L'examen des configurations au sein de chaque classe : élimination des combinaisons incompatibles

Nous examinons attentivement toutes les associations d'attributs en vue d'éliminer les combinaisons contradictoires. Par contradictoire, nous entendons que les attributs[589] associés dans la combinaison sont incompatibles.

2.1. Le procédé

Pour chaque classe, nous croisons systématiquement les attributs deux à deux en se posant la question suivante : « *est-il possible de trouver simultanément ces deux attributs* ? ».
Si la réponse est affirmative, les deux attributs sont considérés comme compatibles, sinon nous concluons qu'ils sont contradictoires (incompatibles). Lorsque nous hésitons sur le caractère éventuellement contradictoire de l'association de deux attributs, nous considérons leur présence simultanée comme possible. En effet, nous ne voulons pas prendre le risque d'éliminer des combinaisons potentiellement compatibles.
Ainsi, nous créons pour chaque classe un tableau croisant tous les attributs de la classe deux à deux. Puis, nous remplissons toutes les cases du tableau en mettant « 1 » lorsque nous considérions les deux attributs comme compatibles et « -1 » dans le cas contraire.

2.2. Illustration par un exemple

Prenons un exemple : Dans la classe A, nous étudions le croisement de la variable « *engagement des membres du groupe dans la relation* » avec « *initiative de la relation* ». Le résultat du croisement est décrit dans le tableau ci-dessous :

[589] Nous entendons par attribut la combinaison du critère avec une modalité. Par exemple, l'engagement dans la relation est un critère. Un engagement fort dans la relation est un attribut.

Tableau 8 : Croisement des variables « engagement des membres » et « initiative de la relation »

	Initiative de l'action		
Engagement des membres du groupe dans la relation	Initiative d'un individu	Initiative de plusieurs membres du groupe	Initiative imposée
Engagement nul	1	-1	1
Engagement faible	1	1	1
Engagement fort	1	1	-1

Source : Elaboré par l'auteure.

Commentaire : lorsque la relation est initiée par plusieurs membres du groupe, leur engagement dans la relation ne peut pas être nul. De même, si l'action est imposée aux membres du groupe, ces derniers ne vont pas se mobiliser fortement pour le projet.

L'ensemble des résultats pour les classes A et B est consultable à l'annexe 3.

2.3. Le résultat : une diminution sensible du nombre de configurations de relations

Nous repérons, grâce aux tableaux similaires à celui-ci-dessus, toutes les incompatibilités des attributs pris deux à deux. En regardant attentivement les tableaux ainsi constitués, nous constatons que nous n'avons **pas de critères totalement incompatibles**. En effet, chaque variable a au moins une modalité compatible avec une modalité d'une autre variable.

Par contre, dans la classe A, la variable « champs des activités du groupe mises dans la relation[590] » n'a aucune incompatibilité avec les autres variables de la classe. Cette variable ne nous apportera donc pas d'information cruciale, c'est pourquoi, nous décidons de l'extraire de la classe A pour la création des configurations.

Une fois les incompatibilités recensées, nous les avons extraites des combinaisons construites. Nous obtenons, moyennant un petit programme informatique, un fichier contenant toutes les combinaisons d'attributs compatibles et qui se présente comme suit :

[590] Cette variable précisait si la relation concernait des activités centrales (cœur de métier) ou des activités périphériques, voire des activités d'innovation.

Tableau 9 : Extrait du fichier regroupant les configurations compatibles de la classe B

num	Histoire antérieure	Rapport de force	Eloignement	Valeurs culturelles	Statut entre gpes	Grades entre gpes	durée	formalisation
1215	Connaissance par réputation	équilibré	proche	totalement identiques	proches	niveaux ident	provisoire	relation informelle
1215	Connaissance par réputation	favorable	proche	totalement identiques	proches	niveaux ident	provisoire	relation informelle
1216	Relations antérieures	défavorable	éloigné	totalement identiques	proches	niveaux ident	provisoire	relation informelle
1216	Connaissance par réputation	équilibré	éloigné	totalement identiques	proches	niveaux ident	provisoire	relation informelle
1216	Connaissance par réputation	favorable	éloigné	totalement identiques	proches	niveaux ident	provisoire	relation informelle
1312	Connaissance par réputation	défavorable	éloigné	partiellement opposées	proches	niveaux diff	provisoire	relation informelle
1313	Connaissance par réputation	équilibré	éloigné	partiellement opposées	proches	niveaux diff	provisoire	relation informelle
1345	Connaissance par réputation	équilibré	proche	totalement opposées	éloignés	niveaux diff	provisoire	relation informelle
1346	Connaissance par réputation	favorable	proche	totalement opposées	éloignés	niveaux diff	provisoire	relation informelle
1346	Connaissance par réputation	défavorable	proche	totalement opposées	éloignés	niveaux diff	provisoire	relation informelle
1347	Connaissance par réputation	équilibré	proche	totalement opposées	éloignés	niveaux diff	provisoire	relation informelle
2121	Connaissance par réputation	équilibré	proche	partiellement opposées	proches	niveaux diff	provisoire	convention
2122	Connaissance par réputation	équilibré	éloigné	partiellement opposées	proches	niveaux diff	provisoire	convention
2122	Connaissance par réputation	favorable	éloigné	partiellement opposées	proches	niveaux diff	provisoire	convention
2122	Connaissance par réputation	défavorable	éloigné	partiellement opposées	proches	niveaux diff	provisoire	convention
3638	Relations antérieures	équilibré	proche	partiellement identiques	proches	niveaux ident	provisoire	procédures
3650	Relations antérieures	équilibré	proche	partiellement opposées	proches	niveaux ident	provisoire	procédures
3914	Relations antérieures	équilibré	proche	totalement identiques	proches	niveaux ident	pérenne	procédures
4011	Connaissance par réputation	équilibré	proche	partiellement opposées	proches	niveaux diff	pérenne	procédures
4011	Connaissance par réputation	favorable	proche	partiellement opposées	proches	niveaux diff	pérenne	procédures

Source : Elaboré par l'auteure.

En procédant ainsi pour l'ensemble des classes, nous totalisons le nombre de combinaisons compatibles par classe.

Tableau 10 : Résultat du travail d'élimination des combinaisons d'attributs incompatibles

	Nombre de combinaisons d'attributs						
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F	Total
Avant traitement des incompatibilités	34992	18225	72	80	16	2880	56265
Après traitement des incompatibilités[591]	1200	492	22	46	16	333	2109

Source : Elaboré par l'auteure.

2.4. Essai d'illustration des configurations de relations

Compte tenu du nombre élevé de combinaisons restantes après le traitement des incompatibilités, nous ne pouvons pas étudier l'ensemble des 2073 combinaisons, car cette opération nous prendrait un temps considérable. Nous avons prélevé quelques combinaisons d'attributs à l'intérieur de chaque classe pour vérifier la compatibilité des attributs en les illustrant par un exemple.

[591] et élimination de la variable « champ d'activité du groupe »

Tableau 11 : Examen de trois combinaisons d'attributs de la classe A

numéro de la combinaison	5252	1520	1462
Identification des membres au groupe	faible	faible	faible
Diversité appartenance	monogroupe	polygroupe	polygroupe
Initiative de la relation	1 groupe de personnes	1 individu du groupe	1 individu du groupe
Degrè d'engagement	fort	faible	faible
Stabilité du groupe (nombre de personnes)	stable	en augmentation	en diminution
Stabilité (Turn Over)	pas de Turn over	turn over fort	turn over fort
Statuts des membres du groupe	homogène	non homogène	non homogène
Grade des membres du groupe	niveau identique	niveau identique	niveau ident
Echange d'information entre les membres du groupe	flux tt azimut	flux ciblé	flux coordonné

Source : Elaboré par l'auteure.

La combinaison n°5252 correspond à un groupe non hiérarchique consensuel fortement mobilisé, stable, en confiance. La situation peut s'apparenter à un groupe qui se mobilise pour sa survie.

La combinaison n°1520 traduit un groupe dont les membres font aussi partie d'autres groupes**.** Le groupe est en croissance mais avec un *turn-over* fort. Il est faiblement engagé sur l'objectif dont l'initiative revient au leader du groupe. Une équipe sportive d'amateurs en cours de constitution, fragile (en raison de la différence de statuts) peut être une illustration de cette combinaison d'attributs.

La combinaison n°1462 correspond à une équipe dont l'activité est normée. Faiblement engagée sur l'objectif dont l'initiative vient d'un leader, l'équipe voit ses effectifs baisser et le *turn-over* est fort. L'équipe est donc très fragile (normes contraignantes, différence de statuts, *turn-over* fort, etc.).

A cette étape, **nous avons réussi à réduire le nombre de nos combinaisons d'attributs** caractérisant une relation entre groupes d'individus. Toutefois, ce nombre reste important (2109 au total). De plus, nous avons travaillé sur les combinaisons à l'intérieur de chaque classe. Or, la relation entre groupes d'individus, telle que nous l'avons caractérisée dans le chapitre précédent, prend en compte 32 critères. Il va donc falloir croiser toutes les

combinaisons des critères des six classes. C'est ce que nous allons aborder dans la section suivante.

Section 2 : Association des configurations établies au sein des différentes classes.

Nous poursuivons notre démarche de construction d'un corpus *a priori* de configurations de relations entre groupes d'individus. Nous sommes toujours confrontés au nombre important de combinaisons qui résultera de l'association des configurations des six classes. Nous devons de nouveau à ce stade trouver une solution pour diminuer le nombre de configurations de relations. Nous nous sommes demandé s'il n'existait pas des configurations possédant quelques attributs communs. Dans le cas affirmatif, nous pouvons **les réunir en groupes homogènes** de configurations de relations. C'est cette démarche que nous allons présenter maintenant.

1. La recherche de groupes homogènes de combinaisons d'attributs par classe

Nous allons d'abord présenter la démarche que nous avons suivie pour constituer des groupes homogènes de combinaisons d'attributs. Puis, nous déroulerons les différentes étapes pour la classe A et la classe B.

1.1. Présentation de la démarche

Compte tenu du petit nombre de combinaisons d'attributs dans chaque classe, nous ne pouvons pas utiliser les méthodes appropriées pour la recherche de groupes homogènes à savoir les méthodes d'analyses multidimensionnelles. Nous avons donc procédé pas à pas en utilisant des techniques simples (création de sous fichiers, tris sur les variables).

La démarche se décline en trois grandes étapes qui s'effectuent de manière analogue pour toutes les classes contenant les combinaisons d'attributs. Nous avons réalisé toutes les étapes de la procédure avec le logiciel EXCEL.

Dans une première étape, nous trions les combinaisons d'attributs en prenant comme référence un des attributs où plutôt le critère auquel il est rattaché. Par exemple, l'attribut « accord réversible » est associé au critère «caractère de l'accord ». C'est donc sur ce critère

que nous effectuons un tri. Le résultat de ce tri correspond à un regroupement des différentes modalités pour chaque critère.
Nous répétons cette opération autant de fois qu'il y a de critères dans la classe. Ainsi, pour la classe A qui contient sept critères *(initiative de la relation, degré d'engagement du groupe, échange d'information, identification des individus au groupe, statut des membres du groupe, grade des membres du groupe, diversité d'appartenance des membres du groupe*), nous effectuons sept fois cette opération. Nous constituons ainsi sept fichiers informatiques.

L'étape suivante consiste à examiner les autres variables du fichier au regard de la variable triée. L'objectif étant de trouver si, parmi les autres variables, il en existe une dont les modalités se répartissent par paquet au sein des modalités de la variable triée. En le disant autrement, nous cherchons la variable dont les modalités se concentrent au sein des modalités de la variable de tri. Si nous trouvons une telle variable, nous retenons la variable de tri comme la variable (d'entrée) qui va structurer les combinaisons de configurations en groupes homogènes. Une fois cette variable sélectionnée, il nous reste à positionner les autres variables à chaque étape de la construction du groupe homogène de combinaisons. Le résultat de ce travail s'apparente à la création d'un arbre avec une racine (la variable d'entrée), des branches et des arêtes.

En résumé, pour constituer cette arborescence, nous adoptons le raisonnement suivant :
1 – Nous choisissons un critère qui constitue en quelque sorte la clé d'entrée dans toutes les combinaisons (que nous pouvons assimiler à la racine de notre arbre) ;
2 - A partir de cette variable, nous repérons le critère dont les modalités sont distribuées par paquet au sein des modalités de la variable d'entrée. Nous obtenons ainsi les premières « branches » ;
3 – Nous réitérons l'opération précédente mais cette fois-ci à partir du second critère et ainsi de suite avec les autres variables ;
4 – Nous stoppons la démarche lorsque les branches ne regroupent qu'un faible nombre de combinaisons.

Nous allons maintenant présenter les différentes étapes de la démarche effectuée au sein des classes A et B.

1.2. Mise en œuvre de la démarche : construction des arborescences.

Nous allons détailler la démarche pour la classe A (qui décrit les caractéristiques d'un groupe) et la classe B (qui décrit la relation du groupe avec son partenaire).

1.2.1. Création de l'arborescence pour la classe A

Nous trions le fichier des combinaisons de la classe A successivement sur chacune des variables. Nous obtenons ainsi sept fichiers chacun trié sur une et une seule variable. Cette étape peut être schématisée de la manière suivante :

Tableau 12 : Extrait de la constitution des sept fichiers issus de la classe A

Fichier de départ comprenant toutes les combinaisons des attributs de la classe A.

num	identification au groupe	Diversité appartenance	Initiative de l'action	Degrès d'engagement	Statuts des membres	grade des membres	Echange d'information
1000	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	non homogène	niveau ident	flux tt azimut
1000	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	non homogène	niveau ident	flux tt azimut
1001	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	non homogène	niveau ident	flux coordonné
1001	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	non homogène	niveau ident	flux coordonné
1002	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	non homogène	niveau ident	flux ciblé
1002	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	non homogène	niveau ident	flux ciblé
1014	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	homogène	niveau diff	flux tt azimut
1014	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	fort	homogène	niveau diff	flux tt azimut

Fichier trié sur « initiative »

Initiative de la relation	**	grade des membres	Echange d'information
1 gpe de pers	**	niveau diff	flux tt azimut
1 gpe de pers	**	niveau diff	flux coordonné
1 gpe de pers	**	niveau diff	flux ciblé
1 gpe de pers	**	niveau diff	flux tt azimut
1 gpe de pers	**	niveau diff	flux coordonné
1 gpe de pers	**	niveau diff	flux ciblé
1 gpe de pers	**	niveau diff	flux tt azimut
1 gpe de pers	**	niveau diff	flux coordonné

Fichier trié sur « statut des membres»

Initiative de l'action	**	Statuts des membres	**	Echange d'information
1 gpe de pers	**	homogène	**	flux tt azimut
1 ind du gpe	**	homogène	**	flux tt azimut
1 gpe de pers	**	homogène	**	flux coordonné
1 ind du gpe	**	homogène	**	flux coordonné
1 gpe de pers	**	homogène	**	flux ciblé
1 ind du gpe	**	homogène	**	flux ciblé
1 ind du gpe	**	homogène	**	flux tt azimut
1 gpe de pers	**	homogène	**	flux tt azimut

Fichier trié sur « échange.. »

Statuts des membres	grade des membres	Echange d'information
non homogène	niveau ident	flux ciblé
non homogène	niveau ident	flux ciblé
homogène	niveau diff	flux ciblé
homogène	niveau diff	flux ciblé
homogène	niveau diff	flux ciblé
homogène	niveau diff	flux ciblé
non homogène	niveau diff	flux ciblé
non homogène	niveau diff	flux ciblé

Source : Elaborée par l'auteure.

Après un examen attentif des sept fichiers constitués, nous sélectionnons le fichier trié sur la variable « **échange d'informations entre les membres du groupe** » qui a les modalités suivantes : « *pas de flux* », « *flux ciblé* », « *flux tout azimut* », « *flux coordonné* ». En effet, le fichier trié sur la variable « échange d'informations entre les membres du groupe » met en

évidence que chacune des 3 modalités de la variable se divise en deux paquets au regard de la variable « grade des membres du groupe ».

Les traitements statistiques sur la variable « échange d'informations entre les membres du groupe » donnent les résultats suivants :

Tableau 13 : Résultat du tri sur la variable « échange d'informations entre les membres du groupe »

Extrait

num	identification au groupe	Diversité appartenance	Initiative de l'action	Engagement des membres	Stabilité du gpe (nb)	Stabilité (TO)	Statuts des membres	grade des membres	Echange d'info
8441	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
5704	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	stable	Pas de TO	non homogène	niveau diff	flux ciblé
1362	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
1376	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	augmentation	TO faible	non homogène	niveau diff	flux ciblé
1074	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	stable	Pas de TO	homogène	niveau diff	flux ciblé
1088	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	stable	Pas de TO	non homogène	niveau diff	flux ciblé
1362	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	faible	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
1376	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	faible	augmentation	TO faible	non homogène	niveau diff	flux ciblé
1535	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	faible	augmentation	TO fort	homogène	niveau diff	flux ciblé
8444	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	fort	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
5564	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	fort	stable	Pas de TO	homogène	niveau diff	flux ciblé
8443	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	fort	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
1017	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	fort	augmentation	TO fort	homogène	niveau diff	flux ciblé
1477	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	fort	diminution	TO fort	homogène	niveau diff	flux ciblé
1074	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	fort	stable	Pas de TO	homogène	niveau diff	flux ciblé
°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°
°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°
8153	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	augmentation	TO faible	homogène	niveau ident	flux ciblé
5417	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	stable	Pas de TO	non homogène	niveau ident	flux ciblé
9448	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	diminution	TO fort	non homogène	niveau ident	flux ciblé
5272	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	stable	Pas de TO	homogène	niveau ident	flux ciblé
5416	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	stable	Pas de TO	non homogène	niveau ident	flux ciblé
1463	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	diminution	TO fort	non homogène	niveau ident	flux ciblé
1045	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	stable	Pas de TO	homogène	niveau ident	flux ciblé
1060	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	stable	Pas de TO	non homogène	niveau ident	flux ciblé
1333	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	faible	augmentation	TO faible	homogène	niveau ident	flux ciblé
1348	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	faible	augmentation	TO faible	non homogène	niveau ident	flux ciblé
1506	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	faible	augmentation	TO fort	homogène	niveau ident	flux ciblé
5321	ident forte	monogroupe	1 gpe de pers	faible	stable	Pas de TO	homogène	niveau ident	flux ciblé
8200	ident forte	monogroupe	1 ind du gpe	faible	augmentation	TO faible	homogène	niveau ident	flux ciblé
7624	ident forte	monogroupe	1 ind du gpe	faible	diminution	TO faible	homogène	niveau ident	flux ciblé
5320	ident forte	monogroupe	1 ind du gpe	faible	stable	Pas de TO	homogène	niveau ident	flux ciblé
8156	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	fort	augmentation	TO faible	homogène	niveau ident	flux ciblé
9308	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	fort	diminution	TO fort	homogène	niveau ident	flux ciblé
5276	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	fort	stable	Pas de TO	homogène	niveau ident	flux ciblé
1276	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	fort	diminution	TO faible	homogène	niveau ident	flux ciblé
8204	ident forte	monogroupe	1 gpe de pers	fort	augmentation	TO faible	homogène	niveau ident	flux ciblé
7628	ident forte	monogroupe	1 gpe de pers	fort	diminution	TO faible	homogène	niveau ident	flux ciblé

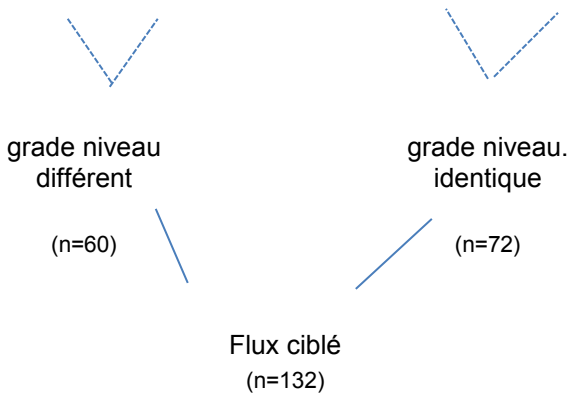
Source : Elaboré par l'auteure

Nous retenons donc la variable « échange d'informations entre les membres du groupe » comme **racine** de notre arborescence et la variable « grade des membres du groupe » comme **première branche** de notre arbre. Ce résultat nous satisfait car, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'organisation est définie comme un ensemble de relations entre groupes humains. Et, les relations permettent un échange d'informations entre les

membres. Les individus du groupe sont donc reliés par des flux d'informations. Cela constitue donc une caractéristique structurante du groupe.

Nous pouvons commencer à dessiner notre arborescence en y incluant le nombre de combinaisons trouvées à chaque niveau.

Figure 12 : Représentation de la racine et de la première branche de notre arborescence



Source : Elaborée par l'auteure.

Nous poursuivons notre travail en regardant successivement la branche grade « *niveau différent* » puis la branche grade « *niveau identique* ». En procédant de la même manière que précédemment, nous sélectionnons à cette étape la variable « identification des membres au groupe ».

Tableau 14 : Répartition de la variable « identification des membres au groupe » au sein de la modalité « niveau différent » de la variable « grade des membres du groupe »

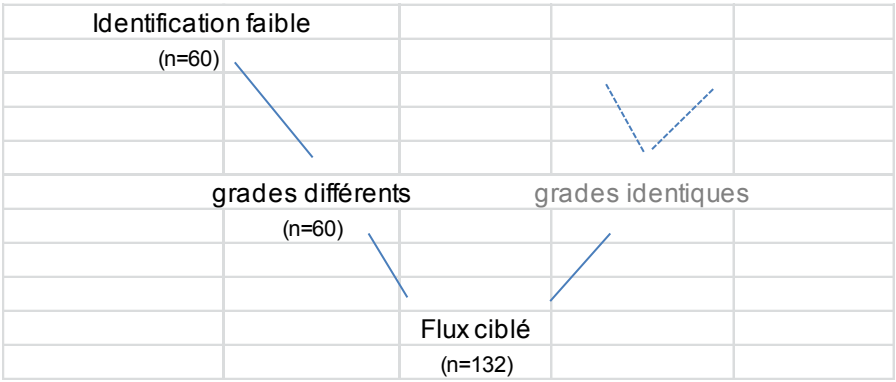
Extrait du tableau

num	identification au groupe	Diversité appartenance	Initiative de l'action	Degrès d'engagement	Stabilité du gpe (nb)	Stabilité (TO)	Statuts des membres	grade des membres	Echange d'info
8585	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	augmentation	TO faible	non homogène	niveau diff	flux ciblé
9593	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	diminution	TO fort	homogène	niveau diff	flux ciblé
5561	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	stable	Pas de TO	homogène	niveau diff	flux ciblé
5705	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	faible	stable	Pas de TO	non homogène	niveau diff	flux ciblé
8440	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
7864	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	diminution	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
9592	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	diminution	TO fort	homogène	niveau diff	flux ciblé
5560	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	faible	stable	Pas de TO	homogène	niveau diff	flux ciblé
1362	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
1376	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	augmentation	TO faible	non homogène	niveau diff	flux ciblé
1492	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	diminution	TO fort	non homogène	niveau diff	flux ciblé
1074	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	stable	Pas de TO	homogène	niveau diff	flux ciblé
1088	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	faible	stable	Pas de TO	non homogène	niveau diff	flux ciblé
°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°
°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°	°°°°
1362	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	faible	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
1492	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	faible	diminution	TO fort	non homogène	niveau diff	flux ciblé
1074	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	faible	stable	Pas de TO	homogène	niveau diff	flux ciblé
1088	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	faible	stable	Pas de TO	non homogène	niveau diff	flux ciblé
8444	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	fort	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
9596	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	fort	diminution	TO fort	homogène	niveau diff	flux ciblé
5564	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	fort	stable	Pas de TO	homogène	niveau diff	flux ciblé
1017	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	fort	augmentation	TO fort	homogène	niveau diff	flux ciblé
7867	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	fort	diminution	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
5563	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	fort	stable	Pas de TO	homogène	niveau diff	flux ciblé
1362	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	fort	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
1074	ident faible	polygroupe	1 gpe de pers	fort	stable	Pas de TO	homogène	niveau diff	flux ciblé
1362	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	fort	augmentation	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé
1305	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	fort	diminution	TO faible	homogène	niveau diff	flux ciblé

Source : Elaboré par l'auteure

Nous constatons que nous n'avons que des identifications « *faibles* » au sein de la modalité « *niveau différent* ». Une des branches de notre arborescence peut se dessiner comme suit :

Figure 13 : Construction du second niveau de l'arbre – 1ère partie



Source : Elaborée par l'auteure.

Par contre, pour la branche « *grades identiques* », c'est la variable « degré d'engagement des membres du groupe » qui va être retenue pour constituer le second niveau de l'arbre.

Tableau 15 : Sélection de la variable « degré d'engagement » au regard de la répartition de ses modalités au sein de l'attribut « grade des membres identique ».

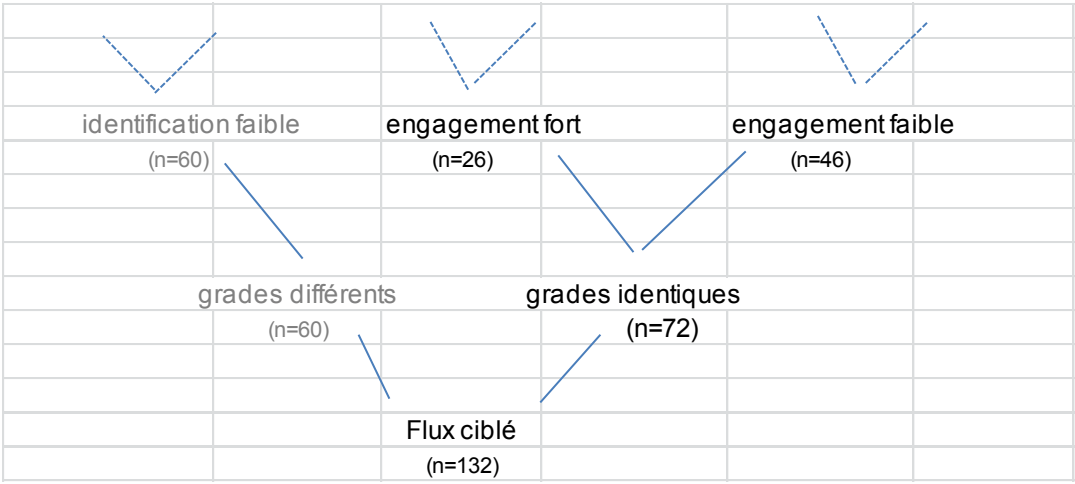
Extrait du tableau

num	identification au groupe	Diversité appartenance	Initiative de l'action	**Degrès d'engagement**	Stabilité du gpe (nb)	Stabilité (TO)	Statuts des membres	**grade des membres**	Echange d'info
8153	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	**faible**	augmentation	TO faible	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
8297	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	**faible**	augmentation	TO faible	non homogène	**niveau ident**	flux ciblé
7576	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	**faible**	diminution	TO faible	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
7720	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	**faible**	diminution	TO faible	non homogène	**niveau ident**	flux ciblé
9304	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	**faible**	diminution	TO fort	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
9448	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	**faible**	diminution	TO fort	non homogène	**niveau ident**	flux ciblé
7624	ident forte	monogroupe	1 ind du gpe	**faible**	diminution	TO faible	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
5320	ident forte	monogroupe	1 ind du gpe	**faible**	stable	Pas de TO	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo
ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo	ooooo
9308	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	**fort**	diminution	TO fort	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
5276	ident faible	monogroupe	1 gpe de pers	**fort**	stable	Pas de TO	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
8155	ident faible	monogroupe	1 ind du gpe	**fort**	augmentation	TO faible	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
1506	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	**fort**	augmentation	TO fort	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
1276	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	**fort**	diminution	TO faible	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
1449	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	**fort**	diminution	TO fort	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
1045	ident faible	polygroupe	1 ind du gpe	**fort**	stable	Pas de TO	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
8204	ident forte	monogroupe	1 gpe de pers	**fort**	augmentation	TO faible	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
7628	ident forte	monogroupe	1 gpe de pers	**fort**	diminution	TO faible	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
5324	ident forte	monogroupe	1 gpe de pers	**fort**	stable	Pas de TO	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
8203	ident forte	monogroupe	1 ind du gpe	**fort**	augmentation	TO faible	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
7627	ident forte	monogroupe	1 ind du gpe	**fort**	diminution	TO faible	homogène	**niveau ident**	flux ciblé
5323	ident forte	monogroupe	1 ind du gpe	**fort**	stable	Pas de TO	homogène	**niveau ident**	flux ciblé

Source : Elaboré par l'auteure.

Nous pouvons donc compléter notre arborescence.

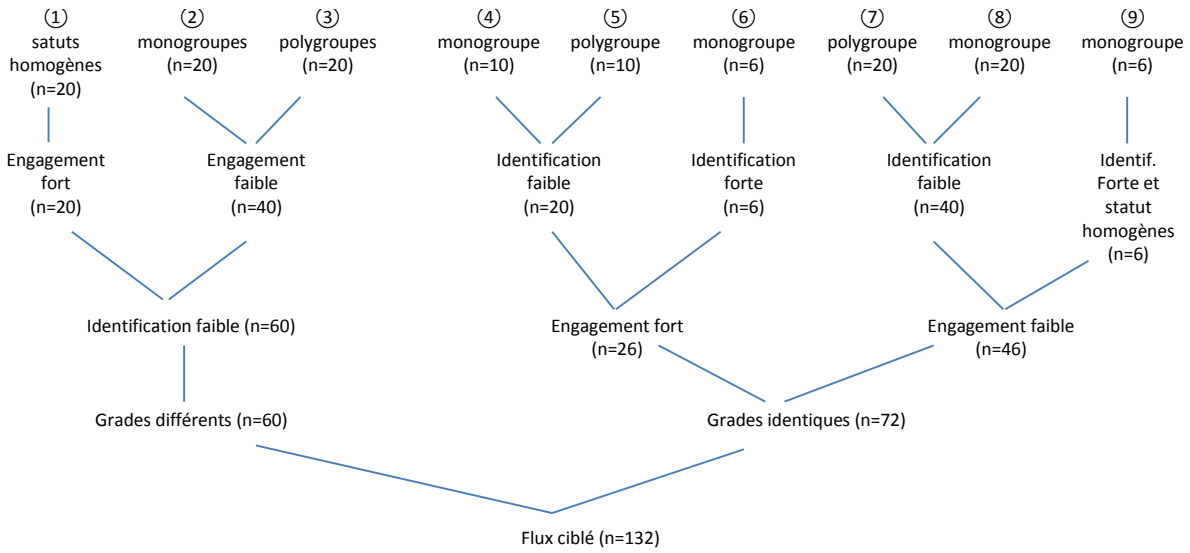
Figure 14 : Construction du second niveau de l'arbre – 2ème partie



Source : Elaborée par l'auteure.

Nous nous sommes posé la question de savoir à quel moment il est judicieux de s'arrêter dans l'arborescence. Nous décidons de ne pas ajouter de niveau supplémentaire dès lors que les effectifs deviennent trop faibles. En effet, il s'agit de trouver des groupes les plus homogènes possibles en nombre limité mais à effectif relativement élevé. Nous nous sommes donc arrêtés à la quatrième branche. Nous obtenons ainsi **neuf groupes homogènes** identifiant les principales caractéristiques d'un groupe que nous pouvons représenter comme suit :

Figure 15 : Schéma complet représentant les groupes homogènes de combinaisons d'attributs relatif au flux ciblé - Classe A



Source : Elaborée par l'auteure.

Dans l'arborescence ci-dessus, nous constatons que seul le critère « initiative de la relation » de la classe A n'apparait pas dans les quatre premiers niveaux de l'arbre. Il ne structure donc pas les groupes homogènes.

Nous venons de détailler les étapes de la construction de groupes homogènes de combinaisons pour la modalité « *flux ciblé* ». Qu'en est-il pour les autres modalités de ce critère ? En fait, nous retrouvons une arborescence analogue pour le « *flux coordonné* » et le « *flux tout azimut* ». Nous pouvons en déduire que **le flux d'informations** entre les membres d'un groupe **n'entraine pas la formation d'une configuration particulière** différente d'un type de flux à l'autre. Par contre, **quelque soit le flux, nous avons un éventail de 9 configurations différentes**.

Passons maintenant à la constitution des groupes homogènes de combinaisons d'attributs de la classe B. Pour rappel, elle caractérise la relation d'un groupe avec un ou plusieurs partenaires.

1.2.2. Création de l'arborescence pour la Classe B

Nous procédons de manière analogue que pour la constitution des groupes homogènes de combinaisons d'attributs de la classe A. Nous ne donnerons ici que quelques informations sur la formation de ses groupes homogènes ainsi que sur l'arborescence finalisée.

La variable clé (ou racine de l'arbre) se trouve être le « **rapport de force** ». Attardons nous quelques instants sur cette variable et sur son rôle dans la relation d'un groupe avec un ou des partenaires.

Les acteurs d'une organisation décident d'actions stratégiques pour atteindre leur objectif. Ils travaillent sur la nature de leur engagement dans l'action. Avant de choisir telle ou telle action, les acteurs examinent les potentialités de l'organisation pour atteindre leur objectif. Ce diagnostic consiste en une analyse des forces et des faiblesses de l'organisation mais aussi de ses opportunités ou des menaces externes. Il se couple donc d'une analyse des caractéristiques de l'organisation et des caractéristiques de son environnement.

Godet (1997)[592] propose une méthode d'analyse structurelle qui commence par la sélection des caractéristiques - dénommées par la suite « facteurs » - internes et externes qui spécifient le mieux l'organisation. Par exemple, dans le cadre d'une stratégie de rapprochement entre deux structures hospitalières, les facteurs internes et externes peuvent être par exemple les suivants : les caractéristiques de l'activité hospitalière, de l'offre de soins (y compris l'offre concurrente) mais aussi la distance entre les établissements, la zone d'attraction, la structure de la population, le comportement de la population vis-à-vis des structures, etc.[593].

Ensuite, Godet (*cf. supra*) propose d'étudier les influences respectives des facteurs. La méthode MICMAC permet d'identifier les facteurs les plus influents et les plus dépendants (variables clés).

[592] Godet, M. (1997). *Manuel de prospective stratégique*. Paris: Dunod.

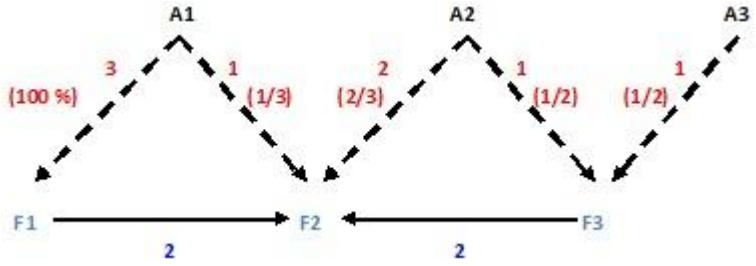
[593] Variables identifiées pour une analyse structurelle étudiant le rapprochement entre deux établissements d'Aquitaine à la fin des années 1990.

Comme les facteurs internes et externes permettent aux acteurs d'agir, il faut donc les repérer qu'ils soient internes ou externes et mesurer leur influence sur les facteurs clés.
Le poids relatif des acteurs sur les facteurs est une indication des rapports de forces entre acteurs.

Pour illustrer nos propos, nous pouvons reprendre le cheminement adopté par Escaffre - dans son cours de management et prospective[594] - en le synthétisant car cela n'est pas l'objet principal de notre travail.

Soient trois acteurs A1, A2, A3 et trois facteurs F1, F2 et F3. Le calcul du poids relatif des acteurs sur les facteurs est reporté sur le schéma ci-dessous :

Figure 16 : Poids des acteurs sur les différents facteurs



Source : Escaffre (cf. supra).

Le schéma se lit de la manière suivante : l'acteur A1 a une influence forte (égale à 3) sur le facteur 1. Comme il est le seul à avoir de l'influence sur ce facteur, l'influence est de 100%. Par contre, l'acteur A1 a une influence faible (égale à 1) sur le facteur F2. L'influence de l'acteur A1 sur le facteur F2 est de 1/3 car l'acteur A2 a aussi une influence sur le facteur F2. Par ailleurs, le facteur F1 influence fortement le facteur F2.

Maintenant si nous considérons que le facteur F2 est un facteur « enjeu »[595], c'est-à-dire très convoité, nous pouvons calculer un indicateur de rapport de force de chaque acteur sur le facteur F2 :

[594] Escaffre, J.-P. (2014). Management et prospective. Cours Master 2 MIAGE. Université de Rennes 1.
[595] La qualification des facteurs (facteurs enjeux, régulateurs, leviers, secondaires, etc..) est obtenue par le positionnement des facteurs sur un plan influence-dépendance par la méthode MICMAC (Godet, 1997).

Tableau 16 : Description des influences directes et indirectes des acteurs sur les facteurs

A1 :	. Influence directe : . Influence indirecte par F1 → F2 :	1/3 1*2 =2	7/3
A2 :	. Influence directe : . Influence indirecte par F3 → F2 :	2/3 (1/2)*2 = 1	5/3
A3 :	. Influence directe : . Influence indirecte par F3 →F2 :	0 (1/2)*2 = 1	1

Source : Escaffre (cf. supra).

C'est l'acteur A1 qui a la plus grande capacité (7/3) à agir sur le facteur F2. Mais son influence n'est pas extraordinaire.

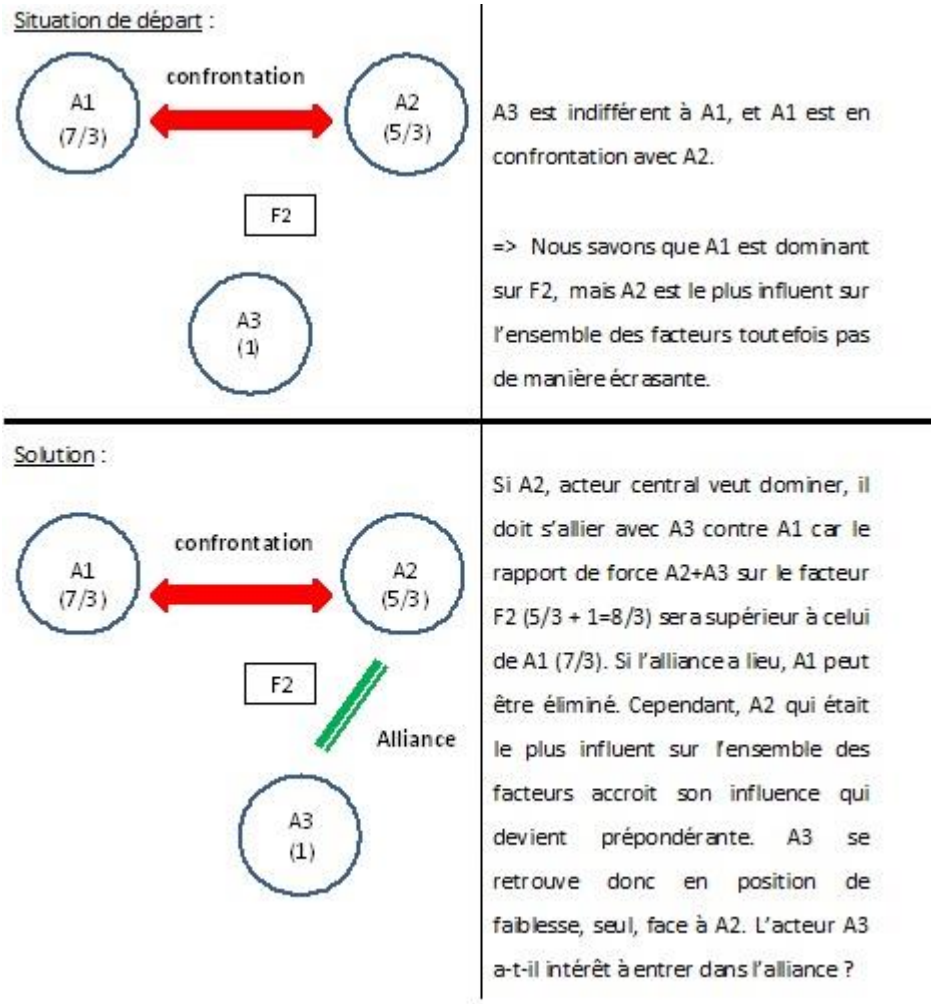
Supposons que l'acteur A2 soit un acteur central c'est-à-dire que, sur l'ensemble des facteurs (F1, F2 et F4), il soit le plus influent sans pour autant que sa puissance[596] par rapport aux autres acteurs ne dépasse les 50%.

Quelle stratégie chacun des acteurs peut-t-il adopter?

[596] Par puissance, nous entendons la capacité de l'acteur à agir sur le système des facteurs.

Supposons pour simplifier que les acteurs aient le choix entre trois stratégies possibles: l'indifférence, la confrontation et l'alliance. Que pouvons-nous dire d'une stratégie qui serait celle-ci :

Figure 17 : Les relations supposées entre acteurs



Source : Escaffre (cf. supra).

Au travers cet exemple, nous voyons l'importance du rapport de force dans le choix de la relation entre des acteurs.

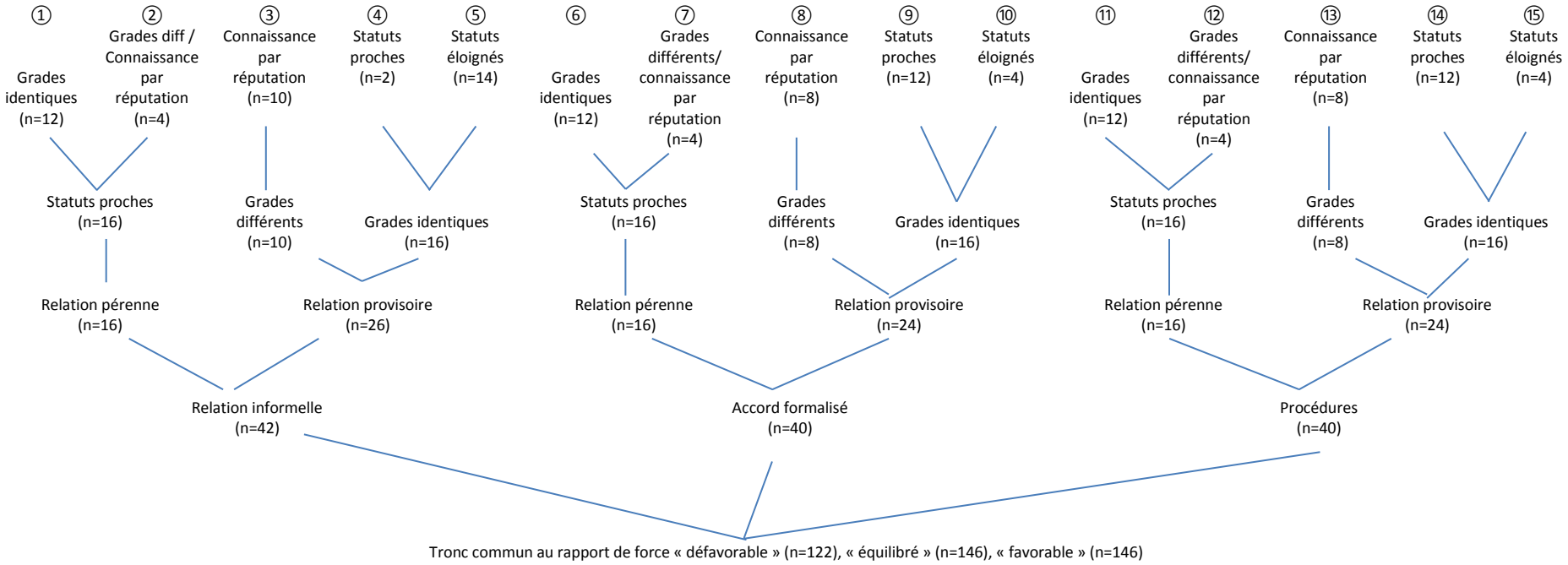
Revenons maintenant à la création de l'arborescence de la classe B (caractéristiques de la relation).

Les graphes correspondant aux « *rapport de force équilibré* » et « *rapport de force favorable* » sont identiques. Celui concernant le « *rapport de force défavorable* » a une

branche en moins. En effet, nous n'y retrouvons pas les « *règles* » comme formalisation de la relation.

Nous présentons dans un premier temps les parties communes de l'arborescence que nous retrouvons pour les trois modalités du « rapport de force » (figure 18).

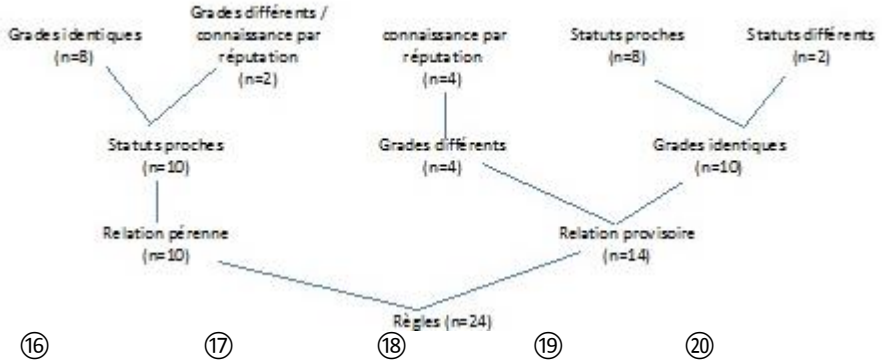
Figure 18 : Partie de l'arborescence des groupes homogènes de combinaisons d'attributs commune à toutes les modalités de la variable « rapport de force »



Source : Elaborée par l'auteure.

Une branche spécifique aux « *rapport de force équilibré* » et « *rapport de force favorable* » concerne la modalité « *règles morales* » de la variable « formalisation de la relation ».

Figure 19 : Branche spécifique au « rapport de force équilibré » et « rapport de force favorable »



Source : Elaborée par l'auteure.

La variable « éloignement géographique du groupe / à son partenaire » n'apparaît pas dans les quatre premiers niveaux de l'arbre. Ce résultat rejoindrait ce qui se dit dans la littérature à savoir que la proximité non spatiale serait plus déterminante que la proximité spatiale dans la relation avec un partenaire. En effet, d'après Aguilera et Léthiais (2011)[597], l'absence de culture commune, de langage commun, de modes organisationnels proches sont des facteurs agissant négativement sur la relation inter-organisationnelle.

Nous venons de réduire considérablement le nombre de combinaisons d'attributs. Cependant, nous avons travaillé en considérant les classes A, B, C, D, E et F indépendamment les unes des autres. Or, chacune des classes caractérise une dimension de la relation entre groupes. Nous devons donc maintenant relier les combinaisons d'attributs des six classes pour établir nos configurations théoriques de relations entre groupes.

2. L'association des différents groupes homogènes de combinaisons d'attributs créés au sein des six classes

Après avoir travaillé au niveau de chacune des classes, il nous reste maintenant à associer les différents groupes homogènes des différentes classes.

[597] Aguilera, A., Lethiais, V. (2011). Transmission des connaissances dans les relations de coopération inter-entreprises : TIC versus face à face. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 4(2), 269.

2.1. La décision de ne prendre que les arborescences des classes A et B

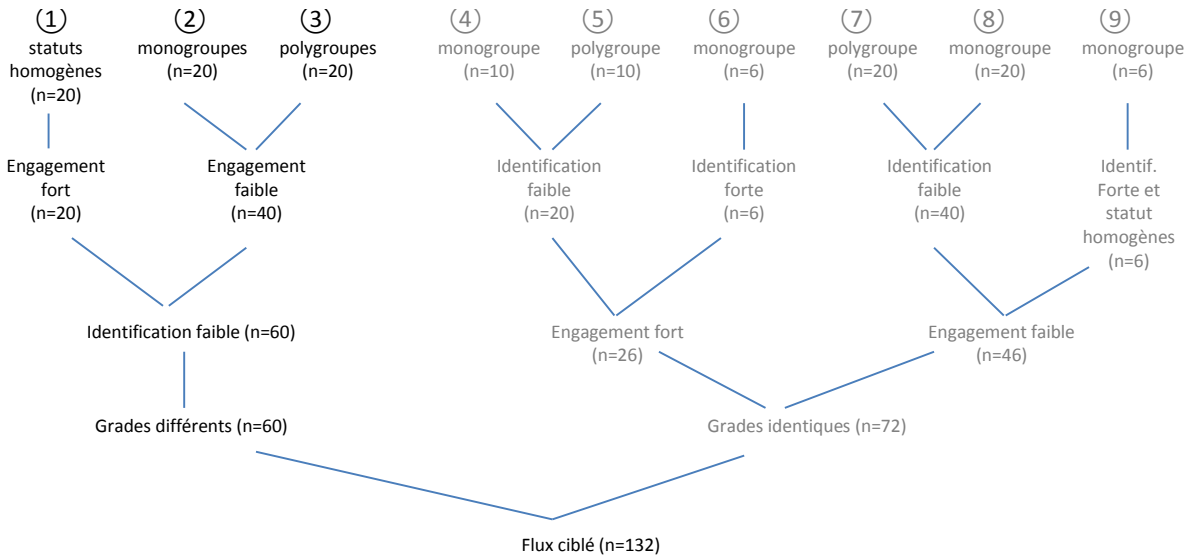
Nous nous sommes posé la question de la nécessité de croiser tous les groupes homogènes de combinaisons d'attributs. En effet, outre les spécificités du groupe qui se met en relation et les caractéristiques d'une relation, nos combinaisons d'attributs traitent du financement et du coût de la relation, ainsi que des activités et des apports engagés par le groupe dans la relation. Nous considérons que les attributs **les plus importants** pour qualifier une relation entre groupes d'individus sont ceux de la classe A (caractéristiques du groupe) et ceux de la classe B (spécificités de la relation du groupe avec son partenaire). Toutefois, nous ne faisons pas l'impasse sur les classes C, D, E et F. Nous utiliserons les critères de ces quatre classes pour compléter notre base de données de formes relationnelles.

2.2. L'association inter-classes des groupes homogènes de combinaisons (constituant les arborescences) passe avant tout par une réduction de leur nombre

En ne conservant que la classe A et la classe B, le nombre de configurations potentielles que nous allons obtenir, en croisant tous les groupes, reste très élevé. En effet, si nous associons les 29 groupes homogènes de la classe A aux 55 groupes de la classe B, nous allons nous retrouver avec 1595 (29x55) combinaisons potentielles.

Nous décidons de revenir à nos arborescences et de « couper les branches » au 3ème niveau de l'arborescence. Nous procédons de la même manière pour les classes A et B. C'est pourquoi, nous ne détaillons la démarche que pour la classe A. De plus l'arborescence concernant le flux d'information « *ciblé* » ou « *tout azimut* » ou « *coordonné* » étant identique, nous ne détaillons l'opération que pour le flux « *ciblé* ».

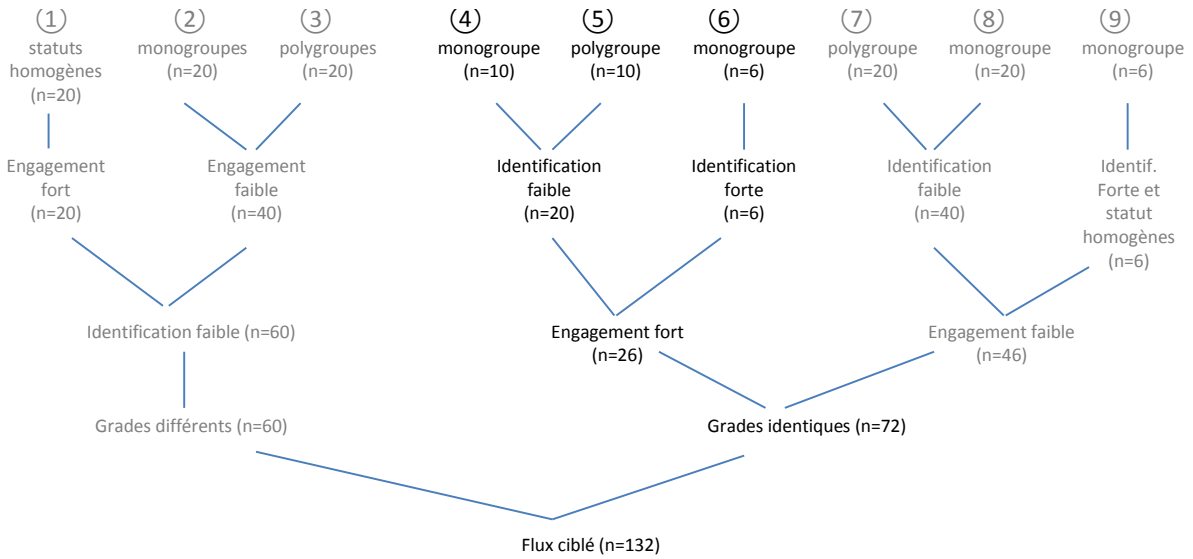
Reprenons le graphe de la classe A pour le flux ciblé.



Examinons les branches de gauche à savoir les branches ①, ②, et ③. Elles ont en commun « *grades différents* », « *identification faible* » mais elles se distinguent sur l'engagement des membres du groupe. L'engagement est « *fort* » pour la branche ①, « *faible* » pour les branches ② et ③. La branche ① doit donc restée isolée mais qu'en est-il des branches ② et ③ ? Comme c'est la même variable à savoir l'appartenance des membres au groupe qui sépare la branche ② de la branche ③, nous pouvons les regrouper comme suit :

Branches		Socle
①	A1.1	Socle 1 (2 attributs en commun)
② ③	A1.2	

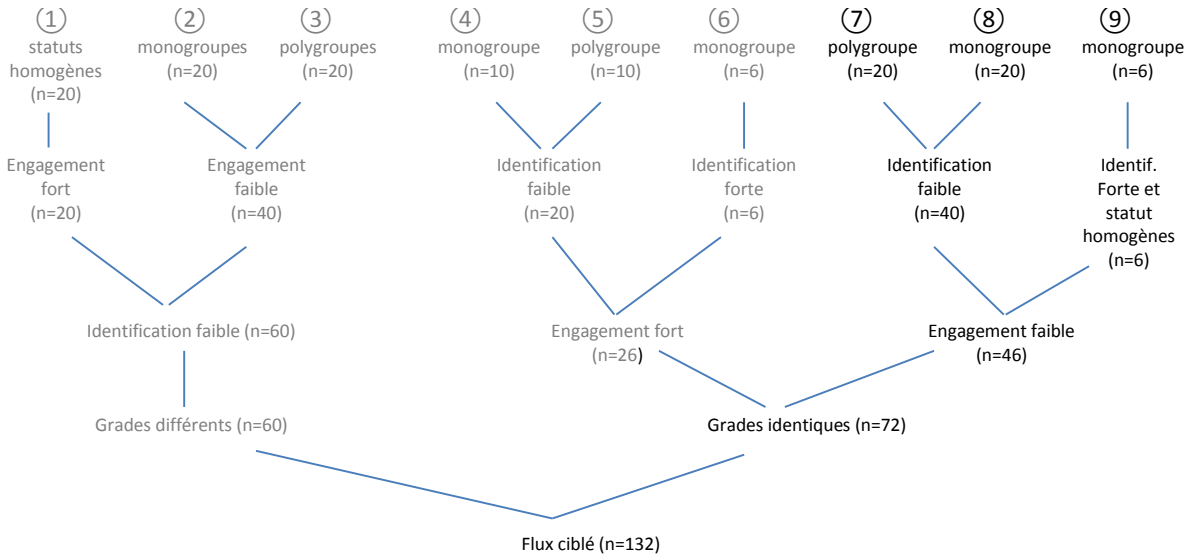
Passons aux branches suivantes :



Les branches ④, ⑤, et ⑥ ont en commun « *grades identiques* », et « *engagement fort* » des membres du groupe. Par contre, elles divergent sur l'identification des membres au groupe. L'identification est « *faible* » pour les branches ④ et ⑤ et « *forte* » pour la branche ⑥. Cette branche doit donc restée isolée mais qu'en est-il des branches ④ et ⑤ ? Comme c'est la même variable à savoir l'appartenance des membres au groupe qui sépare les deux branches ④ et ⑤, elles peuvent donc n'en faire qu'une. Nous obtenons le résultat suivant :

Branches		Socle
④ ⑤	A2	Socle 2
⑥	A3	Socle 3

Enfin, les branches ⑦, ⑧, et ⑨ ont en commun « *grades identiques* », et « *engagement faible*» des membres du groupe.



Par contre, l'identification des membres au groupe est « faible » pour les branches ⑦ et ⑧ et « *forte* » pour la branche ⑨ et les statuts de membres du groupe sont tous homogènes. Nous choisissons de regrouper uniquement les branches ⑦ et ⑧ comme suit :

Branches		Socle
⑨	A4.1	Socle 4 (2 attributs en commun)
⑦ ⑧	A4.2	

Après avoir effectué un travail analogue pour la classe B, nous obtenons le résultat global suivant :

Tableau 17 : Regroupement des branches en socles pour les classes A et B

Socles		Branches Classe A
Socle 1	A1.1	①
	A1.2	② ③
Socle 2	A2	④ ⑤
Socle 3	A3	⑥
Socle 4	A4.1	⑨
	A4.2	⑦ ⑧

Socles		Branches Classe B
Socle 1	B1	① ②
Socle 2	B2.1	③
	B2.2	④ ⑤
Socle 3	B3	⑥ ⑦
Socle 4	B4.1	⑨ ⑩
	B4.2	⑧
Socle 5	B5	⑪ ⑫
Socle 6	B6.1	⑭ ⑮
	B6.2	⑬
Socle 7	B7	⑯ ⑰
Socle 8	B8.1	⑲ ⑳
	B8.2	⑱

Source : Elaboré par l'auteure

Par regroupements successifs, nous obtenons quatre socles pour la classe A et huit socles pour la classe B. Les principales caractéristiques de ces socles peuvent être résumées comme suit :

Tableau 18 : Caractéristiques des socles

Classe A :

Socle 1 :	« Hiérarchie[598] » entre les membres du groupe – équipe à identification faible
Socle 2 :	Groupe de même niveau – équipe fortement engagée mais à identification faible
Socle 3 :	Groupe de même niveau – équipe fortement engagée mais à identification forte
Socle 4 :	Groupe de même niveau – équipe faiblement engagée

Classe B:

Socle 1 :	Relation informelle - durée pérenne - statuts proches
Socle 2 :	Relation informelle - durée provisoire
Socle 3 :	Accord formalisé - durée pérenne – statuts proches
Socle 4 :	Accord formalisé - durée provisoire
Socle 5:	Procédures - durée pérenne – statuts proches
Socle 6 :	Procédures- durée provisoire
Socle 7 :	Règles - durée pérenne – statuts proches – valeurs culturelles « identiques »
Socle 8 :	Règles - durée provisoire - valeurs culturelles « identiques »

Source : Elaboré par l'auteure.

Rappel : les socles 7 et 8 ne sont présents que dans le cadre d'un rapport de force « *équilibré* » ou « *favorable* ».

2.3. L'aboutissement du travail entrepris : un corpus *a priori* de configurations de relations entre groupes

Maintenant que nous avons un nombre raisonnable de configurations, nous pouvons croiser celles de la classe A avec celles de la classe B. Nous obtenons des configurations de relations prenant en compte les caractéristiques du groupe observé (socles de la classe A) avec les attributs de la relation (socles de la classe B). Nous associons les six socles (du socle A1.1 au socle 4.2) aux douze socles de la classe B (du socle B1 au socle B8).

Nous obtenons un corpus *a priori* de 198 configurations de relations. Pour faciliter la lecture des configurations obtenues, nous choisissons de schématiser les différentes configurations de relations comme suit :

[598] La hiérarchie ici s'entend aussi comme un pouvoir décisionnel et non pas seulement un lien hiérarchique

Un groupe observé	qui se met en relation avec un ou plusieurs partenaires
Classe A	Classe B

Ce schéma se lit de la façon suivante : nous avons, à gauche, un groupe possédant un ensemble de caractéristiques (celles de la classe A) qui établit un type de relation particulier avec un partenaire possédant des caractéristiques qui sont soit similaires soit différentes du groupe observé (informations contenues dans la classe B).

Tableau 19 : Extrait des configurations de relations reliant les combinaisons des clases A et B

Socle A1.1		**Socle A1.1/Socle B2.2**
***flux ciblé** *hiérarchie, mais équipe à identification faible * engagement fort * statuts homogènes	***Rapport de force défavorable*** *Relation informelle* *provisoire*	* grades identiques, tous statuts * Toutes valeurs culturelles
……..	……	…….
Socle A4.1		**Socle A4.1/Socle B4.2**
***flux ciblé** * statuts homogènes et grades identiques * identification forte * engagement faible	***Rapport de force identique*** *Accord formalisé* *provisoire*	* grades différents, tous statuts * Toutes valeurs culturelles * connaissance de l'autre par réputation

Un groupe observé	qui se met en relation avec un autre groupe

Source : Elaboré par l'auteure

Cette étape nous permet de construire un ensemble de configurations de relations entre des groupes d'individus. Toutefois, nous avons associé systématiquement les configurations de

la classe A avec celles de la classe B sans se soucier des cas de figures qui pourraient être peu probables.

2.4. Mise en garde contre le caractère peu probable de certaines configurations du corpus

A l'étape précédente, nous avons regroupé les branches en socles. Cette technique a pour conséquence de regrouper des branches qui ont toutefois à un niveau donné des caractéristiques qui divergent.

Par exemple, prenons la configuration issue de l'association entre le socle A4.1 et le socle B4.2 :

Socle A4.1		**Socle B4.2/Socle A4.1**
*flux ciblé * statuts homogènes et grades identiques * identification forte * engagement faible	*Rapport de force identique* *Accord formalisé* *provisoire*	 * grades différents, tous statuts * toutes valeurs culturelles * connaissance de l'autre par réputation

Dans cet exemple, la configuration symbolise une relation formelle, provisoire, d'un groupe avec un partenaire. Les grades des membres du groupe sont différents de ceux de son partenaire. Par contre, *a priori*, ce type de relation peut concerner un groupe dont les statuts de ses membres sont soit « *proches* » soit « *éloignés* » de ceux de son partenaire. Il en est de même des valeurs culturelles qui peuvent être indifféremment « *identiques* » ou « *opposées* ».

Nous devons nous demander si cette configuration est possible dans tous les cas de figures suggérés c'est-à-dire sans condition sur les statuts du groupe observé ainsi que sur ses valeurs culturelles au regard de celles de son partenaire. C'est que nous devons examiner à chaque fois qu'une configuration ne précise pas un critère.

Sur l'ensemble des configurations du corpus, nous avons repéré **trois** variables qui ne sont pas forcément précisées à savoir :

- les valeurs culturelles du groupe/ à celles de son partenaire ;
- les grades du groupe / à ceux de son partenaire ;
- les statuts du groupe / à ceux de son partenaire.

La variable clé de la relation étant le « rapport de force », nous allons examiner les cas où les associations des modalités des trois variables ci-dessus sont peu probables au regard du rapport de force.

Commençons par un petit rappel. Si le groupe peut imposer une relation à son partenaire, il est en rapport de force « *favorable* ». La situation symétrique est celle ou le groupe ne peut pas refuser la relation ce qui le met en rapport de force « *défavorable* ». Enfin, aucun des groupes ne peut imposer la relation et que cette décision ne met personne en difficulté alors le rapport de force est dit « *équilibré* ».

Les membres du groupe auront un statut « *éloigné* » de celui du partenaire dans la relation s'ils ont une mission différente ou s'ils relèvent de statuts différents, par exemple si l'un relève du secteur public et l'autre du secteur privé. Le grade des membres du groupe est différent de celui son partenaire s'il existe une hiérarchie entre les groupes ou s'il existe un pouvoir décisionnel chez l'un des groupes.

Nous avons donc examiné tous les cas de figures rencontrés dans le corpus. Nous n'exposons ici que trois cas de figures croisant les statuts, les grades, et les valeurs culturelles du groupe avec la variable « rapport de force »[599].

<u>Prenons le cas</u> où le rapport de force du groupe est « défavorable » et croisons cette modalité avec le statut, le grade et les valeurs culturelles des membres du groupe (par rapport à ceux de son partenaire) pour examiner les situations possibles ou peu probables. Le résultat est le suivant :

[599] Les autres cas de figures sont consultables à l'annexe 4.

Tableau 20 : Identification des situations possibles ou peu probables dans le cadre d'une relation avec un rapport de force « défavorable ».

	Grades différents	
Valeurs culturelles	Statuts proches	Statuts éloignés
identiques	Peu probable	Peu probable
opposées	Possible	Possible

Source : Elaboré par l'auteure.

Dans le tableau ci-dessus, deux situations sont possibles et deux sont peu probables. Prenons le cas où les statuts sont proches, et les grades différents. Si les valeurs culturelles sont identiques, le fait d'avoir des statuts proches rend peu probable une relation dans laquelle le groupe se trouverait dans un rapport de force qu'il lui est défavorable et ce quelque soit le grade.

Penons un autre exemple : le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire est « équilibré ». Le croisement de ce critère avec les variables « grades », « statuts » et « valeurs culturelles » du groupe / à ceux de son partenaire donne les résultats suivants:

Tableau 21 : Identification des situations possibles ou peu probables dans le cadre d'une relation avec un rapport de force « équilibré »

	Statuts proches	
Valeurs culturelles	Grades identiques	Grades différents
identiques	Possible	Peu probable
opposées	Possible	Peu probable

Source : Elaboré par l'auteure.

Comme dans le tableau précédent, deux situations sont possibles et deux sont peu probables. Prenons le cas ou les statuts sont proches et les grades différents. Cela signifie qu'il existe une hiérarchie entre les deux groupes ou qu'un groupe a un pouvoir décisionnel sur l'autre. La conjonction d'une même mission ou d'un statut proche avec des grades différents impliquant une hiérarchie entre les groupes ou un pouvoir décisionnel différent rend peu probable une relation dans laquelle en tant que groupe, celui-ci serait en rapport de force « *équilibré* » vis-à-vis de son partenaire, que ses valeurs culturelles soient « *identiques* » ou « *opposées* ».

Examinons pour finir la situation où le groupe est en rapport de force favorable vis-à-vis de son partenaire.

Tableau 22 : Identification des situations possibles ou peu probables dans le cadre d'une relation avec un rapport de force « favorable »

	Statuts éloignés	
Valeurs culturelles	Grades identiques	Grades différents
identiques	Peu probable	Possible
opposées	Possible ?	Possible

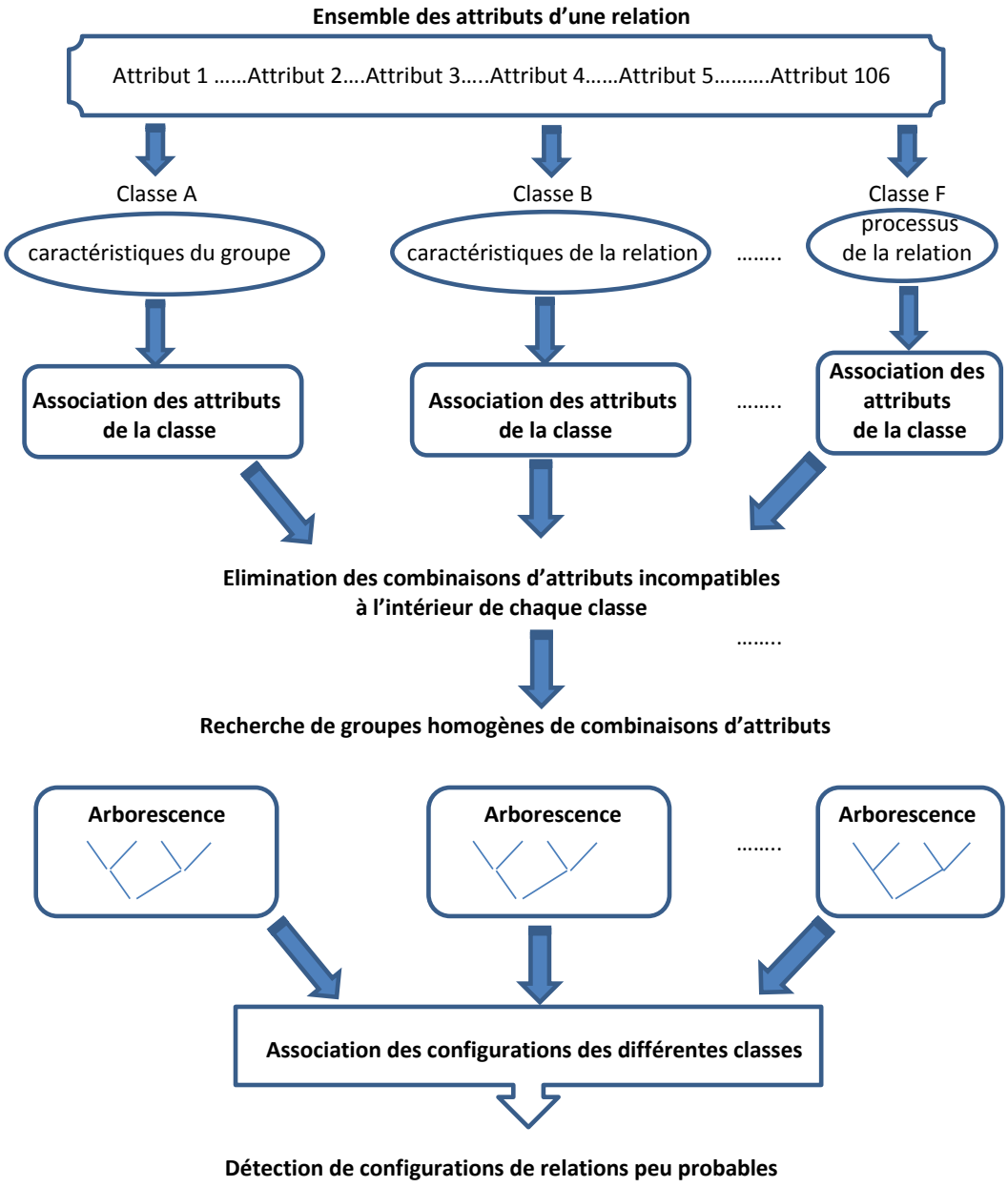
Source : Elaboré par l'auteure.

Nous avons identifié une seule situation peu probable dans le tableau ci-dessus. En effet, si les valeurs culturelles sont identiques, ainsi que les grades, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de pouvoir décisionnel d'un groupe sur un autre ou de hiérarchie entre les groupes, le rapport de force sera plutôt « *équilibré* ».

Grâce à ce travail, nous avons enrichi notre corpus en repérant des configurations de relation peu probables.

La construction de ce corpus de configurations de relations a nécessité plusieurs étapes que nous pouvons schématiser comme suit :

Figure 20 : Synthèse des différentes étapes nécessaires pour construire notre corpus a priori de configurations de relations.



Source : Elaborée par l'auteure.

Conclusion du chapitre

Au chapitre précédent, nous avions sélectionné trente deux critères pour rendre compte de toutes les dimensions d'une relation entre groupes d'individus quelle qu'en soit la forme. En effet, la description d'une relation comprend des éléments relatifs au groupe qui se met en relation, relatifs à son positionnement vis-à-vis de son partenaire et enfin des caractéristiques sur le type de relation engagée. Toutes ces dimensions doivent être combinées pour traduire globalement une relation entre groupes d'individus.

Ce travail nous a pris pas mal de temps compte tenu du nombre important de critères retenus et des nombreuses étapes nécessaires à l'élaboration du corpus. A chaque étape, nous avons été confrontés à un nombre de combinaisons potentiellement très élevé. Nous avons du réfléchir systématiquement à des façons de réduire ce nombre sans que cela nous fasse perdre de l'information capitale sur les relations.

Nous pouvons synthétiser la démarche entreprise en deux grandes étapes : dans un premier temps, munis de tous nos critères, nous avons construit toutes les combinaisons d'attributs sur chacune des dimensions de la relation. Une fois, les combinaisons consolidées, nous avons croisé les combinaisons uniquement sur deux dimensions pour constituer toutes les formes possibles de relations entre un groupe et son partenaire. Les deux dimensions sélectionnées portent sur les caractéristiques du groupe ainsi que son positionnement du groupe dans sa relation avec un partenaire.
Nous aboutissons à un corpus *a priori* de 198 configurations de relations entre groupes d'individus. Ce corpus ne constitue pas une théorie mais s'en approche. En effet, nous n'avons pas trouvé de concepts précis dans la littérature relatifs aux relations entre groupes d'individus. Mais nous avons trouvé beaucoup de critères pouvant caractériser une relation nous permettant ainsi de constituer un corpus *a priori* des configurations de relations.

Le chapitre 3 et le chapitre 4 constituent une étape intermédiaire n'apportant pas de résultats sur l'analyse des relations dans le secteur hospitalier. Toutefois, cette étape s'avère indispensable pour la suite de notre recherche. En effet, le corpus *a priori* de configurations de relations que nous avons réussi à constituer va nous permettre de valider la robustesse de notre base de données de relations observées dans le secteur hospitalier.

Nous confronterons les formes relationnelles de notre base de données à celles du corpus qui, nous le rappelons, regroupe toutes les formes relationnelles quel que soit le champ d'investigation. Si les relations examinées dans le secteur hospitalier trouvent leur correspondance dans le corpus alors nous aurons une base de données caractérisant parfaitement des formes relationnelles. Nous disposerons alors d'un matériau robuste pour mener nos différentes analyses.

Conclusion de la deuxième partie

La première partie de notre recherche a été consacrée à une revue de littérature sur les théories mobilisées pour analyser les relations entre organisations. A l'issue de ce travail, nous concluons - à l'instar des auteurs qui ont travaillé sur l'organisation - qu'il n'existe pas de théorie globalisante pour analyser les relations entre organisations que ce soit dans le secteur industriel ou hospitalier. Nous avons donc fait le choix de traiter les relations directement à partir des cas observés dans le secteur hospitalier.

Toutefois, nous avons décidé de passer par une étape intermédiaire à savoir la constitution d'un corpus *a priori* de configurations de relations. En effet, il est indispensable de disposer d'une base de données pertinente pour analyser les relations entre groupes d'individus. Ce corpus doit être composé de tous les profils de relations potentiellement observables quelque soit le champ d'investigation.

C'est ainsi que nous avons consacré la seconde partie de notre recherche à la construction de ce corpus *a priori* de configurations de relations. Elle constitue une étape intermédiaire avant la présentation, dans la troisième partie, des résultats de nos analyses sur nos données empiriques.

Nous avons consacré un chapitre introductif à l'examen de notre terrain d'investigation - à savoir le champ hospitalier - en parcourant les réformes qui ont favorisé puis incité fortement la coopération entre les différents acteurs du secteur hospitalier. Nous avons décrit en quoi les relations qui se sont concrétisées sur le terrain modifient quelque peu le paysage sanitaire. Nous concluons à un **bilan mitigé** des actions entreprises dans la mesure où elles n'ont répondu que partiellement aux objectifs des réformes.

Dans le **chapitre 3**, nous avons décrit la manière dont nous avons procédé pour sélectionner et définir les critères caractéristiques d'une relation quelque soit le domaine d'investigation et qui nous ont servi à la construction d'un corpus de configurations de relations.

Puisque notre travail porte sur l'étude des relations entre organisations, nous avons débuté le chapitre par une réflexion sur l'organisation. Au regard de la complexité de l'objet organisation et donc de la multitude de définitions s'y rapportant, nous avons opté pour une

approche de l'organisation se rapprochant de définitions données dans la littérature. Ainsi donc, par organisation, nous entendons : « un ensemble de relations entre groupes humains pour mener une action coordonnée ». Cette approche de l'organisation nous amène à **déplacer notre analyse des relations entre organisations vers une analyse des relations entre groupes d'individus**. Dorénavant, dans la suite de notre travail, il sera question de relations (ou formes relationnelles) entre groupes d'individus et non plus de relations entre organisations.

La recherche de critères pour caractériser des relations a été menée en nous appuyant principalement, mais pas seulement, sur notre revue de littérature effectuée dans la première partie de notre travail. Cette recherche nous a permis de sélectionner **trente-deux critères**. Nous les avons définis puis caractérisés par des modalités afin de couvrir l'ensemble des formes relationnelles théoriquement possibles. Nous avons opté pour un petit nombre de modalités qualitatives pour chaque critère.

Nous avons consacré tout un chapitre (le **chapitre 4**) à la démarche entreprise pour construire notre corpus *a priori* de configurations de relations. Nous avons procédé par étape pour combiner les différents attributs[600] sélectionnés. Notre principale difficulté a été le nombre très élevé de combinaisons potentielles en combinant tous les attributs. Nous les avons donc d'abord regroupés en six classes, chacune caractérisant une dimension de la relation. Puis, nous avons recherché des groupes homogènes d'attributs, au sein de chaque classe, afin que le corpus ne contienne qu'un nombre limité de configurations de relations. Puis, nous avons associé les groupes homogènes d'attributs des différentes classes.

Nous avons obtenu **un corpus *a priori* de 198 configurations de relations.** Ce corpus *a priori* de configurations de relations nous servira à **tester la robustesse** de notre base de données de formes relationnelles issues du secteur hospitalier.

Nous allons maintenant passer à **la troisième et dernière partie** de notre recherche. Les résultats des différentes analyses menées sur les relations entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier y seront présentés.

[600] Par attribut, nous entendons une variable dont on a associé une modalité. Ex : la variable « rapport de force » associé à la modalité « équilibré ».

Elle débute par une présentation de la **méthodologie** de recherche utilisée.

Le **chapitre 5** est consacré à la présentation des premières analyses des formes relationnelles de notre échantillon. L'objectif étant de caractériser au mieux les relations entre groupes d'individus.

Nous débutons le chapitre par une confrontation des formes relationnelles de notre base de données avec les configurations de notre corpus afin de **valider la robustesse** de notre échantillon.

Nous poursuivons notre investigation par un dépouillement simple de l'ensemble des caractéristiques des configurations afin de faire **ressortir les spécificités** des relations entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier.

Ensuite, nous effectuons une première analyse pour étudier la possibilité de **caractériser les relations au regard de leur habillage juridique**. **Les résultats obtenus n'étant que peu discriminants**, nous décidons d'affiner l'analyse dans le chapitre suivant.

Dans le **chapitre 6**, nous procédons à une analyse globale de nos relations en vue de mettre en évidence des **profils homogènes** de formes relationnelles. Pour cela, nous utilisons des analyses multidimensionnelles que nous appliquons à l'ensemble des caractéristiques de nos relations sans privilégier un critère plus qu'un autre. Puis, compte tenu des **résultats intéressants obtenus**, nous proposons une **grille de lecture** des relations qui se présente sous la forme d'un spectre des formes relationnelles délimité par deux pôles extrêmes à savoir l'entropie d'un côté et la néguentropie (ou soumission totale) de l'autre.

TROISIÈME PARTIE : Proposition d'un cadre d'analyse des formes relationnelles dans le secteur hospitalier

Introduction de la troisième partie :

Proposition d'un cadre d'analyse des formes relationnelles dans le secteur hospitalier

Dans la partie précédente, nous avons construit un corpus *a priori* de configurations de relations. Cette étape intermédiaire entre l'analyse théorique des relations entre organisations dans le secteur hospitalier et notre recherche empirique n'apporte pas de résultats mais elle était indispensable dans le cheminement de notre travail de recherche. En effet, nous avons pris le parti de nous appuyer sur aucune théorie habituellement sollicitée pour l'étude des relations. Cependant, nous avons jugé nécessaire de disposer d'une base de données robuste ne mettant pas en doute la crédibilité des résultats de nos analyses. Et, c'est donc en confrontant les formes relationnelles de notre échantillon à celles du corpus que nous pourrons nous assurer de la robustesse de notre base de données.

Nous allons maintenant consacrer notre troisième et dernière partie à l'analyse des relations entre groupes d'individus, à partir des données collectées dans le secteur hospitalier.

Dans cette recherche empirique, nous visons deux objectifs :

- faire ressortir des profils homogènes relations entre groupes d'individus grâce à une typologie des formes relationnelles représentatives de ce phénomène dans le secteur hospitalier ;
- proposer un cadre d'analyse des relations entre groupes d'individus qui permette de positionner toute forme relationnelle mise en œuvre dans le secteur hospitalier au regard d'un minimum de critères.

Nous entamons cette troisième partie par un **chapitre préliminaire** consacré à la présentation de notre protocole de recherche et de notre recueil de données. Nous y justifions l'intérêt d'une recherche sur les formes relationnelles dans le secteur hospitalier ainsi que les questionnements afférents. Puis, nous présentons notre étude empirique et la manière dont nous avons recueilli les données.

Le **chapitre 5** et le **chapitre 6** sont consacrés à la présentation des différentes analyses effectuées et surtout des résultats obtenus.

Le **chapitre 5** débute par une **description simple** de notre base de données composée de 83 formes relationnelles après avoir validé la robustesse de celle-ci en la confrontant à notre corpus *a priori* de configurations de relations.

Nous poursuivons notre démarche par une **analyse des relations au regard de leur habillage juridique.** En effet, dans notre échantillon, chaque relation formelle est associée à un type d'accord qui prend la forme d'une convention, d'un GCS, d'un GIP, etc. L'objet de cette analyse est la recherche éventuelle de caractéristiques communes au sein de chaque type d'accord. Compte tenu du résultat obtenu – à savoir que **l'habillage juridique n'est pas discriminant** - mais qui est cohérent avec les conclusions d'auteurs tels que Garrette et Dussauge (1995)[601] concernant le secteur industriel, nous procédons à des analyses complémentaires que nous détaillons dans le chapitre 6.

Le **chapitre 6** présente, tout d'abord, les principaux résultats de la taxonomie effectuée sur l'ensemble des caractéristiques de nos formes relationnelles et qui nous permet **de dégager quelques profils homogènes de relations**. Ce résultat satisfaisant nous amène à poursuivre notre démarche qui aboutit à **la proposition d'un cadre d'analyse** des formes relationnelles observées dans le secteur hospitalier. Considérant que toute relation se situe entre deux pôles extrêmes, nous nous inspirons des travaux de Williamson - sur les « formes hybrides » - et de Mintzberg - sur les configurations organisationnelles - pour déterminer ces deux pôles entre lesquels nous positionnons les formes relationnelles observées dans le secteur hospitalier.

[601] Garrette, B., Dussauge, P. (1995). *Les stratégies d'alliance*. Paris: Eds d'Organisation.

Chapitre préliminaire : cadre d'analyse et méthodologie de la recherche

Nous avons décidé de ne pas utiliser un modèle théorique pour analyser les relations dans le secteur hospitalier et de partir directement des données empiriques. C'est pourquoi, nous avons, dans la seconde partie de notre travail, construit un corpus *a priori* de configurations de relations. Ce corpus sera utilisé pour tester la robustesse de notre base de données de configurations sur laquelle nous effectuerons toutes nos analyses.

Notre travail de recherche consiste à analyser la diversité des formes relationnelles dans le secteur hospitalier.

Nous pouvons formuler nos **questionnements** de recherche comme suit :

➢ Comment caractériser les relations que nous observons dans le secteur hospitalier sans s'adosser à une théorie ? **Est-il possible de dégager des profils homogènes de formes relationnelles ?** Si oui, pouvons-nous en tirer des concepts ou des lois générales pouvant enrichir notre connaissance sur le sujet?

➢ Les premières analyses que nous effectuerons sur les données de notre échantillon mettront en évidence que les relations entre groupes d'individus, quand elles aboutissent à un accord, ne sont pas forcément stables[602]. Elles peuvent constituer une étape vers une relation plus poussée mais elles peuvent aussi s'avérer fragiles ou échouer à court ou moyen terme. **Y-a-t-il des « lois » qui impriment le passage d'une forme relationnelle à une autre ? D'une situation transitoire à une situation stable ou d'une filière à un système hiérarchique, par exemple ? Est-il possible de créer un spectre des formes relationnelles ?**

Pour répondre à ces questions, nous devons définir notre démarche de recherche. Nous consacrons donc la **section 1** à la justification du choix du secteur hospitalier comme champ d'analyse puis nous précisons notre mode de raisonnement. Dans la **section 2**, nous décrivons les étapes de notre démarche de recherche.

[602] Nous le constaterons à l'occasion de l'analyse des relations au regard de leur habillage juridique (chapitre 5) et à l'issue de la taxonomie (chapitre 6).

Section 1 : Le champ d'analyse et notre positionnement de chercheur

Nous avons constaté dans le chapitre préliminaire de notre seconde partie que le secteur hospitalier a fait l'objet de nombreuses réformes. La plupart d'entre elles ont entraîné des actions de coopération. Mais, c'est un champ qui est encore peu exploré. Ce sont ces aspects entre autres qui ont justifié notre investigation sur les relations entre organisations hospitalières.

1. La justification de l'étude des formes relationnelles dans le champ hospitalier

1.1. Un milieu hospitalier peu investi par les chercheurs

Le milieu hospitalier, et en particulier l'hôpital, est un champ d'investigation peu exploré ou tout au moins qui n'a été exploré que récemment. En effet, le secteur hospitalier n'a été appréhendé comme sujet de recherche en Sciences de Gestion[603] qu'à la fin des années 1980 (Schweyer, 2006).[604] Il y avait bien, avant cette période, des articles mais ils étaient principalement écrits par des hospitaliers, des économistes ou des administrateurs. Lorsque les articles se sont multipliés sur le milieu hospitalier, ils ont plutôt porté sur la performance hospitalière, les réformes structurelles, et la maîtrise des coûts. Ils abordent donc le milieu hospitalier sous l'angle d'une analyse médico-économique. Ce n'est que récemment que des thèmes tels que le climat organisationnel, la coopération entre professionnels, les outils de gestion, la gestion des ressources humaines sont l'objet d'études (Baret et *al.* (2010)[605], Nobre et *al.* (2011)[606], Minvielle et *al.* (2012)[607]).

[603] Un dossier spécial de la revue « Soins cadre » est consacré à « Recherche et management» dans le secteur de la santé.

[604] Schweyer, F.-X. (2006). L'hôpital, une transformation sous contrainte. Hôpital et hospitalier dans la revue. *Revue Française des Affaires sociales*, 4(4), 203-223.

[605] Baret, C. et coll. (2010). Le rôle des acteurs et des outils de gestion dans les transformations des organisations de santé. *Journal de gestion et d'économie médicale*, 3(28), 99-100.

[606] Nobre, T. et coll. (2011). Chercheurs en Gestion : Acteurs de la transformation des organisations de santé ? *Journal de gestion et d'économie médicale*, 1(29), 3-4.

[607] Minvielle, E. et coll. (2012). Tendances sur les travaux de recherche en gestion dans le domaine de la santé : Colloque ARAMOS. *Journal de gestion et d'économie médicale*, 7(30), 415-417.

1.2. Mise en œuvre de relations et modification de l'organisation hospitalière

Les relations entre groupes vont être appréhendées comme une réponse à la crise du secteur hospitalier. Elles sont envisagées comme un moyen de maîtriser les dépenses hospitalières au sens où elles doivent aboutir à une meilleure répartition de l'offre de soins. Elles vont, toutefois, modifier le paysage sanitaire français[608] mais aussi l'organisation hospitalière.

1.2.1. L'hôpital de 1941 à 1970[609]

L'organisation hospitalière s'est créée au fil des réformes. La loi du 21 décembre 1941[610] (dit charte hospitalière) ouvre l'hôpital à toute personne malade qu'elle puisse payer ses soins ou pas. Ce changement de prise en charge – l'hôpital n'est plus réservé aux indigents - va transformer le fonctionnement de la structure hospitalière. Elle va se doter de services cliniques, de plateaux techniques, de services logistiques, et d'une administration.

La création de la Sécurité sociale en 1945, en apportant des ressources à l'hôpital, sera un moteur de croissance pour le développement de ses activités.

Des années 1960 aux années 1970, les hôpitaux français vont bénéficier des effets de la croissance économique. Nous assistons à de nombreuses constructions et modernisations hospitalières sur tout le territoire pour faire face à la demande de prise en charge des maladies infectieuses. La nécessité de prodiguer des soins aigus va faciliter le développement de technologies performantes au sein de l'hôpital. L'hôpital est à la pointe du progrès technique, et souvent le premier employeur de la commune sur laquelle il est implanté. En effet, l'utilisation de techniques nouvelles entraine des recrutements importants de personnels.

[608] Se référer au chapitre préliminaire de notre deuxième partie.
[609] Tiré de Molinié (2005), Moisdon (2012), Irdes (2010).
[610] République Française (1941). Loi du 21 décembre 1941 sur la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils. *Journal officiel* du 30 décembre 1941. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

La loi du 31 décembre 1970[611] fait de l'hôpital public **le pivot de l'organisation des soins** en créant le Service public hospitalier. L'hôpital se recentre sur des missions sanitaires.

L'hôpital est doté d'une personnalité juridique et un budget propre lui est alloué.

La fonction de directeur d'hôpital est créée par la loi de 1941. Il est le responsable hiérarchique de l'ensemble du personnel excepté des médecins à temps plein. Par ailleurs, il a des compétences de gestion sur les registres suivants : budget, travaux, comptes, et financement. L'hôpital est considéré comme une bureaucratie professionnelle (au sens de Mintzberg) avec deux organes indépendants : le corps administratif - représenté par le directeur de l'hôpital - et le corps médical. Ce dernier dispose d'un pouvoir important qui lui permet d'exercer sa fonction de manière autonome. Le médecin a été très actif dans le développement de sa discipline et il s'est appuyé sur le directeur de l'hôpital pour que sa tâche en soit facilitée. De son côté, le directeur de l'hôpital va défendre fermement « son » hôpital auprès des tutelles. Il tient beaucoup à l'image de son hôpital. Pour cela, il lui faut recruter du personnel très compétent pour attirer les malades et les autres acteurs tels que les médecins généralistes. Son action est locale et ses intérêts sont souvent convergents avec les autres acteurs locaux (maire, élus, corps médical, syndicats, etc…) (Pierru, 2000)[612]. Il est arrivé que le Directeur se soit allié avec le corps médical pour lutter contre la tutelle.

L'hôpital se développe donc de manière uniforme en particulier face à la concurrence du privé : il développe son plateau technique, recrute du personnel et étend sa gamme d'activités. **La concurrence ne se fait pas sur les prix mais sur l'offre de soins**. Il s'agit pour l'hôpital d'augmenter sa marche de manœuvre essentiellement par rapport au privé. Les relations entre groupes d'individus existent. Mais, selon Moisdon et Tonneau (1996)[613], les organisations hospitalières passent surtout des accords pour favoriser leur propre croissance ou pour lutter contre un rival. Par exemple, l'hôpital va attirer les médecins généralistes afin qu'ils ne soient pas capter par un concurrent.

[611] Examinée dans le chapitre préliminaire de notre deuxième partie.

[612] Pierru, F. (2000). L'hôpital est-il une entreprise ? *Problèmes économiques*, 2.646, 4-11.

[613] Moisdon, J.-C., Tonneau, D. (1996). Concurrence et complémentarité : stratégie de l'hôpital et de sa tutelle. Dans A.-P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand (Éds.), *L'hôpital stratège* (pp. 21-46). Paris : John Libbey Eurotext.

1.2.2. Les changements qui s'opèrent à partir des années 1970.

Nous n'aborderons pas ici les modifications du fonctionnement interne des hôpitaux qui se sont opérés à partir de cette période. Nous avons vu - dans le chapitre préliminaire de la seconde partie - que les différentes lois qui se succèdent poussent de manière de plus en plus incitante les établissements de santé à mettre en place des actions de coopération. Le paysage sanitaire s'en trouve ainsi modifié avec la constitution de groupements de coopération sanitaire, de communautés hospitalières de territoire, ou de groupes hospitaliers.

Le rôle du directeur change : il devient l'intermédiaire entre le pouvoir de la tutelle et le corps médical. Il est chargé de faire appliquer les nouvelles directives. Son « autonomie » va être limitée du fait de la mise en place de la contractualisation avec les ARH (puis avec les ARS) et le renforcement des contrôles et des contraintes à l'encontre de l'organisation hospitalière.

Alors que les hôpitaux avaient tendance à adopter des stratégies de développement similaires, **les accords mis en place dans le cadre des relations inter-organisationnelles vont bouleverser le paysage hospitalier**. Les transformations ne seront pas homogènes d'un établissement à l'autre puisqu'elles tiendront compte du type d'accord envisagé, des partenaires, de l'histoire de l'établissement, etc. (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996)[614].

<u>En résumé</u>, il nous parait particulièrement intéressant de nous saisir de la question des relations entre groupes d'individus dans le champ hospitalier parce que le phénomène:
- a été de grande ampleur sur tout le territoire français;
- qu'il a débouché sur des formes relationnelles très variées ;
- parce que l'issue des relations est diverse. Il est donc important d'en rechercher les raisons.

Enfin, nous estimons que les processus relationnels représentent un enjeu dans la mesure où le budget du secteur hospitalier représente au moins la moitié du budget de la Sécurité sociale. Or, nous avons pu constater qu'une relation mal menée peut engendrer des

[614] Contandriopoulos, A.-P., Souteyrand, Y., Ministère du travail et des affaires sociales, Direction des hôpitaux. (1996). *L'hôpital stratège: dynamique locale et offre de soins*. Paris: John Libbey Eurotext.

dépenses comme, par exemple, une double facturation des actes à la charge de l'Assurance maladie[615].

2. Notre posture de chercheur

2.1. Les différents courants épistémologiques

Depuis le 17ème siècle, plusieurs courants épistémologiques se sont succédés. Nous pouvons les synthétiser comme suit :

Tableau 23 : Synthèse des différents courants épistémologiques

Courant	Description	Tendance pédagogique	Philosophe ou scientifique
Rationalisme (17e siècle)	Toute connaissance valide provient essentiellement de l'usage de la raison.	Insister sur l'importance de la rationalisation au détriment de l'expérimentation.	Platon (428-347 av. J.-C.) Descartes (1596-1650) Leibnitz (1646-1716) Kant (1724-1804)
Empirisme (18e siècle)	Toute connaissance valide provient essentiellement de l'expérience.	Insister sur l'importance de l'expérimentation au détriment de la rationalisation.	Anaximène (610-545 av. J.-C.) Bacon (1561-1626) Locke (1632-1704) Newton (1642-1726) Berkeley (1685-1753)
Positivisme (19e siècle)	La science progresse en se fondant sur des faits mesurés dont elle extrait des modèles par un raisonnement inductif rigoureux. Tout ce qui n'est pas directement mesurable n'existe pas.	Reconnaître l'importance complémentaire de l'expérimentation et de la rationalisation en insistant sur la démarche scientifique qui fait progresser la science.	Sextus Empiricus (160-210) Comte (1718-1857) Stuart Mill (1806-1873) Mach (1838-1916) Bridgman (1882-1961) Bohr (1885-1962) Carnap (1891-1970)
Constructivisme (20e siècle)	Les connaissances scientifiques (observations et modèles) sont des constructions subjectives qui ne nous apprennent rien de la réalité.	Insister sur le caractère arbitraire ou subjectif des modèles scientifiques en encourageant l'élève à construire ses connaissances.	Héraclite (550-480 av. J.-C.) Protagoras (485-410 av. J.-C.) Brouwer (1881-1966) Piaget (1896-1980)
Réalisme (20e siècle)	Les modèles scientifiques sont des constructions destinées à prédire certains aspects d'une réalité objective qui existe indépendamment de l'observateur.	Insister sur la différence entre les modèles, qui sont construits par les scientifiques, et la réalité, qui existe indépendamment des modèles. Les modèles sont des approximations successives de la réalité.	Aristote (384-322 av. J.-C.) Reid (1710-1796) Planck (1858-1947) Russel (1872-1970) Einstein (1879-1955)

Source : Riopel (2013)[616].

[615] Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur (2011). Rapport d'observations définitives sur la gestion du Centre hospitalier de Saint-Tropez – Exercices 2004 et suivants. Paris : C.R.C. Consulté de http://www.crc.fr.

[616] Riopel, M. (2013). Epistémologie et enseignement des sciences. Consulte de

Alors que les courants ci-dessus semblent se démarquer les uns des autres, il s'agit, d'après Riopel, plutôt de **tendances dominantes**, un même auteur pouvant être associé à deux courants. L'auteur cite Newton qui a été qualifié d'empiriste puisque c'était le courant dominant à cette époque mais qui pourrait très bien être associé à celui du réalisme. Cette double posture que les chercheurs peuvent adopter est admise par de nombreux auteurs à l'instar de Perret et Séville (2007)[617], au regard des trois courants que sont le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme. De son côté, Dumez (2010)[618] affirme qu'il n'y a pas d' « *opposition tranchée* » entre le positivisme, le constructivisme et l'interprétativisme. Pour David (1999)[619] mais aussi Ben Aissa (2001)[620], il faut dépasser l'opposition entre « positivisme » et « constructiviste », les deux courants dominants parmi les chercheurs en Sciences de Gestion. Pour Dumez, il faut dépasser les oppositions entre les courants et pour David et Marchesnay (2004)[621], il faut adopter le même principe concernant les types de démarches inductives et déductives pour produire des connaissances scientifiques.

2.2. Notre positionnement de chercheur

En définitive, nous avons des chercheurs qui revendiquent l'unicité de la posture épistémologique et qui adoptent les démarches et les méthodes liées à cette posture. Pour eux, une seule posture est possible dans le cadre de la démarche scientifique. Elle correspond souvent au courant dominant d'une époque donnée. Il n'est pas rare de retrouver la posture positiviste ou plus récemment la posture constructiviste dans les recherches en Sciences de Gestion. D'autres chercheurs conçoivent l'existence de plusieurs postures épistémologiques qui correspondent aux différentes visions du monde. Cependant, le chercheur, s'il peut choisir entre plusieurs postures, ne peut en changer durant le déroulement de sa recherche. En autre, parce qu'il n'y a pas de passerelle entre ces différents courants qui adoptent chacun des démarches et méthodes bien spécifiques. A

http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.rim.epi.

[617] Perret, V., Séville, M. (2007). Fondements épistémologiques de la recherche. Dans R.-A. Thiétart (Éd.), *Méthodes de recherche en management* (pp. 13-33). Paris : Dunod.

[618] Dumez, H. (2010). Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion ou que répondre à la question : « quelle est votre posture épistémologique ? ». *Le Libellio d' AEGIS*, 6(4), 3-16.

[619] David, A. (1999). Logique, épistémologie et méthodologie en science de gestion. *Conférence de l'AIMS*, mai, Ecole Centrale de Paris.

[620] Ben Aissa., H. (2001). Quelle méthodologie de recherche appropriée pour une construction de la recherche en gestion ? *Xième Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique* (AIMS), 13-14-15 juin.

[621] Marchesnay, M. (2004). L'Economie et la Gestion sont-elles des sciences ? *Économie rurale,* 283-284, 85-91.

contrario, nous avons aussi les chercheurs qui considèrent que les courants ne sont pas totalement opposés et qu'il est possible de passer d'un courant à un autre tout au long du déroulement de la recherche. Ils refusent l'idée de s'enfermer dans une posture particulière.

Nous avons pris le parti de **ne pas opter pour une posture épistémologique particulière**. En effet, nous préférons confronter la théorie avec les faits par des allers- retours entre le terrain et la théorie que de choisir une démarche préétablie avec une méthode et des techniques particulières à mettre en œuvre.

Notre recherche s'est donc bâtie autour de trois pôles identifiés comme suit par Dortier (2013)[622] :

- un pôle empirique : un travail de terrain pour observer et recueillir des données ;
- un pôle théorique : un modèle ou une théorie pour expliquer, comprendre et interpréter ;
- un pôle méthodologique : une démarche et des techniques.

2.3. Le positionnement de notre travail au sein des catégories de recherches en Sciences sociales

La revue de littérature effectuée dans la première partie a fait apparaître l'absence de théorie générale sur les relations entre organisations. De plus, les théories mobilisées tendent à expliquer la genèse plus que le processus de la relation entre organisations. Nous avons donc choisi d'effectuer une **recherche de rupture**. En effet, nous allons partir de l'exploitation des formes relationnelles observées dans le secteur hospitalier. Mais, afin d'apporter de la crédibilité aux résultats de nos analyses, nous avons décidé de construire un cadre *a priori* de configurations de relations pour valider la robustesse de nos données empiriques.

[622] Dortier, J.F. (2013). Quel savoir produisent les sciences humaines ? Dans T. Lepeltier (Éd.), *Histoire et philosophie des sciences* (pp. 230-239). Auxerre: Sciences humaines éditions.

Tableau 24 : Positionnement de notre travail au sein des classes de recherches en Sciences humaines et de gestion

Spécificité / Nature	**Décrire**	**Expliquer**	**Prédire**	Changer
Fondamentale	Accumulation de travaux empiriques	Structures et fonctionnements de processus	Modélisation théorique sur des régularités	Projet philosophique
Appliquée	Description théorique de situations locales	Représentations des phénomènes	Constructions théoriques et situations	Activité politique
Expérimentale	Rapport d'expérience	Tests de causalités	Généralisation par des lois	Actions sociales
Projective	Anticipation du futur souhaité ou possible	Scénario de développement	Normalisation du phénomène et règles d'action	Systèmes experts pour donner les moyens d'action

Source : Wacheux, méthodes qualitatives et recherches en gestion - 1996[623]

En reprenant la classification des recherches en Sciences humaines et sociales de Wacheux (*cf. supra*), notre travail scientifique peut être qualifié de recherche **fondamentale** mais aussi de recherche **appliquée** dans un objectif de description, d'explication voire de prédiction.

2.4. La méthode de recherche utilisée

Il existe trois modes de raisonnements pour mener une recherche : la déduction, l'induction et l'abduction.

En choisissant le raisonnement déductif, le chercheur teste le pouvoir explicatif et prédictif d'une ou plusieurs lois ou théories sur des observations. Il cherche à démontrer la validité d'une théorie. Mais, il peut chercher à généraliser des faits établis par observation pour produire des lois ou des théories universelles. Dans ce cas de figure, le chercheur adopte un raisonnement inductif.

Quant au raisonnement **abductif**, il consiste pour le chercheur, à partir des faits observés, à faire émerger des résultats nouveaux, inconnus jusque-là, voire des concepts sans pour autant qu'ils aient force de lois universelles.

Si les concepts permettent de découvrir ou d'enrichir une théorie, nous nous trouvons dans le cadre d'une méthode de recherche particulière qui se nomme la théorie ancrée ou « **grounded theory** » (Glaser, 1995)[624]. Elle postule que les théories se découvrent en

[623] Wacheux, F. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Paris: Economica.
[624] Glaser, B.-G. (1995). *Grounded theory 1984-1994, volume 1*. Mill Valley. CA: Sociology press.

exploitant des données de terrain. Le chercheur ne part ni d'une hypothèse ni ne s'appuie sur une théorie mais il commence par collecter des données auxquelles il tentera de donner du sens. De plus, d'après les auteurs, elle peut produire trois types de théories qualifiées de « *formelle* », de « *substantive* », ou de « *confirmatoire* ». La théorie sera qualifiée de « *formelle* » s'il s'agit de la création d'une nouvelle théorie mais de « *substantive* » si le chercheur ne découvre que des concepts. Enfin, la théorie sera « *confirmatoire* » si elle améliore une théorie existante.
Il s'avère que la « **grounded theory** » est une méthode appropriée pour des domaines peu investis par la recherche ou pour tenter d'enrichir un domaine connu (Glaser, *cf. supra*). En étudiant les relations entre groupes d'individus dans le domaine hospitalier, nous nous retrouvons dans ce cadre-là.

Finalement, dans notre travail de **recherche exploratoire**, nous ne disposons pas de théorie générale des relations entre groupes. Nous n'avons pas non plus émis d'hypothèses. Nous ne pouvons adopter une démarche hypothético-déductive qui consisterait à confronter la théorie générale à des données empiriques. Par contre, nous avons créé à partir de la littérature un corpus *a priori* de configurations de relations. Puis, nous avons observé des relations dans le secteur hospitalier et nous avons confronté les configurations de relations à celles de notre corpus. Enfin, nous avons effectué plusieurs analyses sur nos données recueillies pour tenter d'apporter des résultats novateurs en découvrant de nouveaux concepts. Notre démarche de recherche relève selon nous d'un **raisonnement abductif**.

Nous allons maintenant expliciter notre démarche pour constituer notre échantillon qui se présentera *in fine* sous forme d'une base de données de formes relationnelles.

Section 2 : Les étapes de notre démarche de recherche

Nous allons donc effectuer toutes nos analyses à partir d'une base de données de configurations de relations que nous avons construite à partir d'informations extraites de différents matériaux.

1. L'élaboration de la base de données de configurations de relations

La création de cette base de données a nécessité quatre étapes et suppose dans un premier temps de collecter des données. La collecte des données a été effectuée selon un mode de recueil approprié qu'il a fallu définir.

1.1. Le choix du mode de recueil : l'étude de cas

Notre recherche a pour objectif d'expliquer, de comprendre un phénomène c'est-à-dire les relations entre groupes d'individus. Notre objet de recherche porte sur l'analyse d'un processus à savoir les interactions entre groupes ce qui justifie pour nous de choisir **une méthodologie qualitative**. Et, pour mener cette recherche que nous pouvons qualifier d'exploratoire-explicative, nous avons retenu le mode d'investigation qui semble le plus approprié pour ce type de recherche : **l'étude de cas**.

1.1.1. Un outil adapté à la complexité de l'objet étudié

L'étude de cas permet de décrire en profondeur un phénomène. Yin (2012) [625] définit l'étude de cas comme « *une recherche empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas évidentes et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées* ». Cette définition est la plus citée même si David (2005)[626] la considère comme restrictive, car elle exclue, en particulier, les recherches non empiriques et l'étude de phénomènes passés.

De nombreux auteurs plaident pour l'utilisation de l'étude de cas. Par exemple, La Ville (de) (2000)[627] justifie l'étude de cas pour l'analyse de phénomènes complexes avec de multiples

[625] Yin, R.-K. (2012). *Applications of Case Study Research* (3rd Edition). Thousand Oaks (CA): Sage Publications.
[626] David, A. (2005). Etude de cas et généralisation scientifique. *Sciences de Gestion*, 39.
[627] La Ville (de), V.-I. (2000). La recherche idiographique en management stratégique: une pratique en quête de méthode? *Finance contrôle stratégie*, 3(3), 73–99.

acteurs. De son côté, Eisenhardt (1989)[628] qualifie l'étude de cas de stratégie de recherche pour tester ou générer une théorie. Enfin, selon Hlady-Rispal (2002)[629], l'étude de cas n'est spécifique ni à une démarche (qualitativiste ou quantitativiste) ni à un positionnement épistémologique. Elle peut donc être employée pour tout type de recherche.

L'étude de cas se prête donc bien à l'analyse des formes relationnelles. En effet, il faut trouver un moyen de comprendre la complexité des relations, la logique des acteurs souvent nombreux. Nous n'étudions pas une « organisation » en particulier mais le résultat de relations entre groupes ce qui suppose d'étudier le plus précisément possible des situations qui peuvent être très diverses.

1.1.2. Pour une approche fondée sur des études de cas multiples

L'étude de cas unique traite d'un cas particulier. Or, nous savons que les relations entre groupes d'individus peuvent adopter différentes formes qu'il nous faut appréhender. De plus, il paraît intéressant d'étudier s'il est possible de dégager des constantes, des conjonctions d'évènements, des similarités susceptibles de nous permettre de générer de nouveaux concepts. Cela ne pourra se faire qu'en multipliant les cas. Pour Eisenhardt (1989)[630] et Yin (2012)[631], la multiplication de cas peut mettre en évidence des constantes au regard d'un concept identifié sur une étude de cas traitée comme un cas particulier. Nous avons donc choisi d'utiliser l'étude de cas multiples.

1.2. La triangulation des données comme méthode de collecte

Nos études de cas s'appuient sur des documents se présentant sous la forme de rapports d'études ou d'observations de phénomènes. Les premiers ont été réalisés par des acteurs ou futurs acteurs du monde hospitalier à l'instar des directeurs d'hôpital et les seconds par des acteurs externes (inspecteurs généraux des affaires sanitaires et sociales ou encore des représentants de la Chambre régionale des comptes).

---

[628] Eisenhardt, K.-M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
[629] Hlady-Rispal, M. (2002). *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*. Bruxelles : De Boeck Université.
[630] Eisenhardt, *op. cit.*
[631] Yin, *op. cit.*

Les rapports effectués par les acteurs du monde hospitalier reflètent la réalité d'une situation à laquelle sont confrontées une ou plusieurs structures hospitalières. L'auteur du rapport doit avoir un regard critique sur la situation et il doit pouvoir aider dans la recherche de solution au problème soulevé. Leur rapport - de par la description approfondie d'une relation - peut s'apparenter, selon nous, à des études de cas.

La Chambre régionale des comptes (CRC), quant à elle, examine principalement la gestion et les comptes des établissements. Mais, parfois, le rapport contient des informations recueillies dans le cadre d'enquêtes menées conjointement avec la Cour des comptes. Dans ce cadre-là, les thèmes suivants peuvent être abordés : la situation financière des établissements publics de santé, la coopération hospitalière, l'achat de médicaments, l'organisation des soins, le système d'information, etc. Quel que soit le sujet traité, la CRC émet des recommandations mais elle ne porte pas de jugement sur l'opportunité des objectifs que se sont fixés les établissements. Nous examinerons une dizaine de rapports de la CRC.

1.2.1. La sélection des documents

Miles et Huberman (2003)[632] conseillent de trianguler non seulement les sources de données (à l'instar de Yin) mais aussi les types de données ainsi que les méthodes de recueil afin de restreindre les biais de la collecte d'informations. Nous avons choisi deux sources de données différentes (l'une provenant d'acteurs hospitaliers et l'autre émanant de représentants de la CRC). Les études de cas effectuées par les acteurs hospitaliers - dont nous avons examiné les rapports - ont été menées en triangulant les types de données. Elles associent des entretiens à l'examen de documents ou à des enquêtes par questionnaire.

Nous avons pu avoir accès sans difficulté à ces documents compte tenu du caractère public de ces derniers. Les rapports d'études sont recensés à la bibliothèque de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) qui forme les cadres hospitaliers. En ce qui concerne les rapports de la CRC, nous avons pu les trouver sur leur site.

[632] Miles, M.-B., Huberman, A.-M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck université.

Nous avons examiné tous les documents disponibles traitant des formes relationnelles. Toutefois, nous en avons exclu quelques-uns de notre échantillon. Nous avons écarté, de l'analyse, les documents qui ne traitaient pas de manière suffisamment approfondie des relations mises en œuvre. Comme par exemple, ceux qui étudiaient les prémisses d'une relation dont l'effectivité ne pouvait être vérifiée. C'est le cas de rapports portant sur des actions devant se mettre en place en 2014, par exemple.

Au total, nous avons analysé 60 rapports d'étude étudiant la mise en œuvre d'une relation quelle que soit la forme (simple convention, GIE, GCS, fusion, CHT, etc.). Un rapport pouvant traiter plusieurs relations. Il s'agit de relations entre groupes d'individus appartenant à des entités publiques ou pour lesquelles un des groupes est issu d'une entité privée. Ces rapports couvrent une période qui s'étale de 1977 à 2012. Les formes relationnelles analysées se répartissent sur presque toutes les régions de la France métropolitaine.

1.2.2. Des limites qui ne remettent pas en cause la fiabilité de la recherche

Nous devons garder en mémoire les limites inhérentes au choix de notre échantillon mais qui ne remettent pas en cause les résultats obtenus. Nous en avons repéré trois :

1 - La mise en œuvre de relations entre groupes d'individus ne fait pas l'objet de rapports systématiques. C'est pourquoi, nous nous ne disposons pas de la totalité des actions menées sur la période considérée. Cette limite peut, potentiellement, avoir pour conséquence une sur ou une sous- représentation de certaines formes relationnelles.

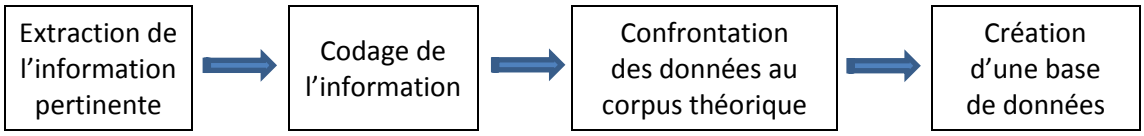
2 - Les relations entre groupes d'individus uniquement rattachés à des structures privées n'ont pas été prises en compte. Nous le justifions par l'absence de documents suffisamment précis sur le sujet et par la particularité des logiques de regroupements des cliniques privées. En effet, dans les années 1980, les cliniques se regroupent. Elles cherchent à 'augmenter leur masse critique en terme de nombre de lits pour être autorisées à poursuivre leurs activités (du fait des contraintes réglementaires et des seuils minimaux d'activité). Progressivement, les groupes de cliniques formés ou qui se forment sont détenus par des groupes financiers à l'instar de la Générale de Santé et Vitalia puis entrent en bourse dans les années 2000. Les fusions–acquisitions effectuées sous forme de rachats le sont pour des raisons

capitalistiques. Elles ne se traduiront pas forcément par des regroupements de sites mais plutôt par des prises de participations[633].

3 – Une dernière limite concerne le statut du matériau empirique. Les documents que nous avons analysés n'ayant pas été confectionnés dans le cadre de cette recherche, ils constituent pour nous du matériel secondaire. Toutefois, ils sont le résultat d'un travail effectué par de futurs directeurs d'établissements qui, pour l'occasion, se sont retrouvés observateurs des accords. De plus, nous avons interrogé quelques directeurs sur les opérations de rapprochements entre établissements.

1.3. La création de la base de données en quatre étapes

Une fois la collecte des données effectuée à partir de documents sélectionnés, la création de la base de données va se dérouler en quatre étapes schématisées comme suit :



1.3.1. L'extraction de l'information pertinente

Notre matériau de départ à savoir les rapports d'études et d'observations ne constituent pas des données immédiatement exploitables dans la mesure où ils n'ont pas été établis expressément dans le cadre de la recherche qui nous concerne. Nous avons donc extrait de ce matériau uniquement les informations pertinentes pour notre recherche. Les informations pertinentes sont celles que nous avions identifiées dans la littérature pour créer notre corpus *a priori* de configurations de relations[634].

[633] Parfois, pour des raisons financières, les détenteurs de cliniques se désengageront à tout moment de leurs prises de participations ce qui ne sera pas sans conséquence quand cela se produit au cours de la mise en œuvre de relations avec des groupes d'individus rattachés à des structures publiques. Même si les cliniques se regroupent pour offrir une palette de soins la plus complète, l'objectif recherché de ces groupes de cliniques est avant tout la rentabilité financière (économie d'échelle). Ces groupes n'hésitent pas à externaliser partiellement ou totalement des fonctions telles que la restauration, le linge, les déchets, les prestations techniques et les activités médicotechniques alors que les hôpitaux publics mettent en place des structures de coopération (Cordier, 2008).

[634] Les différentes étapes de la création de ce corpus ont été détaillées dans la deuxième partie de notre recherche (chapitre 4).

1.3.2. Le codage de l'information

Nous avons caractérisé chaque situation de telle sorte que nous puissions disposer des informations sur le groupe observé, sa position vis-à-vis de son partenaire ainsi que sur la relation en elle-même.

Prenons un exemple :

Il s'agit de la création et de la gestion d'un centre de radiothérapie associant un centre hospitalier et une clinique. Le Centre hospitalier X est titulaire d'une autorisation d'équipement lourd mais effectue peu d'actes. Son autorisation risque de ne pas être renouvelée par l'ARH. De son côté, la clinique Y n'a pas les moyens de financer des équipements lourds de radiothérapie. L'initiative d'une collaboration vient du directeur de la clinique. Le directeur du Centre hospitalier est favorable à cette relation. Elle débouche sur la mise en place d'un GCS. Le Centre Hospitalier et la clinique vont se partager l'utilisation du matériel et des locaux tout en conservant leurs propres patients. Le GCS est hébergé sur le site de la clinique.

Le tableau de la page suivante montre comment nous avons codé les informations recueillies en nous positionnant du côté du groupe appartenant à la sphère publique.

Tableau 25 : Correspondances entre les informations recueillies et les attributs du corpus théorique des configurations (extrait)

Attributs du groupe qui se met en relation	Caractéristiques de la relation	Position du groupe par rapport à son partenaire
- Le Centre hospitalier est représenté par l'équipe de Direction ; - Le directeur trouve un intérêt à la relation (renouveler son autorisation et conserver ses patients). ⇓ - Statuts et grades identiques ; - Engagement fort dans la relation.	- La clinique est à l'initiative de la relation mais ne peut l'imposer au Centre Hospitalier qui lui non plus ne peut l'imposer à la clinique; - La relation va déboucher sur un GCS. ⇓ - Rapport de force « équilibré » ; - Relation formelle, provisoire.	- La clinique est représentée par son directeur qui est médecin ; - Le directeur du centre hospitalier n'a pas de pouvoir décisionnel sur le directeur (médecin) de la clinique ⇓ - Statuts des membres du centre hospitalier sont éloignés de ceux de la clinique (public/privé) ; - Grades identiques.

Source : Elaboré par l'auteure.

1.3.3. La confrontation des configurations observées aux configurations de notre corpus théorique

Nous avons codifié les données de notre échantillon puis associé les différentes dimensions (caractéristiques du groupe, position du groupe vis-à-vis de son partenaire, et description de la relation) de façon à mettre en évidence des configurations de relations. Ensuite, nous avons regardé si les configurations ainsi obtenues s'intégraient dans notre corpus *a priori* de configurations.

Nous avons procédé ainsi pour tous les cas observés. La confrontation des configurations de relations observées à celle du corpus s'avérant **très satisfaisant**, nous en avons conclu que notre base de données est robuste. La vérification de la robustesse de notre base de données sera présentée en détail dans le prochain chapitre (chapitre 5).

1.3.4. Le contenu de la base de données

Nous avons examiné quatre-vingt-trois relations. Pour parfaire la description de nos formes relationnelles, nous avons intégré dans la base de données les éléments complémentaires suivants :

- l'éloignement géographique du groupe par rapport à son partenaire;
- le comportement du groupe vis-à-vis de son partenaire ;
- le risque pris par le groupe dans la relation ;
- l'objectif final de la relation ;
- le nombre de partenaires ;
- la taille du ou des partenaires ;
- le pouvoir des groupes environnants non indifférents ;
- le financement engagé dans la relation ;
- le coût de la relation ;
- les caractéristiques des activités du groupe objet de la relation avec son partenaire ;
- les caractéristiques des activités du groupe une fois intégrées dans la relation;
- le nombre d'activités du groupe mises en relation ;
- le type d'apports du groupe (moyens, mise à disposition, etc..) ;
- la caractéristique de l'apport (l'apport est-il indispensable ou non ?) ;
- le caractère de l'accord (réversible, etc..) ;
- le délai de mise en œuvre de l'accord ;
- l'habillage juridique de la relation (GIE, SIH, etc…) ;
- l'année de la décision d'établir une relation ;
- les types de partenaires (CH, libéraux, etc..);
- le type de partenariat (public/public, public/privé).

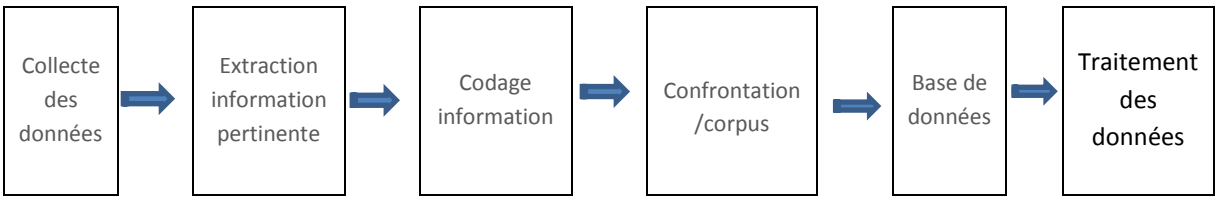
Nous obtenons ainsi une base de données dont voici un extrait.

Tableau 26 : Extrait de la base de données des configurations de relations de notre échantillon

Type de collaboration	Année	Partenaires	Valeurs culturelles	Eloignement géographique	Partenariat	Rapport de force	Engagement
SIH SAU	2000	CHIC/AP-HP	identiques	Proches	Public/Public	Identique	Fort
Fédération inter-hospitalière de cardiologie	2002	CH / 4 CH	identiques	Eloignés	Public/Public	Identique	Fort
Convention Prise en charge des urgences psy	2012	CH/CH spécialisés en psychiatrie	partiellement identiques	Eloignés	Public/Public	Identique	Fort
GCS Chirurgie cardiaque	2008	Clinique/CH	opposées	Proches	Privé/Public	Défavorable	Fort

Source : Elaboré par l'auteure.

Muni d'une base de 83 configurations de relations observées dans le champ hospitalier, nous en arrivons à l'étape ultime de notre démarche à savoir le traitement des données :



2. Le traitement des données

Les données de notre base vont être traitées au moyen de méthodes d'analyses appropriées pour répondre à la problématique et avec des logiciels adaptés.

2.1. Les méthodes d'analyse

A partir des 60 rapports d'études, nous avons pu dégager 83 relations entre groupes d'individus qui semblent recouvrir une grande variété de configurations. Elles sont décrites de manière qualitative à partir de l'analyse des documents disponibles décrivant chacun un processus de mise en relation d'un groupe d'individus avec un partenaire. Le nombre relativement important de cas ainsi que le fait qu'ils soient définis au moyen de critères similaires justifie l'utilisation de méthodes quantitatives (tri à plat, test statistiques, analyses multidimensionnelles) pour décrire nos configurations de relations. De même, pour la recherche de groupes homogènes de profils de configurations de relations, nous pouvons mettre en œuvre des techniques d'analyses multidimensionnelles, à l'instar de l'analyse des correspondances multiples et de la classification ascendante hiérarchique.

2.2. Les logiciels utilisés

Nous avons utilisé trois logiciels de traitements de données : le logiciel R[635] pour construire notre corpus théorique de configurations de relations. Dans le cadre de la description de nos configurations de relations observées dans notre échantillon, nous avons utilisé une macro sous EXCEL pour tester des différences éventuelles entre les attributs des relations formelles

[635] Logiciel libre pour le traitement statistique des données.

et ceux des relations informelles. La macro permet d'effectuer rapidement un test de comparaison d'un échantillon à la population dont il est issu.

Le logiciel SAS (Statistical Analysis System) nous a servi pour l'approche configurationnelle des relations *via* la mise en œuvre d'analyses multidimensionnelles.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre préliminaire a pour objet de présenter notre démarche méthodologique incluant la justification de notre recherche dans le secteur hospitalier, le protocole de recherche, et le recueil de données.

Les relations entre groupes d'individus dans le milieu hospitalier occupent une place importante dans les réformes du système de santé. Elles sont considérées comme la réponse à la crise que traverse le système de santé. De nombreuses relations se sont mises en place. Elles prennent différentes formes : alliance, coopération, filière, réseau, etc. Toutefois, peu d'études ont été menées sur le processus de la relation.

Nous cherchons à caractériser les différentes formes relationnelles dans le champ hospitalier et à étudier le passage d'une forme relationnelle à une autre voire de créer un spectre des formes relationnelles. Or, à l'instar des relations dans le secteur industriel, nous ne disposons pas de théorie globale sur laquelle nous appuyer pour étudier le processus de ces relations.

C'est pourquoi, nous avons décidé de **changer de paradigme**. Notre démarche va partir de l'analyse des configurations de relations observées dans le secteur hospitalier sans s'adosser à une (ou plusieurs) des théories abordées dans la première partie de notre travail. Nous y ferons toutefois référence à l'occasion de la présentation des résultats de nos analyses.

Nous avons mis en place un recueil de données dans le but de constituer une base de configurations de relations. Les données ont été recueillies à partir de documents (rapports, études). Les informations extraites des différents supports ont été mises en forme de telle sorte qu'elles puissent caractériser des configurations de relations. Celles-ci ont été

confrontées aux configurations du corpus créé précédemment[636]. Cette étape qui sera présentée en détail dans le chapitre suivant (chapitre 5) nous permet de qualifier de robuste notre base de données de formes relationnelles.

Nous associons notre recherche à une **démarche exploratoire, qualitative** qui s'appuie sur des études de cas et un corpus *a priori* de configuration de relations. Nous cherchons à donner du sens aux données collectées voire à découvrir de nouveaux concepts. Notre démarche s'apparente à un **raisonnement abductif** mêlant induction et déduction.

Finalement, le cheminement de notre recherche est loin d'être linéaire et s'est construit petit à petit. En effet, nous avons été amenés à changer de paradigme à la suite de notre revue de littérature. Et, nous effectuerons différentes analyses afin de répondre à notre problématique.

En matière de synthèse de cette partie, nous pouvons nous inspirer de la démarche proposée par Royer et Zarlowski (2007)[637] pour formaliser de manière schématique notre méthodologie de recherche. Notre démarche peut être résumée en **sept étapes** exposées dans la figure suivante :

[636] Les étapes de la construction du corpus a priori de configurations de relations sont décrites dans la Partie 2 de notre travail de recherche.
[637] Royer, I., Zarlowski, P. (2007). Le design de la recherche. Dans R.-A. Thiétart (Éd.), *Méthodes de recherche en management* (pp. 139-168). Paris : Dunod.

Figure 21 : Les différentes étapes de notre démarche de recherche

Etape 1 : Identification d'un thème de recherche:
Les processus relationnels dans le champ hospitalier

↓

Etape 2 : Revue de littérature
Revue de littérature sur les théories des organisations, et sur les formes relationnelles

↓

Etape 3: Changement de paradigme
Partir des formes relationnelles observées
Création d'un corpus *a priori* de configurations de relations entre groupes d'individus

↓

Etape 4 : Définition de la problématique :
Caractérisation des formes relationnelles
Etude du passage d'une forme relationnelle à une autre

↓

Etape 5 : Recueil et mise en forme des données
Données qualitatives issues d'études de cas dans le milieu hospitalier
Création d'une base de données de configurations de relations
Confrontation de la base de données au corpus

↓

Etape 6 : Analyse des données
Différents angles d'approches :
Description des caractéristiques des relations et comparaison avec le secteur industriel ;
Typologie des relations ;
Elaboration d'une grille d'analyse des formes relationnelles
Logiciels SAS, R, Rhinocéros[638], EXCEL

↓

Etape 7 : Résultats et discussion

Source : Elaborée par l'auteure d'après Royer et Zarlowski (cf.supra).

[638] Outil de dessin de formes libres en 3D.

Disposant maintenant d'une base de données de 83 configurations de relations entre groupes d'individus, nous pouvons procéder à nos diverses analyses en vue de répondre à nos questionnements.

Les deux chapitres qui suivent seront consacrés à la présentation des résultats des différentes analyses menées et à la proposition d'un cadre d'analyse des relations entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier.

Chapitre 5 : Description de notre base de données et essai de typologie des relations au regard de leur habillage juridique.

Pour rappel, nous cherchons à caractériser les relations que nous observons dans le secteur hospitalier en dégageant si possible des groupes homogènes de relations.

Nous allons commencer par une description des caractéristiques des relations observées (**section 1**). En effet, cette étape va nous permettre de mettre en évidence les spécificités de la relation entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier. Toutefois, en introduction de cette section, nous allons revenir sur la confrontation des formes relationnelles de notre échantillon à celles du corpus nous permettant de valider la robustesse de notre base de données.

La **section 2** est consacrée à la recherche d'éventuels processus similaires dans les relations. Pour cela, nous examinons les formes relationnelles au regard de leur habillage juridique. Nous avons décrit dans la deuxième partie de notre travail[639], tout l'arsenal juridique déployé par les autorités sanitaires afin que les organisations hospitalières puissent mettre en œuvre des rapprochements. Nous recherchons la présence de configurations homogènes de relations au sein des différentes formes juridiques (syndicat inter-hospitalier, filière, groupement de coopération sanitaire, etc.) identifiées dans notre base de données.

Section 1 : Les relations dans le secteur hospitalier : des caractéristiques spécifiques.

Dans le chapitre précédent, nous avons codifié les relations de notre échantillon de façon à mettre en évidence des formes relationnelles que nous avons confronté à celles de notre corpus *a priori*. Cette confrontation a donné de bons résultats et nous permet d'affirmer que nous disposons d'une base de données robuste pour analyser les relations entre groupes d'individus. Nous allons revenir sur cette étape qui n'a pas été détaillée dans le chapitre précédent.

[639] Dans le chapitre préliminaire décrivant le secteur hospitalier et les réformes dont il a fait l'objet.

Nous rappelons que les configurations du corpus sont constituées d'informations sur le groupe qui se met en relation, sur son positionnement par rapport à son ou ses partenaires et enfin des critères sur les caractéristiques de la relation.

Ainsi, pour chaque cas empirique relevé dans les différents documents, nous identifions les informations relatives à chacune des composantes de la configuration.
Chaque composante de la relation est traitée séparément. Puis, nous regardons le résultat de l'association de chaque composante qui aboutit à une configuration que nous avons confronté à celles du corpus. Ainsi, pour chaque cas empirique, nous définissons successivement, à partir des informations extraites du matériau brut, le socle A caractérisant le groupe, puis le socle B définissant la relation et le positionnement du groupe vis-à-vis de son partenaire. Puis nous associons les deux socles pour en faire une configuration que nous confrontons à celles du corpus *a priori*.

Examinons le résultat de ce travail sur l'ensemble des cas recensés dans notre échantillon.

1. Un résultat important pour la suite de notre recherche : les relations observées dans notre échantillon s'intègrent dans le corpus *a priori* de configurations

Malgré quelques difficultés - mais qui ont été globalement surmontées - nous pouvons constituer des configurations empiriques de relations entre groupes d'individus à partir de notre matériau brut.

1.1. Le contournement des difficultés rencontrées

Nous avons été confrontés à une difficulté pour laquelle une solution a été trouvée: il s'agit de l'absence d'information disponible dans les documents examinés pour constituer nos configurations. Faute de cette information, la relation examinée peut correspondre à plusieurs configurations et non à une configuration unique.

1.1.1. Les données non disponibles

Notre échantillon s'appuie principalement sur l'étude de rapports d'élèves-directeurs d'hôpitaux et de la Chambre régionale des comptes. Les premiers décrivent des situations de mise en relations. Les seconds évaluent la mise en œuvre de relations.

Tous ces documents n'ont pas été créés dans le cadre spécifique de notre recherche. C'est pourquoi, nous sommes confrontés à l'absence dans ces documents de quelques éléments d'informations utiles pour établir nos configurations.

Nous constatons que les données qui ne sont pas immédiatement disponibles dans les documents concernent avant tout l' « *engagement du groupe observé dans la relation* », le côté « *pérenne* » ou « *provisoire »* de la relation mais aussi l'« identification des membres au groupe » observé ainsi que les « *valeurs culturelles du groupe observé / à celles de son partenaire* ».

1.1.2. La méthode utilisée pour retrouver l'information manquante

Nous pouvons dans presque tous les cas de figures retrouver ou déduire l'information non disponible. En effet, notre corpus *a priori* de configurations est constitué de groupes homogènes de relations avec un ensemble de caractéristiques précises sur lesquelles nous pouvons nous appuyer. Ainsi, lorsqu'il nous arrive d'avoir toutes les informations sauf une, nous pouvons facilement déduire l'information manquante.

Si, par contre, nous hésitons entre deux combinaisons d'attributs pour une des composantes de la relation (caractéristiques du groupe, positionnement du groupe par rapport à son ou ses partenaires, ou caractéristiques de la relation) alors nous confrontons les associations de combinaisons d'attributs des différentes composantes aux configurations du corpus.

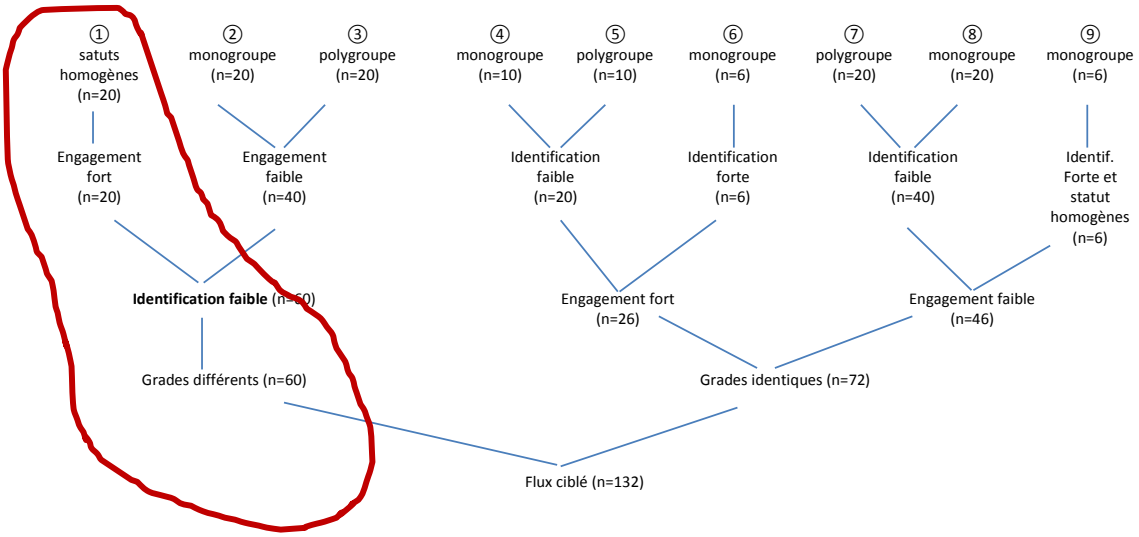
Enfin, il nous est arrivé de déduire la réponse par une relecture attentive de l'étude de cas.

Nous allons maintenant illustrer chacun de ces cas de figures par un exemple:

<u>Exemple 1</u> : nous étudions une relation entre une équipe d'un centre hospitalier et une équipe d'un hôpital local. A la lecture de l'étude de cas, nous associons à l'équipe du centre hospitalier les caractéristiques suivantes :
- un engagement fort des membres de l'équipe ;
- des statuts homogènes ;
- des grades différents.

Par contre, nous n'avons pas d'informations qui nous permettent de statuer sur l'identification des membres au groupe.

Et bien, si nous regardons les combinaisons relatives aux caractéristiques d'un groupe qui se met en relation, la seule qui comporte l'ensemble des caractéristiques ci-dessus est celle pour laquelle l'identification des membres au groupe est « *faible* » soit la combinaison ① de la figure ci-dessous :



<u>Exemple 2</u> : il s'agit d'une relation informelle en prévision de la mise en place d'une filière entre une équipe d'un CHU et des directeurs de petits établissements. Nous identifions les caractéristiques suivantes :

- un engagement fort du groupe (membres du CHU) ;
- des statuts et grades homogènes des membres du groupe ;
- une relation informelle;
- des statuts proches de ceux de ses partenaires.

Avec ces informations, nous pouvons qualifier le groupe, le type de relation. Par contre, nous hésitons entre deux configurations de relation possibles au regard de la position du groupe par rapport à son partenaire.

La première :

Attributs du groupe qui se met en relation	*Caractéristiques de la relation*	Position du groupe par rapport à son partenaire
Socle A3		**Socle A3 / Socle B2.1**
***Flux ciblé** * statuts homogènes et grades identiques * identification forte au groupe * engagement fort	***rapport de force identique*** *relation informelle* *provisoire*	 * grades **identiques**, tous statuts * toutes valeurs culturelles

Ou la seconde :

Attributs du groupe qui se met en relation	*Caractéristiques de la relation*	Position du groupe par rapport à son partenaire
Socle A3		**Socle A3 / Socle B2.2**
***Flux ciblé** * statuts homogènes et grades identiques * identification forte au groupe * engagement fort	***rapport de force identique*** *relation informelle* *provisoire*	 * grades **différents**, tous statuts * toutes valeurs culturelles connaissance de l'autre par réputation

Elles se différencient uniquement au niveau de l'attribut « *grades des membres du groupe / à celui de son partenaire* ». Dans la première configuration, les grades sont « *identiques* » alors qu'ils sont « *différents* » dans la seconde. Laquelle devons-nous choisir ?

En consultant le corpus *a priori* de configurations, nous constatons – grâce au travail effectué dans le chapitre 4 de la partie 2[640] - que la seconde configuration n'est possible que si les statuts des membres du groupe sont « *différents* » de ceux du partenaire. Or, dans le cas qui nous concerne, les statuts des membres du groupe sont « *identiques* ». La seconde configuration est éliminée, nous choisissons d'attribuer la relation à la première configuration.

[640] En effet, nous avons examiné le côté probable ou peu probable des configurations du corpus.

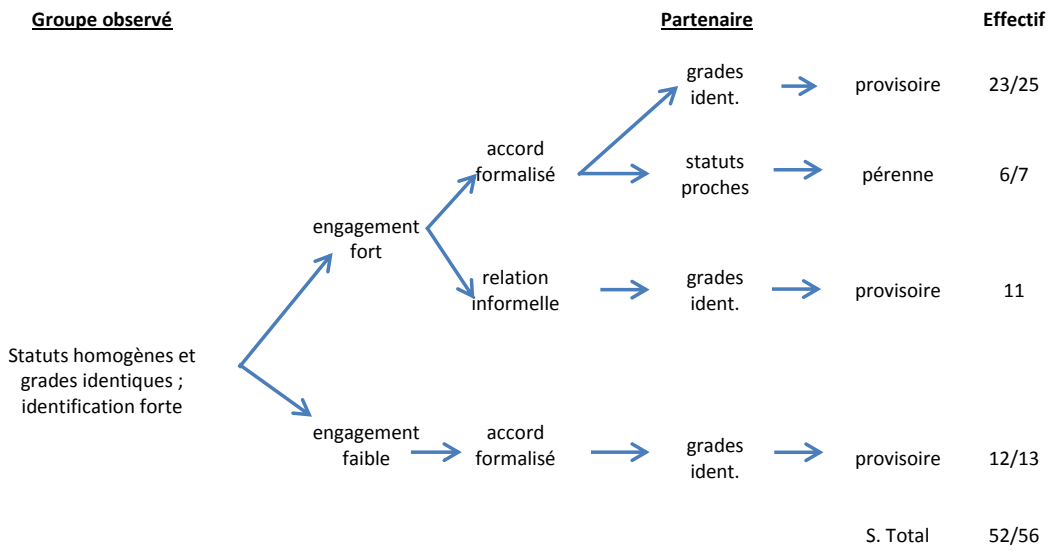
Au final, à quatre exceptions près[641], chaque relation observée peut être classée dans une et une seule configuration du corpus théorique ce qui est un résultat très satisfaisant.

Nous allons maintenant examiner le panel des configurations ainsi identifié au sein de notre échantillon.

1.2. Recensement des configurations de relations identifiées dans notre échantillon

Les configurations de relations construites à partir des études de cas dans le champ hospitalier recouvrent 14% (28/198) des configurations potentielles du corpus de configurations[642]. Les effectifs par configuration vont de 1 à 25 cas observés.
Compte tenu de la relative dispersion des configurations observées[643], nous nous focalisons sur les configurations les plus fréquentes. Ainsi, de 63 à 67% des cas observés se répartissent sur quatre configurations du corpus que nous pouvons résumer comme suit :

Figure 22 : Configurations les plus fréquentes de relations examinées



Source : Elaborée par l'auteure.

Concernant ces quatre configurations, les membres du groupe ont des statuts « *homogènes* » et des grades « *identiques* ». Ils s'identifient « *fortement* » au groupe.

[641] Concernant les quatre cas, nous hésitons entre deux configurations.
[642] La répartition des configurations observées au sein des configurations du corpus est consultable à l'annexe 5.
[643] Les autres configurations observées dans l'échantillon sont présentées en annexe 6.

L'engagement dans la relation est « *faible* » dans deux relations sur cinq. La relation est principalement formelle et « *provisoire* ». Sur les 52 cas, l'objectif a été *imposé* dans 30% des cas, le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire est principalement équilibré mais le pouvoir des groupes environnants est « *influent* » dans une relation sur deux. Enfin, pour un plus de la moitié des 52 cas, le délai de mise en œuvre a été soit long soit il n'y a pas eu de mise en œuvre.

Par ailleurs, nous notons aucune relation matérialisée par la mise en œuvre de règles dans les cas examinés contrairement aux autres types de relations (informelle, accord finalisé ou procédures).

Nous pouvons nous demander pourquoi 86% des configurations du corpus n'ont pas été observées dans le champ hospitalier. Nous pouvons avancer deux hypothèses :
1 - les configurations absentes de l'échantillon - ou tout au moins une partie d'entre elles - ne peuvent pas être observées dans le champ hospitalier. Il est vrai que le corpus comprend toutes les configurations de relations quel qu'en soit le domaine et ne se limite pas au champ hospitalier ;
2 - notre échantillon, certes conséquent mais constitué à partir de documents disponibles, n'a peut-être pas capté toutes les configurations observables dans le champ hospitalier.

Comme indiqué dans le chapitre préliminaire, nous avons complété les configurations observées par des informations que nous avons relevées lors de notre travail sur la création du corpus de configurations. Nous obtenons ainsi une base de données assez complète de configurations de relations dans le champ hospitalier[644]. La confrontation des formes relationnelles de notre échantillon aux configurations de notre corpus a permis de tester et valider la robustesse de notre base de données.

Nous allons maintenant décrire les principales caractéristiques des configurations ainsi recensées dans notre base de données.

[644] Un extrait de la base de données complète est consultable en annexe 7.

2. L'analyse descriptive des relations met en évidence des spécificités

Nous étudions l'ensemble des relations qu'elles soient formelles ou informelles. Nous présentons donc des résultats globaux. Toutefois, nous notifions dans le commentaire les différences, si elles existent, entre les deux groupes de relations. Nous comparons aussi les caractéristiques des relations à celles du secteur industriel.

Les tableaux présentés sont issus du traitement des formes relationnelles de la base de données effectué avec le logiciel EXCEL.

A l'occasion de la description de certaines caractéristiques des relations observées dans le secteur hospitalier - telles que le type d'activités mises dans la relation, les organes qui influencent la relation et enfin, la nature de la relation - nous avons effectué un petit détour théorique en revenant ce que nous avons étudié dans la première partie de notre travail.

2.1. Quelques données générales sur l'échantillon

Nous nous intéressons ici à la forme juridique de la relation, l'année de la décision de la relation ainsi que la localisation géographique des relations qui se sont nouées entre 1977 et 2012.

*** Une bonne diversité des formes juridiques**

Les réformes hospitalières - dont nous avons fait mention dans le chapitre introductif de notre seconde partie - ont créé des outils juridiques de coopération sanitaire. Ils correspondent soit à des coopérations fonctionnelles soit à des coopérations organiques.

Types de relation	Nombre de cas[645]
Clinique ouverte	2
Convention	11
Direction commune	3
Fédération inter-hospitalière	2
Filière	3
GCS	16
GIE	5
GIP	4
Relation informelle	19
Procédure	3
Réseau	2
SIH	6
Structuration Communauté hospitalière de territoire (CHT)	5
Structuration fusion	2
Total général	83

83 cas ont été étudiés dont 64 relations formelles. Parmi celles-ci, nous avons 61 accords formalisés et 3 procédures. Nous avons des coopérations dites fonctionnelles : convention, fédération inter-hospitalière, clinique ouverte, Direction commune, CHT. Et des coopérations dites organiques c'est-à-dire pour lesquelles il y a création d'une personnalité juridique à l'instar du GCS, du GIE, du GIP, et du SIH. Le réseau peut relever des deux catégories de coopération.

Nous n'avons pas de groupement de coopération sociale ou médico-sociale, ni d'Association loi 1901, ou encore de Communauté d'établissement identifiées comme telles pour les deux derniers.

* Des relations examinées qui **couvrent plusieurs régions françaises**

Les relations observées recouvrent 15 des 21 régions de la France métropolitaine. A une exception près, les 19 relations informelles sont toutes couplées à des relations formelles. C'est pourquoi, nous n'en tenons pas compte ici pour éviter la surreprésentation de certaines régions.

[645] Lorsqu'il y a une forte dilution des résultats sur l'ensemble des modalités de la variable, nous ne présentons que les données brutes et pas la répartition en pourcentage.

Régions	Nombre de cas[646]
Île-de-France	10
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10
Bretagne	6
Rhône-Alpes	6
Poitou-Charentes	5
Aquitaine	4
Languedoc-Roussillon	4
Nord-Pas-de-Calais	4
Centre	3
Pays de la Loire	3
Alsace	2
Haute-Normandie	2
Lorraine	2
Picardie	2
Bourgogne	1
Total général	64

Les régions absentes de l'échantillon sont : l'Auvergne, la Basse-Normandie, la région Champagne-Ardenne, la Franche-Comté, le Limousin et la région Midi-Pyrénées. La raison est l'inaccessibilité de l'information mais qui ne porte pas à conséquence puisque notre échantillon est important.

Nous notons dans notre échantillon des concentrations en Ile de France et en Provence-Alpes-Côte-D'azur.

* Les relations examinées couvrent principalement une période allant de 1996 à 2009.

Année de la décision de la relation	Nombre de cas	%
Avant la création des ARH (1996)	7	11%
Entre 1996 et 2009	49	77%
Depuis la création des ARS	8	13%
Total général	64	100%

77% des relations étudiées ont été décidées entre 1996 et 2009.

2.2. Les relations ne sont donc pas toutes fondées sur une volonté de la part du groupe de s'engager dans la relation

Nous avons plusieurs variables caractérisant le groupe : les statuts et grades des membres du groupe, l'identification des membres au groupe ainsi que l'engagement des membres du groupe dans la relation. Nous avons pris le parti de combiner tous ces critères en vue de mettre en évidence d'éventuels groupes homogènes.

[646] Lorsqu'il y a une forte dilution des résultats sur l'ensemble des modalités de la variable, nous ne présentons que les données brutes et pas la répartition en pourcentage.

Caractéristiques des membres du groupe	Nombre de cas	%
* statuts **homogènes** et grades **identiques** * identification **forte** au groupe * engagement **fort**	51	61%
* statuts **homogènes** et grades **identiques** * identification **forte** au groupe * engagement **faible**	21	25%
* statut **homogène avec hiérarchie** * identification **faible** * engagement **fort**	4	5%
* statuts **homogènes** et grades **identiques** * identification **faible** au groupe * engagement **fort**	4	5%
* grades **identiques** * identification **faible** au groupe * engagement **faible**	3	4%
Total général	83	100%

Les membres du groupe ont principalement des **statuts homogènes et des grades identiques**. Si le groupe représente un hôpital, les relations sont souvent portées par l'équipe de Direction. Par contre, dans presque 30% des relations, (25% + 4%) l'engagement des membres du groupe dans la relation est « *faible* ». **Les relations ne sont donc pas toutes fondées sur une volonté de la part du groupe de s'engager dans la relation**. Elles se distinguent en cela des accords dans le secteur industriel.

2.3. La relation du groupe avec son ou ses partenaires

Nous abordons ici tout ce qui concerne la relation à savoir l'objet de la relation, le positionnement du groupe par rapport à son (ou ses) partenaire(s), les caractéristiques de la relation, l'aspect financier, la durée de la relation ainsi que son issue.

2.3.1. Un objectif parfois imposé et des partenariats divers

* Un objectif propre au groupe mais **imposé dans un peu plus d'un quart des relations**.

Objectif de la relation	Nombre de cas	%
Propre à chaque groupe	35	42%
Commun	23	28%
Imposé	23	28%
Incompatible[647]	2	2%
Total général	83	100%

L'objectif « ***propre à chaque groupe*** » est la modalité la plus fréquente bien que non majoritaire. Dans le secteur industriel, l'alliance est perçue comme un moyen d'atteindre des objectifs propres à chaque groupe.

Dans notre échantillon, l'objectif « *commun* » est présent dans le cadre de mise en place de filière, de réseaux, de FIH[648], ou de relations informelles.

L'objectif est « ***imposé*** » dans un peu plus d'un quart des cas observés. Il est présent pour tous les types de relations. On retrouve plus d'objectif « *imposé* » que « *propre* » ou « *commun* » dans les relations pour constituer un syndicat inter-hospitalier qui semble être une étape à la fusion.

La relation peut être imposée dans le cadre de plans nationaux (cancer, grand âge, etc..) et dans le cadre d'une spécialisation des activités pour le groupe qui se met en relation.

* Des partenariats **divers**

Partenariat	Nombre de cas	%
Public/Public	39	47%
Public/Privé	22	27%
Public/PSPH[649]	10	12%
Majoritairement Privé*	7	8%
Majoritairement Public*	5	6%
Total général	83	100%

* il s'agit de relations avec plusieurs partenaires de statuts différents.

Les partenariats « ***Public/Public*** » (47%) sont **un peu plus nombreux** que les partenariats associant un partenaire privé (12% + 27%). Le partenariat public devient majoritaire si nous y associons les partenariats multiples (47% + 5%).

[647] Les deux objectifs « *incompatibles* » sont associés à des relations informelles.
[648] Fédérations inter-hospitalières
[649] PSPH : établissement privé participant au service public hospitalier.

2.3.2. Les activités concernées par la relation sont essentiellement des activités de soins

Nous n'avons pas noté cette information directement dans la base de données mais elle était présente dans les documents examinés.

Activités	Nombre de cas	%
Activité de soins	39	61%
Activité périphérique	12	19%
Equipement	9	14%
Tout type d'activités	4	6%
Total général	64	100%

Une majorité des relations formelles concernent les **activités de soins** du groupe. Les activités périphériques concernent les fonctions telles que la blanchisserie, les fonctions de Direction dans le cadre d'une Direction commune par exemple.

Lorsqu'il y a une fusion, plusieurs types d'activités sont concernés. Lorsque la relation concerne une **activité périphérique** (blanchisserie, restauration), le partenariat est majoritairement « ***public/public*** », et majoritairement « ***public-privé*** » lorsqu'il s'agit de la mise en commun d'un **équipement**.

<u>Ces relations - qu'elles concernent les activités de soins ou les activités périphériques ou bien encore l'utilisation d'un équipement - peuvent-elles être analysées sous l'angle des théories que nous avons abordées dans la première partie de notre travail</u> ?

Dans le cadre de relations portant sur des activités périphériques - excepté pour la mise en place d'une Direction commune - le groupe exerçait l'activité mais il n'avait plus les moyens financiers de la maintenir. Il s'agit en effet d'activités qui exigent des investissements lourds en équipements. Ce groupe va donc privilégier un (ou plusieurs) partenaire(s) public(s) avec qui il a déjà des relations et qui trouverai(en)t un avantage à nouer une relation avec le groupe. Les activités vont donc se réaliser dans une structure commune. Nous pouvons envisager cette relation sous l'angle de **l'approche par les coûts de transaction**. Le groupe externalise son activité en espérant **une baisse des coûts** de production de cette dernière. Concernant les cas observés dans notre échantillon, la structure commune créée est située sur le site d'un des partenaires de l'accord mais rarement dans un lieu neutre.

Nous pouvons aussi envisager la relation sous l'angle de **l'approche par les ressources.** Les établissements transfèrent des ressources essentiellement humaines à la nouvelle structure. Ils deviennent dépendants de la structure car ils n'ont plus la maîtrise des ressources

transférées. Par contre, ils peuvent **affecter des ressources non utilisées par l'activité externalisée aux activités du cœur du métier à savoir le soin**. Car, l'activité externalisée va nécessiter moins de personnels que si elle était réalisée par chacun des groupes.

Voyons maintenant le cas de l'utilisation conjointe d'un équipement. Les organisations hospitalières sont soumises à des exigences de qualité et de quantité qui nécessitent l'utilisation d'équipements spécifiques. Cependant, les structures hospitalières n'ont plus les moyens de financer ces équipements et les autorités sanitaires régulent les autorisations d'équipements. Il leur reste donc comme possibilité de partager l'utilisation de l'équipement avec un partenaire.

Pour les tenants de **l'approche par les coûts de transaction**, ce type d'accord engendre des coûts. Ces derniers concernent les coûts de recherche d'un partenaire et les coûts de négociation pour définir les conditions d'utilisation du matériel (Mathy, 2000)[650]. Dans notre échantillon, les groupes concernés n'ont pas la plupart du temps eu à rechercher un partenaire, ce dernier étant souvent imposé par les autorités sanitaires. En effet, ces dernières peuvent refuser de délivrer des autorisations à des établissements proches géographiquement et/ou fixe un nombre limité d'autorisations sur un territoire donné. Par contre, le groupe qui met en place l'accord doit prévoir dans le contrat une redevance pour l'utilisation de l'équipement qui doit être la plus juste possible même si cette dernière peut être difficile à évaluer. Car, selon les théoriciens des coûts de transaction, le groupe qui investit dans l'équipement peut perdre une partie de la « rente » tirée de l'utilisation de l'équipement à cause d'un comportement opportuniste du partenaire (Mathy, *cf. supra*). D'ailleurs, celui-ci peut être encouragé par le montant élevé de l'investissement qui limite la possibilité pour le groupe qui finance de rompre le contrat. Il faut donc éviter autant que possible ce comportement. Or, dans nos exemples - ainsi que dans les rapports de la Chambre régionale des comptes - nous avons constaté que la redevance n'était pas systématiquement bien évaluée engendrant ainsi des coûts pour le groupe qui finance l'équipement et qui le met à disposition. A cela s'ajoutent des comportements opportunistes du partenaire. Si la minimisation des coûts de recherche d'un partenaire et de négociation permet de minimiser les coûts de production d'un bien et valide la théorie, nous constatons

[650] Mathy, C. (2000). *La Régulation hospitalière*. Paris: Economica : Médica éd.

que dans le secteur hospitalier, les actifs qui sont l'objet d'externalisation ou de partage d'utilisation sont très spécifiques. Or, selon Williamson, un actif spécifique doit être internalisé.

Nous remarquons aussi que l'intervention d'un acteur externe à savoir les autorités sanitaires peut pousser un groupe à externaliser un actif spécifique. Dans ce cadre, l'exemple valide plutôt **l'approche sociologique de la théorie institutionnelle** qui considère que les organisations subissent des contraintes qui les poussent à nouer des relations.

2.3.3. Une relation plutôt équilibrée entre les partenaires

Pour analyser une relation c'est-à-dire le lien de dépendance entre un groupe et son partenaire, nous comparons les caractéristiques de ce groupe par rapport à celles de son partenaire.

* Un rapport de force **plutôt équilibré** entre le groupe et son partenaire

Rapport de force	Nombre de cas	%
Equilibré	61	73%
Favorable	12	14%
Défavorable	10	12%
Total général	83	100%

La relation est **équilibrée** dans les ¾ des accords étudiés. Dans le secteur industriel, un rapport de force «*équilibré* » est une des caractéristiques de l'alliance stratégique (Garrette et Dussauge, 1995)[651].

* Des valeurs culturelles du groupe / à celles du partenaire qui peuvent être **partiellement ou totalement opposées**

Valeurs culturelles du groupe / à celles de son partenaire	Nombre de cas	%
Partiellement identiques	18	54%
Totalement identiques	27	
Partiellement opposées	8	43%
Totalement opposées	28	
Identités parallèles	2	2%
Total général	83	100%

[651] Garrette, B., Dussauge, P. (1995). *Les stratégies d'alliance*. Paris: Eds d'Organisation.

Les valeurs culturelles du groupe observé sont **partiellement** ou **totalement identiques** à celles de son partenaire **pour une petite majorité des relations**. Les valeurs culturelles sont examinées au regard de la relation et non dans l'absolu. En effet, un groupe peut avoir des valeurs culturelles identiques à son partenaire pour un projet alors qu'elles peuvent être opposées dans le cadre d'un autre projet. Nous avons rajouté *a posteriori* la modalité « *identité parallèle* ». Elle correspond à la situation où les partenaires sont indifférents l'un envers l'autre ou dans le cadre d'une alliance face à l'ARH (ou l'ARS).

* Dans un tiers des relations, les partenaires sont **éloignés** géographiquement

Eloignement géographique	Nombre de cas	%
Proches	52	63%
Eloignés	27	33%
Eloignés et proches*	4	5%
Total général	83	100%

* il s'agit de relations avec plusieurs partenaires

Environ deux tiers des relations examinées ont été menées entre groupes « ***proches*** » géographiquement. Ce pourcentage descend à 60% pour les relations formelles. Toutefois, la proximité spatiale n'est pas suffisante pour assurer la réussite d'une relation : les partenaires doivent avoir une vision commune (Torre et Rallet 2005)[652].

* La **méfiance** du groupe vis-à-vis de son partenaire est présente dans 30% des relations.

Comportement des membres du groupe	Nombre de cas	%
Méfiance	24	29%
Estime	20	24%
Confiance	16	19%
Estime/confiance	13	16%
Solidarité	4	5%
Estime / méfiance*	3	4%
Rejet	1	1%
Indifférence/Estime	1	1%
Estime/Solidarité	1	1%
Total général	83	100%

*L'association de deux modalités de réponses s'explique par l'absence d'information concrète dans les documents étudiés.

[652] Torre, A., Rallet, A. (2005). Proximity and localization. *Regional Studies*, 39(1), 47-59.

L' « ***estime*** » de son partenaire est présente dans 41% des relations. Toutefois, dans près de 30% des relations, il règne un climat de « ***méfiance*** ». Nous la trouvons très présente lorsque l'objectif de la relation est « *imposé* ». Elle peut expliquer un engagement « *faible* » dans la relation. Par contre, elle n'entraine pas plus de délai « *long* » de mise en œuvre de l'accord. C'est seulement lorsque l'activité mise dans la relation est périphérique au soin que nous trouvons le moins de méfiance du groupe vis-à-vis de son partenaire.
Blanchot et Guillouzo (2011)[653] considèrent la confiance comme un élément de la qualité relationnelle - à l'instar des valeurs culturelles - qui participe à la réussite d'une « alliance stratégique ».

2.3.4. Un petit nombre de partenaires et plutôt de taille inférieure

Nous abordons maintenant les données sur le partenaire et sur le ou les groupes environnant(s) non indifférent(s).

* Les relations se nouent avec **un petit nombre de partenaires**.

Nombre de partenaires	Nombre de cas	%
Un petit nombre (de 1 à 3)	67	81%
Un nombre assez important (de 4 à 6)	14	17%
Un grand nombre (7 et plus)	2	2%
Total général	83	100%

81% des relations se nouent <u>avec un petit nombre de groupes</u> et parmi elles les relations informelles.

[653] Blanchot, F., Guillouzo, R. (2011). La rupture des alliances stratégiques : une grille d'analyse. Management international, 15(2), 95-107.

* Le partenaire (en nombre de personnes) est plutôt de **taille inférieure**.

Taille des partenaires	Nombre de cas	%
Inférieure	41	49%
Supérieure	19	23%
Similaire	17	20%
Inférieure et similaire*	2	2%
Inférieure et supérieure	2	2%
Inférieure/supérieure/similaire	1	1%
Similaire et supérieure	1	1%
Total général	83	100%

* L'association de tailles différentes s'explique par le nombre de partenaires.

Près de la moitié (49%) des relations de l'échantillon se mettent en œuvre avec un groupe de **taille inférieure**. Elles totalisent 56% au sein des relations formelles. 47% des relations examinées et 55% des relations formelles vont se nouer avec à la fois un petit nombre de partenaires et de taille inférieure. La taille du partenaire ne semble pas influer sur le délai de mise en œuvre de l'accord.

La relation est déséquilibrée sur le plan de la taille des partenaires dans 20% des cas. Pour Blanchot et Guillouzo (2011)[654], ce n'est pas forcément un handicap dès lors que le groupe apportera dans la relation des actifs spécifiques.

2.3.5. Un pouvoir des groupes environnants qui peut être influent

Le pouvoir du groupe (ou des groupes) environnant(s) est **influent** dans une relation sur trois.

Nous avons tenu compte dans notre étude de l'influence indirecte que peuvent avoir des groupes qui se trouvent dans l'entourage du groupe observé (à l'instar des autorités sanitaires ou de la Générale de santé par exemple). Ils ne sont pas les partenaires directs du groupe mais ils peuvent influencer la relation.

Pouvoir des groupes environnants	Nombre de cas	%
Equilibré	42	51%
Influent	36	43%
Pas de pouvoir	3	4%
Hiérarchique	2	2%
Total général	83	100%

[654] Blanchot et Guillouzo (2011), *op. cit.*

Dans la moitié des cas observés, le pouvoir des groupes environnants est « ***équilibré*** ». C'est-à-dire que les groupes environnants ne peuvent influencer le groupe dans sa relation. Toutefois, dans 43% des situations, le groupe environnant a un pouvoir d' « ***influence*** ». En isolant les relations formelles, le pouvoir « *influent* » et le pouvoir « *équilibré* » des groupes environnants sont à peu près au même niveau (autour de 45%).

* Les organes qui influencent la relation

	Nombre de cas	%
Autorité sanitaire	16	44%
Groupe auquel appartient la clinique	8	22%
Volonté politique (élus,..)	4	11%
Les cliniques dans l'environnement	3	8%
Autorité sanitaire + volonté politique	3	8%
Autre*	2	6%
Total	36	100%

* combinaison des organes ci-dessus

Les relations vont être principalement **influencées par les autorités sanitaires** (ARH, ARS) et **par le groupe auquel appartient le partenaire privé** (par exemple la Générale de santé).

Dans le secteur industriel, il peut y avoir un pouvoir d'influence émanent de l'Etat. Ce dernier encourage les grandes firmes nationales à nouer des alliances de type additif. Ces alliances de pseudo concentration ont pour objectif de réaliser des économies d'échelle. Les partenaires de l'alliance vont produire et commercialiser un produit commun. Toutefois, ce dernier ne représente qu'une partie de l'activité des firmes. Il est aussi arrivé que des gouvernements favorisent des opérations telles que des fusions pour permettre à des entreprises de survivre à l'instar des constructeurs automobiles (Collins et *al.*, 1992)[655].

Si nous nous référons aux analyses théoriques de notre première partie, la relation - au sein de laquelle un groupe extérieur a un pouvoir d'influence - peut être appréhendée par **l'approche sociologique de la théorie institutionnelle**. En effet, les autorités sanitaires peuvent exiger un type particulier de relations telles que le partenariat public/privé dans le cadre d'une réorganisation de l'offre sur un territoire. Dans ce cadre-là, le pouvoir d'influence est souvent associé à un objectif imposé par l'extérieur.
Le regroupement de cliniques dans l'entourage d'un hôpital peut pousser ce dernier à nouer des relations pour affaiblir cette concurrence.

[655] Collins, T.-M., Doorley, T.-L., Bindel, G., Lévy, R.-H. (1992). *Les alliances stratégiques*. Paris: InterEditions.

2.3.6. Les spécificités de la relation du groupe avec son partenaire

Nous passons maintenant en revue les activités mises dans la relation, le type d'apport du groupe observé.

*** Les caractéristiques des activités du groupe mises dans la relation**

Il est intéressant d'étudier si les relations se nouent dans une recherche de complémentarité d'activités. Mais avant cela, nous analysons le positionnement des activités du groupe observé avant sa relation avec son partenaire.

○ Avant la mise en relation :

Caractéristiques des activités	Nombre de cas	%
Aucune relation avec les activités du partenaire	39	47%
Activités complémentaires	16	19%
Activités concurrentes	11	13%
Activité inexistante*	5	6%
Activités complémentaires et aucune relation	5	6%
Activités complémentaires et compatibles**	2	2%
Activités compatibles	1	1%
Mêmes activités	1	1%
Activité inexistante et aucune relation	1	1%
Activités concurrentes et aucune relation	1	1%
Activités concurrentes et complémentaires	1	1%
Total général	83	100%

* le groupe ne produit pas l'activité qui va être mise dans la relation
** lorsqu'il y a plusieurs partenaires

Pour 47% des groupes observés, les activités qui sont susceptibles d'être mises en commun **n'ont aucun lien avec celles du partenaire**. Cela inclut les 19 relations informelles. Ce pourcentage descend à 33% au sein des relations formelles. L'éloignement géographique et le type d'activité (périphérique ou équipement) expliquent en partie le poids de cette modalité.

Dans 19% des cas, les activités du groupe sont potentiellement **complémentaires** à celles de son partenaire.

○ Après la mise en relation : des activités qui deviennent **complémentaires ou compatibles** pour une petite majorité d'entre elles

Caractéristiques des activités	Nombre de cas	%
Activités complémentaires	28	44%
Activités compatibles	10	16%
Aucune relation avec les activités des autres groupes	10	16%
Activités complémentaires et compatibles	7	11%
Activités parallèles[656]	6	9%
Activités concurrentes	2	3%
Mêmes activités	1	2%
Total général	64*	100%

* ont été exclues les relations informelles.

A l'issue de la relation, les activités deviennent **complémentaires** dans 44% des cas voire **compatibles** dans 16% des relations observées.

La modalité « *aucune relation avec les activités des autres groupes* » traduit l'échec de la relation.

Les combinaisons de types d'activités avant-après les plus fréquentes sont :

- Aucune relation avec les activités des autres groupes => Activités complémentaires : 9 cas ;
- Activités complémentaires => Activités complémentaires : 7 cas ;
- Activités concurrentes => Activités complémentaires : 6 cas.

* **Une activité mise en commun** dans 39% des relations

Nombre d'activités mises en commun	Nombre de cas	%
1 activité[657]	25	39%
Quelques activités	17	27%
Moyens matériels partagés	13	20%
Aucune	9	14%
Total général	64*	100%

*Ont été exclues les relations informelles.

Le groupe observé met **une seule** de ses activités dans la relation dans 39% des cas. Dans 20% des cas, la relation se traduit par un ***partage de moyens matériels***. La relation met en jeu quelques activités quand y a plusieurs partenaires et/ou dans le cadre d'un pôle de santé ou de la structuration d'une CHT par exemple.

[656] Une activité sera caractérisée d'activité « *parallèle* » si le groupe de référence exerce la même activité que son partenaire sans se faire concurrence. Par exemple, un groupe peut partager des locaux ou du matériel avec un autre groupe tout en exerçant la même activité.

[657] Par activité, nous entendons aussi une prise en charge qui peut se décliner en plusieurs disciplines à l'instar de la filière.

*** Nature de la relation nouée par le groupe avec son partenaire**

Nous avons - avec les informations dont nous disposons - catégorisé les relations au regard de la typologie de Garrette et Dussauge (1995)[658]. Nous avons abordé leur typologie dans le chapitre 2 de notre première partie lorsque nous avons recensé les différentes définitions des alliances.

Nous travaillons uniquement sur les 64 relations formelles. Le résultat du classement donne la répartition ci-dessous :

* **Nature de la relation**

Nature de la relation	Nombre de cas	%
Co-intégration	17	36%
Partenariat vertical	9	19%
Pseudo-concentration	9	19%
Alliance complémentaire	5	11%
Partenariat complémentaire	5	11%
Partenariat complémentaire sans structure commune	2	4%
Total général	47*	100%

* ont été exclues les fusions et les relations qui n'ont pas abouties.

Les accords dans le secteur hospitalier - que nous avons pu classer selon la typologie de de Garrette et Dussauge - concernent en fait, pour les 3/4 des cas, **des rapprochements entre partenaires non concurrents** sur l'objet de la relation (champ d'activité ou patientèle différent).

Nous avons un peu plus d'un tiers des relations pour lesquelles un composant est mis en commun (co-intégration). En fait, il s'agit principalement d'une activité périphérique ou d'un équipement partagé entre partenaires non concurrents. L'objectif est visiblement une réduction des coûts.

Le partenariat vertical n'est pas une relation client-fournisseur mais la mise en place d'une filière de soins.

[658] Garette et Dussauge, *op. cit.*

Les cas de pseudo-concentration ne concernent que des partenaires non concurrents sur l'activité en question. Toutefois, nous avons pu remarquer que l'objectif réel de la relation tend vers une fusion des partenaires ou une CHT (6 cas sur 9).

Si nous regroupons tout ce qui est de l'ordre de la recherche de complémentarité, nous obtenons un total d'un peu plus d'un quart des relations. Toutefois, elles concernent exclusivement des activités de soins et nous avons considéré certaines de ces situations comme fragiles (7 sur 12).

* L'apport du groupe observé est **variable**

Apport du groupe	Nombre de cas	%
Mise à disposition	24	38%
Apport financier. Mise à disposition	9	14%
Aucun apport	9	14%
Mise à disposition. Transfert ou mutualisation autorisation	6	9%
En projet	5	8%
Apport financier	4	6%
Autres apports multiples	3	5%
Partage d'informations	2	3%
Savoir-faire	2	3%
Total général	64	100%

* ont été exclues les relations informelles

L'apport du groupe est variable. Toutefois, la **mise à disposition exclusive ou non de moyens existants** est l'apport le plus fréquent. Les modalités « *transfert ou mutualisation d'autorisation* » ainsi que « *partage d'informations* » ou « *apport de savoir-faire* » ont été rajoutées a posteriori. La modalité « *aucun apport* » est associée aux relations qui ont échoué.

* L'apport du groupe n'est **pas forcément indispensable**

Caractéristique de l'apport	Nombre de cas	%
Pas indispensable	32	50%
Indispensable[659]	23	36%
Aucun	9	14%
Total général	64	100%

L'apport du groupe dans la relation n'est **pas indispensable** dans la moitié des relations formelles examinées.

[659] Un apport indispensable est un apport qui permet au groupe de sortir d'une difficulté voire de survivre.

Dans le secteur industriel, si les apports ne sont pas indispensables, l'alliance n'est pas considérée comme stratégique.

2.3.7. Un risque financier pour le groupe mais qui reste faible

La relation avec un (ou plusieurs) partenaire(s) peut constituer un risque pour le groupe. Par ailleurs, la mise en œuvre d'un accord peut engager financièrement le groupe.

* Le groupe prend **un risque** dans sa relation avec un partenaire

Risque pris par le groupe	Nombre de cas	%
Nul	12	14%
Faible ou élevé	71	86%
Total général	83	100%

Dans 86% des relations examinées, le groupe **prend un risque.**

* Et ce risque est **majoritairement peu élevé**

Risque pris par le groupe	Nombre de cas	%
Faible	55	77%
Fort	16	23%
Total général	71	100%

Ce risque est ***faible*** dans les ¾ des cas. Il y a toutefois une dizaine de cas où le risque peut potentiellement remettre en cause l'existence du groupe. Celui-ci craint de se faire absorber par son partenaire. Nous avons aussi des cas où le groupe doit abandonner une de ses activités.

* Les relations examinées vont globalement nécessiter **un financement**

Financement envisagé	Nombre de cas	%
Pas de financement	19	30%
Financement	45	70%
Total général	64*	100%

* ont été exclues les relations informelles

70% des relations nécessitent **un financement**. En effet, la création d'une structure commune exige un financement.

* Le financement **externe** est le mode le plus usité

Financement envisagé	Nombre de cas	%
Financement externe	16	36%
Autofinancement	10	22%
Autofinancement et financement externe	7	16%
Financement commun	6	13%
Financement commun et externe	6	13%
Total général	45*	100%

* (total des relations qui ont nécessité un financement)

Le financement **externe** seul ou associé à une autre modalité arrive en tête suivi par l'autofinancement.

L'association de ces deux modes est aussi présente dans les relations.

* La relation a **un coût** pour le groupe

Coût de la relation	Nombre de cas	%
Nul	14	22%
Elevé ou non	50	78%
Total général	64	100%

La relation engendre dans plus des ¾ des cas un **coût** pour le groupe. Les relations qui ont un coût **nul** concernent principalement la mise en place d'une filière, d'une Direction commune ou d'un réseau.

* Et ce coût est **peu élevé**

Coût de la relation	Nombre de cas	%
Peu élevé	37	74%
Elevé	13	26%
Total général	50	100%

Dans un quart des relations seulement, le coût de est élevé pour le groupe. A l'exception de deux cas, il s'agit de partenariat public-privé.

2.3.8. La mise œuvre de la relation n'est pas systématique

Nous disposons de deux indicateurs de la mise en œuvre de la relation : le délai de mise en œuvre et le caractère de l'accord.

* Douze relations ne se sont pas mises en œuvre

Délai de mise en œuvre	Nombre de cas	%
Pas de mise en œuvre	12	14%
Mise en œuvre	71	86%
Total général	83	100%

Douze relations ne se sont pas concrétisées.

Il y a 8 relations formelles et 4 relations informelles.

* Un délai court de mise en œuvre ne concerne qu'une petite majorité des accords

Délai de mise en œuvre	Nombre de cas	%
Court	40	56%
Long	27	38%
Pas de mise en œuvre complète	2	3%
En attente	2	3%
Total général	71*	100%

* ont été exclues les douze relations qui n'ont pas abouties.

Le délai de mise en œuvre de l'accord est plutôt **court**. Toutefois, si nous examinons uniquement les relations formelles, le délai court ne concerne plus 45% des relations.
La modalité « *en attente* » concerne la structuration de CHT pour laquelle la mise en œuvre n'est pas encore effective.

* L'accord souvent **réversible** mais peut être aussi évolutif

Caractéristique de l'accord	Nombre de cas	%
Réversible	35	49%
Evolutif	27	38%
Irréversible	9	13%
Total général	71*	100%

* ont été exclues les douze relations qui n'ont pas abouties.

Lorsqu'il y a un accord, ce dernier est dans 49% **réversible**. Le pourcentage atteint les 60% dans le cadre des relations formelles. L'accord est évolutif dans plus d'un cas sur trois.
Les 9 accords irréversibles correspondent à des Directions communes, des structurations de fusions et des intégrations d'équipes.

Nous avons détaillé toutes les caractéristiques des configurations de notre base de données. Toutefois, nous avons voulu compléter la description des caractéristiques par une information non disponible dans la base à savoir l'issue de la relation à court, moyen ou long terme.

2.3.9. Les relations dont l'objectif est atteint représentent moins d'un quart des rapprochements examinés

Au regard de la lecture attentive de nos formes relationnelles, nous avons regroupé les configurations en cinq catégories d'issue de la relation.

Caractéristiques déductibles de la relation	Nombre de cas	%
Objectif atteint	18	22%
Objectif partiellement atteint	7	8%
Accord évolutif	19	23%
Accord fragile	23	28%
Pas de mise en œuvre	12	14%
Pas d'information	4	5%
Total général	83	100%

Les relations **réussies** (« objectif atteint ») représentent 22% des accords. Elles sont moins nombreuses que les relations **incertaines** (« fragile », « objectif partiellement atteint ») ou **évolutives** qui totalisent respectivement 36% et 23% des accords. Ces relations peuvent basculer vers une relation stable ou échouer à moyen ou long terme. Dans ce dernier cas, elles s'additionneront aux relations qui ne se sont pas mises en œuvre et qui totalisent 14% des accords de notre échantillon.

Les informations brutes qui nous permis de construire le tableau ci-dessus sont consultables en annexe 8.

Dans un second temps, nous avons examiné les issues au regard du type de relations (formelle ou informelle) :

* Relations formelles

Caractéristiques déductibles de la relation	Nombre de cas	%
Objectif atteint	18	28%
Objectif partiellement atteint	7	11%
Accord évolutif	7	11%
Accord fragile	20	31%
Pas de mise en œuvre	8	13%
Pas d'information	4	6%
Total général	64	100%

* Relations informelles

Caractéristiques déductibles de la relation	Nombre de cas	%
Objectif atteint		
Objectif partiellement atteint		
Accord évolutif	12	63%
Accord fragile	3	16%
Pas de mise en œuvre	4	21%
Pas d'information		
Total général	19	100%

Au sein des relations formelles, les relations sont **plus incertaines que réussies** (42% contre 28%). Concernant les relations informelles - qui correspondent principalement à une étape avant la relation formelle - l'objectif est majoritairement évolutif.

Pour conclure cette première section, nous pouvons dire que notre échantillon contient une variété de formes relationnelles tant en terme d'habillage juridique qu'au niveau de leur localisation géographique. Ainsi, nous avons une bonne diversité des cas de figures de relations dont les traits marquants sont les suivants :

→ L'objectif de la relation est **imposé** dans un quart des relations ;

→ Le groupe met plutôt **une activité** de soins dans la relation ;

→ Les partenaires sont en **petit nombre** ;

→ La relation vise la **complémentarité** voir la compatibilité des activités du groupe avec celles de son partenaire. Toutefois, 20% des relations se traduisent par un **partage de moyens matériels** ;

→ La relation peut avoir **un coût** pour le groupe et la relation met du temps à se mettre en place. Un nombre non négligeable de relations **échouent** (12 sur 83) et un certain nombre d'entre elles restent **fragiles** (36%).

En passant en revue les caractéristiques des relations entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier, nous constatons qu'elles se distinguent des formes relationnelles qui se nouent dans le secteur industriel. Nous y reviendrons plus en détail dans notre conclusion générale. Toutefois, nous pouvons d'ors et déjà dire **qu'une des principales différences est l'utilisation des accords comme une opportunité dans le secteur industriel alors qu'elle constitue plutôt une contrainte pour le secteur hospitalier**. Dans ce secteur, les accords sont très souvent initiés ou imposés par des acteurs externes à l'instar des agences sanitaires.

Les relations dénommées principalement « alliances » dans le secteur industriel, ont pour objectif de réduire les coûts, de faciliter la diversification et l'innovation technologique dans un monde très internationalisé. Alors que **les rapprochements dans le milieu hospitalier ont joué un rôle déterminant dans la restructuration et la réorganisation du secteur**. Pour les réformateurs, il s'agit d'optimiser les fonds publics en période de pénurie et de mieux répartir des ressources.

Cependant, un établissement rechignera à nouer des relations avec un établissement en difficulté de peur de se retrouver lui-même à terme en difficulté. D'ailleurs, sur le plan de la

faiblesse potentielle des partenaires, Doz et Hamel (2000)[660], dans leur ouvrage sur l'avantage des alliances, considèrent qu'une alliance n'est pas la solution pour des situations où les partenaires potentiels ont les mêmes faiblesses. Nous pouvons corroborer cette affirmation puisque nous avons 8 cas dans notre échantillon où la relation est un échec ou reste fragile pour des établissements qui présentent les mêmes difficultés.

Les alliances dans le secteur industriel se propagent par effet de mimétisme ce qui n'est pas le cas dans le secteur hospitalier. Dans ce secteur, les établissements sont très ancrés dans le paysage local et ont des liens très forts avec des acteurs de leur environnement (maire, élus).

Puisque des spécificités mais aussi des tendances se dégagent de nos relations entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier, nous allons rechercher, dans la section suivante, s'il existe des groupes homogènes de relations. Nous allons étudier cette éventualité au regard de l'habillage juridique associé à chaque relation. Nous complèterons notre analyse par quelques informations sur les relations informelles.

Section 2 : L'habillage juridique ne discrimine pas les formes relationnelles

L'objet de cette section est de faire ressortir, s'ils existent, des groupes homogènes de configurations de relations au regard de leur forme juridique. Les réformes hospitalières ont créé un arsenal d'outils juridiques (du syndicat inter-hospitalier à la communauté hospitalière de territoire en passant par la filière et le groupement de coopération sanitaire). Nous cherchons à mettre en évidence, si elles existent, des caractéristiques propres aux formes relationnelles regroupées sous un même habillage juridique.

[660] Doz, Y., Hamel G. (2000). *L'avantage des alliances. Logiques de création de valeur*. Traduction de "The art of Creating Value through Partnering", 1998, Dunod.

1. Etude des configurations de relations au regard de l'habillage juridique : un résultat peu concluant.

Toutes les relations observées dans notre échantillon, excepté les relations informelles, ont été identifiées par des formes juridiques. Les formes juridiques associées aux relations correspondent à celles définies par les différentes réformes qui se sont succédées[661].

L'objet de cette partie est de découvrir si les habillages juridiques regroupent des configurations de relations spécifiques au niveau de leurs caractéristiques. C'est ainsi qu'à partir de notre base de données, nous avons créé des sous fichiers pour chaque forme juridique de relation - mais aussi pour les relations informelles – puis nous avons décrit les caractéristiques des relations qui y étaient associées.

Pour rappel, voici le dépouillement des différentes formes juridiques recensées dans notre échantillon :

Formalisation de la relation	Nombre de cas
Relation informelle	19
Groupement de coopération sanitaire (GCS)	16
Convention	11
Syndicat inter-hospitalier (SIH)	6
Groupement d'intérêt économique (GIE)	5
Structuration d'une Communauté hospitalière de territoire (CHT)	5
Groupement d'intérêt public (GIP)	4
Direction commune	3
Filière	3
Procédure	3
Clinique ouverte	2
Fédération inter-hospitalière	2
Réseau	2
Structuration fusion	2
Total général	83

Nous commençons par une brève description de l'outil juridique avec ses avantages et ses limites. Afin d'être le plus complet possible, nous nous sommes appuyés sur les articles de

[661] Se reporter au chapitre introductif de notre deuxième partie qui traite des réformes hospitalières et de la création d'outils juridiques de coopération.

nombreux juristes[662], mais aussi sur celui de la Fédération hospitalière de France (2011)[663], ainsi que sur le rapport de la Cour des comptes (2011)[664].

Ensuite, nous présentons les configurations associées à chacune des formes juridiques recensées dans notre échantillon en particulier les éléments marquants. Nous avons aussi analysé l'adéquation entre l'outil tel qu'il a été défini dans les différentes lois et son application dans le champ hospitalier.

1.1. Les outils de coopération fonctionnelle

Ils regroupent la convention, la fédération inter-hospitalière, la clinique ouverte, la filière, le réseau, la Direction commune, la communauté hospitalière de territoire c'est-à-dire des structures ne disposant pas d'une personnalité morale.

1.1.1. Les conventions sont utilisées pour tout type d'accords mais restent un instrument fragile

La convention est, de loin, **l'outil le plus utilisé** pour une relation entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier. Elle est avantageuse pour sa souplesse (chaque membre est libre d'y adhérer mais aussi de s'y soustraire). Mais elle n'a pas vocation à pérenniser une relation. Sans personnalité morale, c'est un simple contrat, et elle ne dispose ni d'instances de décision ni de budget de fonctionnement : l'un des partenaires finance et l'autre rembourse. Elle permet une co-utilisation mais pas une copropriété de moyens. Par exemple, l'hôpital finance un équipement lourd dont il donne accès aux médecins de ville.

La convention est un instrument fragile dans la mesure où elle repose essentiellement sur des relations personnelles - que des équipes entretiennent - mais qui ne sont pas forcément pérennes. Ce sera l'instrument le plus sollicité dès lors que les subventions d'investissements sont limitées (voire supprimées, comme par exemple, en 1987 pour l'achat d'un scanner).

Dans notre base de données, nous avons 11 conventions principalement signées entre 1996 et 2009. Leur objet est divers allant de la formalisation d'un réseau ou d'une filière à la co-

[662] A l'instar de Cormier (2007), de Tanguy (2009) et de Hardy (2013).

[663] Fédération Hospitalière de France (2011). *Boite à outils des coopérations*. POSMSAM. Consulté de http://www.fhf.fr. Rubrique offre de soins et qualité.

[664] Cour des comptes. (2011). Chapitre IX: Les coopérations hospitalières. Dans Cour des comptes (Éd.), *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale* (pp. 259-286).

utilisation de matériel ou de mise à disposition de personnel. Toutefois, nous avons recensé 3 cas pour lesquels, en raison de conflits ou de méfiance vis-à-vis du partenaire, la convention a été préférée à d'autres formes juridiques telles que le GCS, la fusion, etc. Cinq des onze conventions recouvrent des situations qui restent fragiles. Nous n'avons **pas retrouvé de profils communs entre ces onze configurations**.

1.1.2. La clinique ouverte : un substitut à des formes relationnelles plus poussées.

Les cliniques ouvertes inscrites dans le code de santé publique correspondent à des structures médicales créées dans l'enceinte des centres hospitaliers publics à l'exception des CHU. Des professionnels libéraux viennent exercer dans la clinique ouverte, en contrepartie d'une redevance[665]. Les cliniques ouvertes répondent aux difficultés de recrutement médical des petits établissements et/ou au sous-emploi des plateaux techniques. Les petites structures hospitalières cherchent dans leur environnement – comme le montre la théorie de la dépendance des ressources – des ressources pour assurer leur survie en attirant des professionnels libéraux. L'hôpital assure un revenu et l'utilisation de matériel sophistiqué aux professionnels. L'hôpital génère des revenus grâce à la redevance payée par les libéraux, et conserve une activité en espérant capter une partie de leur patientèle.

Toutefois, dans les faits, les cliniques ouvertes peuvent générer des conflits sur le plan du partage de responsabilité entre les médecins libéraux et le centre hospitalier. Calmes et *al.* (1998)[666] constatent que les honoraires proposés aux médecins libéraux ne sont guère attractifs pour faciliter ce type de coopération. Les cliniques ouvertes seront supprimées par la loi HPST en 2009.

Nous n'avons que deux cas de cliniques ouvertes dans notre échantillon. La mise en œuvre des cliniques ouvertes répond au refus de mettre en place pour l'un un GIE et pour l'autre un GCS. Les formes relationnelles examinées ont en <u>commun</u> :

- un objectif propre à chaque groupe ;
- un rapport de force équilibré ;

[665] Paul, C., Rolland, J-.M. (2011). Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales sur la mise en application de la loi HPST. Consulté de http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3265.pdf.
[666] Calmes, G., Segade, J.-P., Lefranc, L. (1998). *Coopération hospitalière – L'épreuve de la vérité. Objectifs en management hospitalier*. Paris : Masson.

- un risque faible pour le groupe ;
- un petit nombre de partenaires de taille inférieure ;
- des activités complémentaires avant de se mettre en relation.

Les deux cliniques ouvertes sont des échecs, l'une en raison de l'éloignement du partenaire et l'autre parce que les libéraux n'y trouvent pas leur compte (problème de statut, de gardes). Nous avons repéré un autre cas à l'issue défavorable dans la littérature[667] où les praticiens ont préféré exercer à la clinique en raison du montant élevé de la redevance qui leur était demandé par l'hôpital.

1.1.3. La Fédération inter-hospitalière (FIH) : simple mutualisation de moyens

Elle est réservée aux seuls établissements publics excepté les hôpitaux locaux en raison en autre de leur petite taille. L'objet de la FIH et plus particulièrement de la fédération médicale inter-hospitalière (FIMH) est la mutualisation de moyens médicaux (temps médical partagé, accès facilité aux plateaux techniques, etc.). Elle est aussi utilisée comme réponse à des problèmes de démographie médicale et apporte un appui aux hôpitaux de proximité. Elle correspond aux accords-cadres dans le secteur industriel dont l'objectif est un soutien mutuel entre les groupes et qui peut se matérialiser par des prestations croisées.

C'est une modalité de coopération qui ne sera **pas portée par les ARH**. Elle réduit la « coopération » à une seule activité de soins (urgence, cardiologie, gérontologie, etc.). De plus, dans le cadre d'un temps médical partagé, la valorisation de ce temps dans un contexte de tarification à l'activité (T2A) peut ne pas être bénéfique pour l'un des deux établissements concernés. En effet, la rémunération se fait sous forme de vacations qui sont découplées des recettes de la T2A (Lalande et *al.*, 2012)[668].

Sur le plan organisationnel, le coordonnateur de la fédération est assisté d'une sage-femme, d'un cadre paramédical ou d'un membre du personnel soignant et d'un membre du

[667] Chambre régionale des comptes des Pays de Loire (2001). *Rapport d'observations sur la gestion du Centre hospitalier des Sables d'Olonne – Exercices 1994 et suivants*. Paris : C.R.C. Consulté de http://www.crc.fr.
[668] Lalande, F., Scotton, C., Bocquet, P.-Y., Bonnet, J.L. (2012). Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Paris : IGAS.

personnel administratif. Normalement, elle est autofinancée par les établissements concernés.

Pour certains auteurs, la FIH ne fait que formaliser un réseau ou des coopérations qui existent déjà comme nous avons pu le constater en lisant des exemples. Nous en avons d'ailleurs l'illustration dans notre échantillon.

Notre base de données contient deux FMIH. L'une répond effectivement à un manque de personnels médicaux pour un hôpital de proximité mais l'autre ne fait que formaliser une pratique de terrain. Dans le premier cas, l'outil n'est pas le résultat de l'élaboration d'un projet médical commun mais plutôt une solution pour permettre aux praticiens de répondre à une demande de soins. Dans le second cas, des cardiologues ont initié une prise en charge globale des pathologies cardiologiques. La fédération pourrait s'apparenter à un réseau de spécialistes qui se chargent de répondre à tout type de problèmes cardiologiques. Ce réseau répond à la menace de ne plus avoir d'offre d'hospitalisation publique de proximité et de qualité sur un territoire. Les deux configurations de relation ont en commun :

- un engagement fort du groupe[669] ;
- des partenaires en confiance ;
- un objectif commun ;
- le pouvoir des groupes environnants est équilibré ainsi que le rapport de force.

1.1.4. La filière et le réseau : des outils au service de la qualité de la prise en charge

Les deux notions filières et réseaux n'ont pas été bien définies dans les lois. En effet, dans le chapitre sur les réformes[670], nous avons noté que la loi du 4 mars 2002 et l'ordonnance du 4 septembre 2003 ont remplacé la notion de filière et de réseaux de soins par celle de réseaux de santé. Les réseaux ne sont plus considérés comme de simples dispositifs de planification sanitaire mais doivent concourir à la qualité de la prise en charge. La notion de filière, exceptée pour le secteur des personnes âgées[671], ne réapparaîtra que dans la loi HPST en 2009 avec les communautés hospitalières de territoires.

[669] Nous faisons référence ici à l'engagement du groupe à l'initiative de la relation
[670] Il s'agit du chapitre introductif de notre deuxième partie portant sur le secteur hospitalier.
[671] En effet, le SROS 3 (2006-2011) stipule que chaque territoire de santé doit constituer une filière gériatrique complète.

1.1.4.1. Filière et filière de territoire : une réponse aux plans nationaux

La filière de territoire est un dispositif que chaque territoire doit mettre en place dans le cadre du Plan Solidarité grand âge 2007-2012[672]. Les organisations sont contraintes par leur environnement peuplé d'acteurs influents (ici les pouvoirs publics) à nouer des relations comme le souligne l'approche sociologique de la théorie néo-institutionnelle.

Nous avons 2 exemples de **mise en place de filières gériatriques** de territoire et un exemple concerne la mise en œuvre d'une filière suite à une Direction commune. Elles ont **peu de caractéristiques communes** exceptées un risque faible, des partenaires de taille inférieure, et un coût nul de la relation pour le groupe.

La mise en œuvre d'une filière sera un échec pour deux des trois cas observés (faute de financement et en raison d'un changement de stratégie).
Au regard des définitions de la filière - considérée comme une trajectoire de soins avec des intervenants successifs et un chef de file - les exemples ci-dessus décrivent bien une filière de soins. Cependant, l'objectif de la relation n'est jamais commun. L'environnement semble un peu conflictuel et contraint. L'objectif est imposé pour deux des trois cas de filières. Le groupe qui met en place la filière est méfiant vis-à-vis de ses partenaires.

1.1.4.2. Le réseau : de l'initiative d'individus à la structuration d'une relation

Sur le terrain, les réseaux n'ont pas attendu les réformes hospitalières pour se mettre en place. Tout d'abord, les expériences de réseaux ont été à l'initiative des médecins qui prenaient conscience d'un problème qu'ils ne pouvaient résoudre seuls et/ou pour lequel le système d'organisation des soins essentiellement hospitalier ne trouvait pas de réponse adéquate. Puis, les milieux associatifs - pour et avec les malades - vont faire pression afin que soit développée une prise en charge médico-sociale de la maladie et que les malades soient acteurs de leur maladie. D'autres expériences de réseaux associent un établissement et des médecins de ville. Ils vont concerner plus particulièrement les maladies chroniques à

[672] Ce plan constitue un des axes prioritaires du plan stratégique régional de santé de l'ARH puis de l'ARS.

un moment où ces dernières se développent au détriment des maladies aigües (Levasseur, 2002)[673].

Dans notre échantillon, nous n'avons pas deux exemples de réseaux mais plutôt un même réseau à deux étapes différentes. A l'étape t0, nous avons un « *réseau informel* » et à l'étape t1, un « *réseau formalisé* » qui se transforme en Association loi 1901. Cette dernière sert de structure pour porter la coopération entre les membres du réseau. Le réseau examiné est constitué d'hospitaliers et de libéraux. La formalisation du réseau se manifeste par l'écriture d'une charte qui tend à transformer le réseau en une structure organisationnelle. L'objectif de la formalisation est la reconnaissance, la perspective de financement et certains y voient un moyen de pérenniser les relations entre acteurs. Il est vrai que les acteurs d'un réseau appartiennent non seulement au réseau mais aussi à une structure ou à un groupe. Donc, à tout moment, un acteur peut se retirer du réseau d'autant plus qu'il n'y est pas entré sous la contrainte. En effet, les acteurs se mettent en réseau dès lors qu'il y a une menace - non pas sur les moyens - mais sur les valeurs des acteurs au regard de l'exercice de leur métier.

Les maisons de santé pluridisciplinaires[674] - rassemblant des professionnels médicaux, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens répondant aux déserts médicaux mais aussi à l'essor des maladies chroniques - se sont vues attribuer, dans certaines régions, des activités initialement dédiées aux réseaux[675]. De plus, ces maisons reçoivent des dotations du fonds d'intervention régional initialement versées uniquement aux réseaux de santé mettant ainsi en péril leur pérennité.

1.1.5. La Direction commune : une étape vers une relation plus poussée

Cette procédure consiste en la nomination d'un directeur commun à plusieurs établissements.

[673] Levasseur, G. (2002). Réseaux et éducation du patient : des conditions préalables à l'action. *Education et enjeux de santé*, 21(4), 110-113.
[674] Code de la Santé publique. Article L.6323-3 relatif à la définition et aux activités des maisons pluridisciplinaires de santé. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[675] C'est le cas dans la région du Nord-Pas-de-Calais.

Deux cas de figures :

1- un établissement peine à recruter un directeur pour un poste vacant et le directeur d'un établissement « voisin » devient le directeur commun ;
2- le poste est laissé volontairement vacant car une fusion ou une CHT est envisagée à terme. Dans l'attente de la décision ou de la mise en œuvre, un directeur en poste dans un établissement voisin assure la Direction.

La Direction commune facilite la fusion des services administratifs et peut permettre une mutualisation des fonctions supports. Mais elle ne touche pas à l'autonomie des établissements. Toutefois, la Direction commune, si elle s'opère entre des établissements qui coopèrent beaucoup, peut très vite aboutir à une fusion. Par ailleurs, nous avons pu constater, en lisant des articles sur le sujet, que la Direction commune concerne généralement des établissements dont l'un se trouve en difficulté financière (à savoir celui qui sera sous la Direction commune).

Nous avons trois cas de Direction commune qui constituent une étape préalable à la mise en place d'une filière, d'une fusion d'établissements, et d'une structuration de Communauté hospitalière de territoire (CHT). Les caractéristiques <u>communes</u> aux trois situations examinées:

- des valeurs culturelles opposées entre les groupes ;
- un rapport de force favorable du groupe qui noue la relation ;
- un engagement fort du groupe dans la relation ;
- de l'estime pour son partenaire ;
- un risque nul ou faible pris par le groupe ;
- le nombre de partenaires est peu élevé et de taille inférieure ;
- le coût de la relation est nul pour le groupe et les activités mises dans la relation sont complémentaires.

L'accord vite conclu est de nature évolutive puisqu'il correspond à une étape vers une structuration (de type filière, CHT ou fusion). Dans le cadre de la préfiguration d'une CHT ou d'une fusion, l'objectif est imposé de l'extérieur et les groupes environnants ont un pouvoir d'influence.

1.1.6. La structuration d'une Communauté hospitalière de territoire (CHT) : une stratégie de groupe public.

Les communautés hospitalières de territoires (CHT) ne concernent que les établissements publics de santé. Elles se distinguent des GCS-établissement de santé (GCS-ES) dans la mesure où elles regroupent un nombre plus conséquent de partenaires sur un territoire plus vaste (Fédération hospitalière de France, 2010)[676].

Elles ont été portées par la Fédération hospitalière de France (FHF). Elle voit en elles une stratégie dite « **stratégie de groupe** » pour lutter contre les regroupements de cliniques privées (Vincent, 2009)[677]. La FHF va proposer au pouvoir national la création de CHT qui sera effective dans la loi HPST. Il s'agit de favoriser les relations entre des hôpitaux de taille moyenne sur un territoire donné.

Sans personnalité morale, elles ont pour but de mettre en commun des compétences globales allant de la prévention jusqu'à l'offre médico-sociale en passant par celle de soins hospitaliers. Elles s'apparentent à la mise en place de **filières de soins** avec la désignation d'un chef de file (Delas, 2011)[678]. Comme autre objectif assigné par les ARS, les CHT doivent réduire les doublons d'activités - en mutualisant les fonctions supports et les activités logistiques - et/ou partager les ressources rares.

Les caractéristiques de la CHT ont été modifiées depuis le rapport Larcher (2008)[679] : bien qu'encouragées par des incitations financières, elles ne sont plus obligatoires. Ainsi, la CHT « intégrée » qui entrainait la fusion des établissements membres est supprimée (Paul et Rolland, 2001) [680]. Toutefois, le projet médical commun avec un budget commun peut aboutir potentiellement à moyen terme à une fusion des structures (Fédération hospitalière de France, 2010)[681].

---

[676] Fédération Hospitalière de France (2010). *Atlas 2010 des coopérations. La stratégie de groupe des hôpitaux et établissements médico-sociaux publics*. Paris : FHF.
[677] Interview en 2009 de Gérard Vincent paru dans le numéro 39 de lettre URHSE.
[678] Delas, A. (2011). L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques. *Hérodote*, 143(4), 89–119.
[679] Documentation française (2008). *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher*. Consulté de http://www.ladocumentationfrancaise.fr.
[680] Paul, C., Rolland, J-.M. (2011). Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales sur la mise en application de la loi HPST. Consulté de http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3265.pdf.
[681] Fédération hospitalière de France (2010), *op. cit.*

La constitution de CHT est facilitée par la mise en place d'une Direction commune (Tanguy, 2009)[682]. Elle vise à faire du directeur commun aux différentes structures l'initiateur de la coopération pour favoriser le dialogue entre établissements, avoir une réflexion médicale commune, etc. Mais cette étape, selon Jaffre (2009)[683], ne garantit pas une coopération globale. Surtout, si elle est imposée par les ARS et si elle repose sur une seule personne, à savoir le directeur. Toujours, selon l'auteur, les CHT serviront plutôt d'espace de discussion autour de la politique hospitalière. Et, à l'instar des conférences sanitaires de secteurs, elles n'ont pas encore réussi à faire adhérer la communauté hospitalière au bien-fondé de la coopération pour en assurer la réussite. De plus, le côté « personnalité morale » de la CHT ayant été supprimé par le législateur, elle se trouve réduite à la passation de conventions. La CHT, pour apporter une plus-value à une simple coopération doit s'adosser à un ou plusieurs GCS (Keller et Louazel, 2013)[684]. Enfin, elles s'apparentent à des communautés d'établissements définies par les ordonnances de 1996 qui ont été finalement supprimées en 2003 (Hardy, 2013)[685]. L'Association des maires de France - à la suite du Rapport Larcher - a attiré l'attention des pouvoirs publics car ces élus craignent que les hôpitaux locaux engagés dans une CHT ne soient rapidement transformés en établissement pour personnes âgées.

La mise en place d'une CHT peut être contrecarrée par la présence de dispositifs préexistants tels que des GCS-ES mais aussi parce que les établissements concernés sont déjà engagés dans des GCS avec des établissements qui sont hors du champ de la future CHT[686]. Larose (2009)[687] fait remarquer que les objectifs de la CHT tendent à contrecarrer les stratégies des précédentes réformes qui poussaient le secteur hospitalier public à nouer des relations avec des partenaires privés.

La CHT devrait être remplacée par le GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) d'après le projet de loi de Santé de 2015. Le GHT reste une coopération fonctionnelle mais obligatoire

[682] Tanguy, H. (2009). La valse de la recomposition hospitalière. *Gestions Hospitalières*, 10(489), 469-470.
[683] Jaffre, D. (2009). La coopération inter-hospitalière au bout de 40 ans: un constat en demi-teinte. *Objectif soins*, 181, 14‑17.
[684] Keller, C., Louazel, M. (2013). Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? *Revue de droit sanitaire et social*, 4, 687-699.
[685] Hardy, J. (2013). *Droit des coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales*. Rueil-Malmaison: Lamy.
[686] Propos tenus dans l'atelier « coopération hospitalière et reportés dans les actes de la Journée nationale des équipes de direction des agences régionales de santé Paris, INSEP, 21 septembre 2011.
[687] Larose, D. (2009). La CHT: nouvel ornithorynque juridique. *Revue Hospitalière de France*, 530, 20-24.

pour les établissements publics d'un territoire. Ce qui change par rapport à la CHT, c'est que l'établissement support du groupement, devra mener une vraie politique commune concernant les fonctions supports intégrant les établissements membres du groupement.

Nous n'avons dans notre échantillon que des exemples de préfiguration de CHT. Celle-ci se traduit par un projet médical commun à établir entre les différents établissements. Pour nos cinq exemples, **une Direction commune existe** entre tous ou une partie des établissements voire est envisagée. Les caractéristiques communes à nos cinq cas identifiés sont :

- un rapport de force équilibré entre le groupe et son ou ses partenaires;
- des partenaires plutôt proches géographiquement ;
- de l'estime voire de la confiance du groupe dans ses partenaires ;
- un risque nul pour le groupe ;
- des groupes environnants qui ont un pouvoir d'influence ;
- un financement externe (il faut savoir qu'un fond d'aide est spécialement dédié à ce type d'opérations) ;
- un coût nul ou peu élevé de la relation pour le groupe ;
- la recherche d'activités complémentaires ;
- le groupe ne met que quelques activités dans la relation ;
- les apports du groupe non encore bien définis ne sont pas indispensables.

L'accord est évolutif puisque la réalisation du projet médical commun est l'étape préalable à la création de la CHT via une convention. A l'instar des projets ou de réalisation de CHT évoqués dans la littérature, nous retrouvons toujours comme objectif la mise en place ou la possibilité de conforter des filières de soins.

Compte tenu de la décision récente de ces préfigurations, nous n'avons pas d'éléments sur leur devenir excepté pour l'une d'entre elles qui semble remise en cause en raison du manque de clarté du projet médical.

Au sein des coopérations fonctionnelles, excepté la Fédération médicale inter-hospitalière, la Direction commune et la structuration d'une CHT, les autres formes juridiques (convention, réseau, filière) ne regroupent pas de formes relationnelles ayant des caractéristiques communes.

1.2. Les outils de coopérations organiques

Ils regroupent le syndicat inter-hospitalier (SIH), le groupement d'intérêt économique (GIE), le groupement d'intérêt public (GIP), le groupement de coopération sanitaire (GCS) c'est-à-dire des structures disposant d'une personnalité morale.

1.2.1. Le Syndicat inter-hospitalier (SIH) : imposé de l'extérieur, il fonctionne mal

Les SIH sont créés en 1970 pour faciliter les missions de service public hospitalier. La loi portant création de la Couverture médicale universelle du 27 juillet 1999[688] va restreindre les conditions de création du SIH : les établissements de santé doivent seulement participer et non plus assurer le service public hospitalier. Le SIH se superpose aux établissements qui en sont membres. Il peut obtenir des autorisations d'équipements lourds mais les allocations de ressources pour ses prestations reviennent aux partenaires.

Très lourds à mettre en place, la loi HPST exigera que les SIH soient transformés en CHT, ou en GCS, ou bien encore en GIP dans les trois ans. Or, si le SIH se transforme en GCS - qui semble être la structure la plus appropriée contrairement à la CHT - il est toutefois inadéquat dans le cadre de la reprise du personnel employé dans le SIH. En effet, le GCS ne peut employer des personnels titulaires de la fonction publique (Moro, 2012)[689].

Sur le terrain, ce dispositif est considéré comme compliqué à mettre en œuvre et à faire vivre. Nous l'avons vérifié dans notre échantillon où nous avons des délais longs de mise en œuvre pour 4 des 6 SIH examinés. De plus, le bilan de ces structures est plutôt négatif (fonctionne à minima, coquille vide, arrêt).
L'objectif des SIH de notre échantillon, à une exception près, est imposé de l'extérieur. La méfiance règne entre les partenaires. Mise à part ces éléments, le SIH regroupe des **configurations très hétéroclites**.

[688] République Française (1999). Loi n°99-641, o*p. cit.*
[689] Moro, F. (2012). Les dernières réformes de la coopération sanitaire. Analyse critique de la tentative de généralisation du groupement de coopération sanitaire. *Revue droit & santé*, 48, 467-476.

Le SIH est souvent considéré comme une étape vers la fusion en particulier dans le cas où les hôpitaux concernés sont de taille différente et ont des activités complémentaires (Forcioli, 2002)[690]. Nous n'avons qu'un seul exemple allant dans ce sens dans notre échantillon.

1.2.2. Les groupements

1.2.2.1. Le groupement de coopération sanitaire (GCS) : l'outil privilégié des autorités sanitaires

Entre 1996 et 2009, le GCS va subir des transformations censées le rendre plus adéquat à des actions de coopération, en particulier pour des rapprochements d'établissements publics et privés. Car, à l'époque des ordonnances du 24 avril 1996, le GCS était composé uniquement d'établissements de santé qui ne remplissaient pas les conditions prévues pour constituer un SIH à savoir les établissements privés. Par ailleurs, le SIH commençait à être très critiqué par les praticiens (Dogimont, 2004)[691].

La loi du 4 mars 2002 et l'ordonnance du 4 septembre 2003[692] font évoluer les missions du GCS. Elles seront désormais de 4 types :

- le GCS « *prestations croisées* » prévu pour pallier les difficultés de recrutement de médecins hospitaliers, la difficulté d'assurer la continuité ou la permanence des soins dans certains établissements et/ou sur certains territoires, et qui ont été ouverts aux professionnels de santé. Concernant cette catégorie de GCS, il subsistera la difficulté de trouver des modalités de rémunération et un statut pour les intervenants (médecins libéraux) au sein du GCS ;
- Puis, nous avons le GCS « *de moyens* » qui permet de réaliser ou de gérer des équipements d'intérêt commun comme le plateau technique ;
- Puis, le GCS « *établissement de santé* » (GCS-ES) autorisé à exercer des missions de soins. C'est la loi HPST en 2009 qui permet la création de GCS-ES ou la possibilité de transformer un GCS de moyens en un GCS-ES dès lors qu'il détient une autorisation de soins[693] ;

---

[690] Forcioli, P. (2002). *Rapport du groupe d'Etude et de recherche sur les Regroupements et fusions d'Etablissements publics de Santé*. Paris : Fédération Hospitalière de France.

[691] Dogimont, R. (2004).Groupement de coopération sanitaire : transcription juridique d'incertitude politique. *Gestions hospitalières*, 544, 12-17.

[692] *Op. cit.*

[693] Direction générale de l'offre de soins et la Direction générale des affaires publiques (2011). *Fiche technique 2 : le GCS érigé en établissement de santé*. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

- Et enfin, le GCS dans le cadre de la constitution de réseaux de santé.

Par contre, le GCS ne peut être utilisé pour une coopération entre un hôpital et des collectivités territoriales.

Le GCS ne va pas manquer de **critiques** en particulier le GCS-ES. Pour Bergoignan-Esper (2009)[694] et selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS, 2010)[695], un GCS-ES peut être risqué pour les établissements membres qui finissent par être dépouillés d'activités génératrices de recettes. Etant destinataires ni des dépenses ni des recettes, les établissements membres du GCS risquent de manquer d'argent pour financer les activités non transférées sauf à obtenir – d'après la DGOS - un financement spécifique. Un autre risque soulevé par Cormier (2007)[696] est la perte, pour les établissements partenaires, des autorisations d'activités puisqu'elles sont transférées dans le GCS. Selon Causse (2010)[697], les GCS-ES seront de petites structures effectuant un petit nombre d'actes ce qui va à l'encontre des objectifs des réformes (diminution de l'offre, fermeture des petites structures, etc.). Enfin pour les députés Paul et Rolland (2011)[698], cette catégorie ne peut être considérée comme une modalité de coopération puisqu'il a d'office la qualité d'établissement public ou privé.

De son côté, Rault-Doumax (2005)[699] pense que le GCS qui participe à un séquençage des soins - avec des intervenants publics et privés - met à mal le principe de continuité du service public. Ainsi, selon le rapport de la Cour des comptes (2011)[700], le GCS peut être utilisé pour minimiser voire diminuer l'offre publique. En 2011, Hospimédia[701] relevait un certain nombre d'expériences de GCS-ES qui avaient des conséquences néfastes pour les établissements concernés : abandon, mise sous administration provisoire, etc.

---

[694] Bergoignan-Esper, C. (2009). Les formes de coopération dans la loi HPST. Avancées et manques. *Gestion hospitalière*, 489, 481-485.

[695] Direction générale de l'offre de Soins (2010), *op. cit.*

[696] Cormier, *op. cit.*

[697] Propos tenus par David CAUSSE, Directeur secteur sanitaire de la FEHAP, lors des Rencontres ESCP Europe – ISCMM (5 mai 2010) sur le thème Loi HPST. Quelles places pour la coopération et le management médico-administratifs ? - Ministère de la santé et des sports – 5 mai 2010.

[698] Paul et Rolland, *op. cit.*

[699] Rault-Doumax, P. (2005). *Etablissements de soins publics et privés: Y-a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique ?* Paris : L'Harmattan.

[700] Cour des comptes. (2011). Chapitre IX: Les coopérations hospitalières. Dans Cour des comptes (Éd.), *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale* (pp. 259-286).

[701] GCS établissement de santé public-privé : des alliances de raisons fragiles – Hospimédia 05/12/11.

Enfin, un GCS-ES peut être privé. Toutefois, le GCS-ES privé étant à but non lucratif comme le GCS de moyens, il n'intéressera pas plus les établissements privés que les établissements publics qui ne désirent pas déléguer des activités à un établissement privé.
En 2011[702], la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) dénonce le recours systématique au GCS et qui n'a pas prouvé son efficacité, d'autant plus que cette modalité juridique ne cesse d'être modifiée. Elle subira en effet cinq modifications de 1999 à 2011.

Toutefois, le GCS devient l'**outil privilégié** à partir des ordonnances de 1996. Il va donc en quelque sorte se substituer aux structures telles que le GIE, le GIP, la clinique ouverte, la FIMH. D'ailleurs, le rapport de la Cour des comptes de 2002[703] affirme que le GCS est un *« GIE sanitaire qui peut réaliser des activités de soins dans les mêmes locaux avec des moyens communs* ». Cela peut laisser à penser que le GCS désigne tout type de collaboration possible et ne constitue pas un outil spécifique de relations entre groupes. Cette forme juridique est parfois préférée à une fusion mais elle peut être une étape qui se situe après la mise en place d'une Direction commune et en prévision d'une fusion.
Le GCS est plutôt utilisé dans le cadre d'économies d'échelle que dans celui d'un regroupement potentiel des partenaires.

Nous avons étudié 16 constitutions de GCS tous entre 1996 et 2009. Nous avons un GCS-ES expérimental et quinze GCS de moyens. Il faut savoir que le GCS expérimental sera finalement transformé en GCS de moyens. Nous ne disposons que de deux GCS constitués entre partenaires publics. Les objectifs des GCS sont très divers comme, par exemple, réorganiser l'offre sur un territoire, maintenir une activité, répondre à un plan national (cancer, grand âge, etc.). La recherche de la taille critique pour pouvoir bénéficier d'un équipement lourd ou exercer une activité sera souvent le *leitmotiv* de la relation ainsi que la co-utilisation d'un équipement.

Le GCS est utilisé pour **mettre en place des pôles de santé** regroupant des activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) sur un site unique avec une répartition des tâches

[702] Hospimédia juin 2011 : « coopération : la FEHAP s'oppose au tout GCS ». Consulté de http://www.hospimédia.fr.
[703] Cour des comptes (2002). Les outils juridiques de la recomposition hospitalière. Dans Cour des comptes (Éd.), *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale* (pp. 251-260).

entre partenaires (la chirurgie revenant quasi systématiquement à la clinique). Il y a aussi des pôles de santé qui ne s'adossent pas à un GCS dans lesquels généralement le bloc opératoire est commun, chaque établissement conservant ses activités.

La moitié des GCS examinés sont soit des structures fragiles, soit ont échoué.

Dans le milieu industriel, la politique des pôles dits de compétitivité s'est développée à partir de 2005[704]. Elle consiste à associer sur un territoire diverses structures existantes (entreprises, centre de recherche, organisme de formation, etc..) autour de projets innovants. Dans le secteur hospitalier, les pôles de santé privés ou groupes de cliniques s'apparentent plus à des pôles de compétitivité que les pôles de santé public-privé qui se construisent quasi uniquement autour d'un établissement public et d'une clinique.

Les pouvoirs publics encouragent généralement ce type de relations. Dans nos exemples, l'ARH - puis l'ARS - vont tantôt impulser tantôt contraindre les groupes à ce type d'accord.

Cette forme juridique rassemble des **configurations très hétéroclites** corroborant ainsi le principe du GCS comme structure privilégiée quel qu'en soit l'objectif.

Enfin, nous constatons que les structures juridiques sont quasiment toutes implantées dans l'établissement public. Les autorités sanitaires évoquent plusieurs raisons reprises dans un article de la revue Hospimédia[705]. Selon les autorités, l'établissement public garantit « *la qualité de la prise en charge (anesthésiste 24h/24, laboratoire et dépôt de sang...), un éventail d'activité plus large (urgences, pédiatrie...), des conditions techniques de fonctionnement (aménagement des locaux conformes aux exigences réglementaires), un espace foncier capable d'accueillir la clinique ».*

1.2.2.2. Le Groupement d'intérêt économique (GIE) : outil adéquat pour l'exploitation d'équipements lourds

Doté de la personnalité morale de droit privé, le GIE est utilisé dans le cadre de prestations de services pour **des activités dites subsidiaires** (brevet d'invention, co-financement ou co-

[704] Politique des pôles. Consulté de http://competitivite.gouv.fr.
[705] Hospimédia du 30/07/12 : « La clinique et l'hôpital d'Épernay ont jusqu'à la fin octobre pour nouer un GCS d'obstétrique ». Consulté de http://www.hospimedia.fr.

utilisation d'un équipement lourd, gestion de services tels que la stérilisation, la lingerie, etc..).

Le GIE répond à des objectifs économiques et - à l'instar du GIP que nous verrons plus loin - il ne peut prendre en charge des missions de soins et donc participer à la recomposition de l'offre de soins. De plus, les administrateurs d'un GIE sont responsables sur leurs propres deniers de la gestion du regroupement.

Dans l'échantillon, les cinq GIE recensés concernent l'exploitation en commun d'un IRM, d'un scanner, ou l'utilisation conjointe de bâtiments (bloc opératoire ou bâtiment de haute technologie). Les caractéristiques communes aux différents cas sont :

- un partenariat public-privé ;
- un rapport de force équilibré ;
- un risque faible pris par le groupe ;
- un petit nombre de partenaires ;
- un pouvoir des groupes environnants plutôt équilibré ;
- des partenaires proches ou peu éloignés géographiquement.

Un seul GIE n'a pas été mis en œuvre.

Le GIE est un moyen pour un groupe de développer une activité qu'il ne pourrait assumer seul. La relation a un caractère **offensif** (développement d'une activité) dans un environnement non hostile (pouvoir des groupes environnants équilibré). Cette forme juridique doit assurer une bonne répartition des droits d'usage et des obligations des parties prenantes.

L'objet de la relation - lorsqu'il s'agit de l'exploitation d'un équipement tel que l'IRM - peut être assimilé à un actif spécifique. Dans le secteur hospitalier, le nombre et l'implantation de ces actifs sont planifiés par les pouvoirs publics et donc protégés du marché. Le partage du droit d'usage d'un tel actif répond selon Mahyaoui (2003)[706] au risque de monopole que pourrait avoir un établissement disposant seul d'un tel matériel. Pour les pouvoirs publics, il correspond à un moyen de rationnaliser l'offre de soins sur un territoire donné.

[706] Mahyaoui, Y. (2003). *Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins*. (Thèse de doctorat en systèmes de soins hospitaliers). Université Paris VII Denis Diderot.

Ce type de regroupement semble **générer des coûts de transaction élevés** surtout au niveau de la gestion et du fonctionnement de la co-utilisation de l'équipement.

1.2.2.3. Le Groupement d'intérêt public (GIP) : outil adéquat pour la gestion des fonctions supports

Le Décret n° 88-1034 du 7 novembre 1988[707] stipule que le GIP permet d' *« …. exercer ensemble, pendant une durée limitée, des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale et notamment des actions de formation ainsi que pour créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités…. ».* A l'instar du GIE, le GIP ne peut exercer une activité de soins. Un GIP doit être conclu avec au moins un établissement public de santé. Par contre, les personnes physiques ne peuvent être associées à un GIP.

A l'origine, les GIP étaient limités aux activités de recherche et de développement technologique. Puis dans les années 1990, les GIP se sont développés dans le domaine de la santé pour la **gestion de fonctions supports** telles que l'informatique, la blanchisserie ou la restauration. Dans notre échantillon, les GIP concernent le secteur de la blanchisserie et de la restauration.

Le GIP peut disposer de personnels mis à disposition mais sur la base du volontariat. Cela pose le problème du reclassement des personnels qui refusent cette mise à disposition. En effet, pour les agents relevant de la fonction publique hospitalière, la Direction doit les reclasser au sien des services de l'établissement, ou dans une autre structure. Limité dans sa durée de vie (15 ans maximum), le GIP ne peut pérenniser une coopération.

Dans les quatre cas recensés, nous sommes plutôt dans des relations à caractère **défensif** car il s'agit de maintenir - grâce à un accord formalisé - une activité dont les équipements coûtent cher (à l'instar de la restauration ou de la blanchisserie).

[707] République Française (1988). Décret n°88-1034 du 7 novembre 1988 relatif aux groupements d'intérêt public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

Les cas recensés ont en commun :

- un engagement fort du groupe dans la relation ;
- une absence de méfiance vis-à-vis du partenaire ;
- un risque faible pris par le groupe ;
- un petit nombre de partenaires de taille inférieure.

Les caractéristiques **communes** à celles du GIE : un rapport de force identique, et un petit nombre de partenaires.

Sur les 9 cas de GIE ou de GIP étudiés, seules 2 d'entre eux ont échoué.

1.3. Les autres outils

1.3.1. La structuration d'une fusion : un processus long au bilan mitigé

La fusion est considérée comme **l'étape ultime** de la relation entre deux groupes d'individus. La structuration de la fusion - qui passe par la mise en place d'un projet médical commun - implique une relation entre groupes d'individus qui ne font pas encore partie de la même entité. De même que suite à une fusion, les procédures d'intégration d'une équipe au sein d'une autre équipe constituent pour nous une relation entre groupes d'individus.

Dans le champ hospitalier, la fusion est apparue comme un outil de planification sanitaire dès la loi de 1970. Le terme fusion apparaît dans le décret du 24 septembre 2013[708]. Dans une des ordonnances de 1996[709], la fusion par création d'un nouvel établissement peut être exigée par l'ARH. La fusion a été utilisée comme réponse à plusieurs objectifs : survie des établissements, rétablissement de leur santé financière, atteinte du seuil minimum d'activité, ou bien un moyen de résoudre le problème de la démographie médicale, etc.

Dans la littérature sur les fusions, nous avons relevé comme particularité qu'elles sont fortement suggérées voire imposées par l'ARH ou l'ARS. La fusion commence par une fusion juridique qui est censée être l'occasion de mettre en place un projet médical commun pour que la fusion puisse prendre forme. Elle donnera naissance à un établissement unique ou

[708] République Française (1973). Décret n°73-935 du 24 septembre 1973 relatif à la création, à la transformation et la suppression des établissements d'hospitalisation publique. *Journal officiel* du 3 octobre 1973. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.
[709] Article L712-20 de l'ordonnance 96-346.

bien les sites seront conservés avec toutefois une répartition des activités (pour supprimer les doublons). La fusion peut aussi aboutir à l'absorption de l'un des établissements par l'autre. En tout état de cause, quelle que soit l'issue, le processus est très long (de 6 à 17 ans environ). La fusion est parfois précédée d'une Direction commune. Dans presque toutes les opérations de fusions examinées, au moins un des établissements concernés est en difficulté financière ou espère survivre grâce à la fusion.

Le bilan de Lalande et *al.* (2012)[710] **est très mitigé sur les opérations de fusions**. En effet, il existe des facteurs qui peuvent mettre à mal une telle opération. Ces facteurs sont : l'éloignement géographique, des bassins de vie trop différents, des activités non complémentaires, une taille trop importante mais équivalente des structures qui fusionnent. Parmi les exemples que nous avons parcourus, cinq d'entre eux ont été considérés comme des échecs - pour les raisons évoquées par les auteurs du bilan - en particulier du fait de l'éloignement géographique des groupes. Nous pouvons rajouter les éléments suivants : la fusion n'a pas permis de supprimer les doublons d'activités ou de résoudre les problèmes financiers des établissements. Elle engendre des coûts de transports sanitaires entre les sites. Pour deux opérations de fusions qui peinent ou qui n'ont pas abouti, il est question de basculer vers une CHT.

Nous avons examiné attentivement deux exemples de structurations de fusions dans notre échantillon. Elles se déclinent par la définition d'un projet médical de fusion. Pour les deux cas, la fusion sera **précédée d'une Direction commune**. Par ailleurs, l'un des deux établissements est en difficulté au niveau de ses activités. Nous avons trouvé des éléments <u>communs</u> aux deux situations :

- des valeurs culturelles opposées ;
- des partenaires proches géographiquement ;
- un engagement fort du groupe ;
- un rapport de force favorable du groupe ;
- un risque nul pris par le groupe ;
- des groupes environnants ayant un pouvoir d'influence ;

[710] Lalande, F., Scotton, C., Bocquet, P.-Y., Bonnet, J.L. (2012). Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Paris : IGAS.

- des activités complémentaires voire compatibles recherchées ;
- le groupe met quelques activités dans la relation ;
- les apports du groupe ne sont pas indispensables ;
- l'accord est irréversible.

Dans nos exemples, les structures sont de tailles très différentes. Le risque est plutôt l'absorption du petit établissement par le « gros ».

1.3.2. Les procédures suite à une fusion : application de textes

La procédure se définit comme une succession de tâches imposées mais qui ne peuvent être discutés par l'opérateur[711].

Dans notre échantillon, nous avons observé la mise en œuvre de procédures dans le cadre de fusions d'équipes, l'une au sein d'un GIP et les deux autres dans le cadre de l'absorption d'une clinique par un établissement public de santé. Comme caractéristiques communes aux trois procédés, nous avons :

- un objectif commun ;
- la proximité géographique et l'engagement fort du groupe ;
- l'apport du groupe est indispensable.

Le délai de la mise en œuvre est court (sans doute en raison de l'engagement fort et de l'objectif commun) et la relation est irréversible.

Afin d'être tout à fait complet, nous avons aussi analysé les relations de notre échantillon non associé à une forme juridique.

2. Les rapprochements non associés à une forme juridique : la relation informelle et l'alliance

2.1. La relation informelle : une étape préalable à la relation formelle ?

Selon Barnard - cité par Baudry et Dubrion (2005)[712] - l'organisation informelle consiste en une répétition de contacts entre un petit nombre de partenaires « sans objectif commun

[711] Définition trouvée sur htpp://www.ladefinition.fr.

[712] Baudry, B., Dubrion, B. (2005). L'influence des travaux de Chester I. Barnard sur la théorie économique contractualiste de la firme : une appréciation critique. *XVIIIème conférence internationale de management stratégique*, Grenoble, 2 au 5 juin.

conscient ». Elle est aussi perçue comme une relation clandestine et non prévue officiellement, parallèle à l'organisation formelle selon l'Ecole des relations humaines (Friedberg, 1997)[713]. Pour d'autres auteurs, à l'instar de Baudry et Friedberg, l'organisation informelle est complémentaire à une organisation formelle. Il n'est pas concevable de les dissocier radicalement. (Charreaux, 1990)[714] – dans le prolongement des travaux de Wintrobe et Breton sur les transactions informelles[715] - considère que l'organisation informelle peut pallier les manques de l'organisation formelle.

Les 19 relations informelles recensées dans notre base de données traduisent – à deux exceptions près - une étape préalable à une relation formalisée. Nous pouvons qualifier ces relations informelles de phases de négociation, une étape qui prépare une relation formelle. Parmi elles, cinq relations informelles ont pour partenaire l'ARH, deux autres le maire. Nous avons donc des interventions d'acteurs non hospitaliers mais qui sont dans l'entourage du groupe observé. Nous n'avons trouvé **aucune caractéristique commune** excepté le petit nombre de partenaires.

Nous constatons à ce stade de l'analyse une **relative absence d'homogénéité des configurations de relations** en particulier au sein des relations informelles et des GCS. En y regardant de plus près, nous avons constaté que des configurations de relations étaient plus proches d'une autre forme juridique que celle sous laquelle elle était référencée. C'est ainsi que nous avons repéré des relations - au sein des GCS et des relations informelles - que nous classerions plutôt dans les alliances.

2.2. Les alliances : une réponse à une menace

Nous avons repéré 6 configurations de relations qui nous paraissent relever plutôt d'une alliance entre groupes. Pour trois d'entre elles, il s'agit de relations qualifiées d'informelles. Quant aux trois autres, elles ont abouti à la mise en place d'un GCS.

[713] Friedberg, E. (1997). La théorie des organisations et la question de l'anarchie organisée. Dans J. Chevallier (Éd.), *Désordre(s)*. Paris : PUF.
[714] Charreaux, G. (1990). La théorie des transactions informelles : une synthèse. *Economies et sociétés*. Série *Sciences de Gestion*, 15, 137-161.
[715] Wintrobe, R., Breton, A. (1986). Organizational Structure and Productivity. *American Economic Review*, 76(3).

Nous les avons isolées afin d'étudier si des caractéristiques communes se dégagent de ces relations. Pour cela, nous avons privilégié la définition suivante de l'alliance : cette dernière répond à une menace forte. Elle va pousser un petit nombre de groupes à s'allier contre un ennemi commun qu'il faut combattre.

Dans notre échantillon, nous avons ainsi repéré plusieurs d'alliances que nous pouvons résumer comme suit:

Les Alliés		L' « adversaire »	Nombre de cas
- Un établissement PUBLIC et un établissement PRIVE		- ARH	1
- Deux établissements PUBLICS		- ARH	1
- Quatre établissements PUBLICS		- un groupe de cliniques	1
- Un ou deux établissements PUBLICS et un établissement PRIVE à but non lucratif		- un groupe de cliniques	2
- Un établissement PRIVE et l'ARH		- un établissement PUBLIC	1

Les caractéristiques <u>communes</u> à ces 6 relations sont :

- un objectif commun ;
- de l'estime mais surtout de la solidarité avec le partenaire ;
- un rapport de force identique ;
- un petit nombre de partenaires globalement de taille similaire.

La relation a un caractère offensif car la menace est forte (touche l'existence même du groupe) et il faut éliminer cette menace.

Conclusion du chapitre

Les relations entre groupes d'individus que nous avons observées dans le secteur hospitalier s'intègrent dans le corpus *a priori* de configurations que nous avons bâti dans la deuxième partie de notre travail. Nous avons donc une base de données pertinente et robuste sur laquelle nous pouvons nous appuyer pour effectuer nos analyses.

Nous avons commencé notre étude des relations par une description détaillée de leurs caractéristiques. Nous avons pu mettre en évidence **la spécificité des formes relationnelles dans le secteur hospitalier**.

Nous avons poursuivi notre démarche par une analyse des relations au regard de leur habillage juridique afin de déceler des caractéristiques similaires au sein des configurations de relation.

Finalement, l'analyse des configurations de relations au sein des différentes formes juridiques **révèle plus d'hétérogénéité que d'homogénéité**. Les formes juridiques les plus homogènes en termes de configurations sont les GIE et GIP, la Direction commune, et les structurations de fusion ou de CHT.

Pour quelques cas, la configuration de la relation ne s'apparente pas à l'habillage juridique affiché. Par exemple, nous avons une configuration de relation sous l'appellation convention et une autre sous le sigle FIMH qui correspondent plus à un réseau au regard des critères qui ressortent des définitions données à cette forme relationnelle[716]. Nous avons aussi identifié six cas d'alliances non référencées comme telles.

Nous constatons aussi que certains types d'accords sont plutôt associés à une forme juridique spécifique à l'instar du GCS pour les pôles de santé public-privé, du GIE ou GIP pour l'exploitation partagée d'un équipement lourd.

Cette étude sur les formes juridiques permet **d'identifier des relations stables vs instables ou fragiles et des relations qui vont évoluer vers des relations plus poussées**. Par exemple, les Directions communes précèdent souvent une CHT ou une fusion. La fusion débute par une fusion juridique qui peut s'apparenter à une Direction commune. Au niveau de la littérature sur les outils juridiques, il semble que le SIH préfigure une fusion. Nous avons un cas de figure dans notre échantillon. Les relations stables correspondent plutôt à la mise en place d'une filière, d'un GIE ou d'un GIP.

Finalement, **les formes juridiques** - définies par les réformateurs - **ne sont pas discriminantes**. En effet, certains habillages juridiques regroupent des relations aux caractéristiques hétérogènes ayant peu ou pas de points communs. Et nous retrouvons parfois les mêmes caractéristiques au sein de deux formes juridiques différentes. Nous

[716] Se référer au chapitre 2 de la première partie.

rejoignons Garrette et Dussauge (1995)[717], quand ils affirment que les relations entre organisations - dénommées alliances par les auteurs - ne se définissent pas par leur forme juridique mais par d'autres facteurs. Blanchot (2006)[718], pour sa part, cite des facteurs tels que la nature de la relation, le nombre et la taille des partenaires qui vont influer sur la forme de la relation.

Cette analyse, avec comme clé d'entrée l'habillage juridique, ne nous apporte **pas de résultats satisfaisants** en termes de groupes homogènes de relations.

Nous allons donc poursuivre notre investigation. Nous décidons de rechercher des profils de configurations de relations sans privilégier une des caractéristiques de la relation. Pour cela, nous allons utiliser des méthodes d'analyses multidimensionnelles qui vont nous permettre de prendre en compte simultanément les trente-deux critères caractérisant une relation.

Le **chapitre 6** est consacré à la mise en œuvre d'une taxonomie afin de dégager une typologie des relations entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier. Compte tenu des résultats prometteurs, nous proposons une grille d'analyse des formes relationnelles permettant une approche dynamique des relations.

[717] Garrette et Dussauge, *op. cit.*
[718] Blanchot, F. (2006). Alliances et performances: Un essai de synthèse. *Cahiers de recherche CREPA/ DRM*, 1(22). Université Paris Dauphine.

Chapitre 6 : Les relations dans le secteur hospitalier : essai de typologie et proposition d'une grille d'analyse des formes relationnelles.

Dans le chapitre précédent, nous avons constaté que les relations ne pouvaient être classées en groupes homogènes au regard de leur habillage juridique. Nous avons toutefois obtenus des résultats relatifs à la stabilité (vs instabilité) ou au côté transitoire de la relation. Nous souhaitons affiner et élargir l'étude dans le présent chapitre pour amplifier la portée explicative et prescriptive du modèle.

Nous réorientons notre analyse des configurations de relations en étudiant les formes relationnelles au regard de l'ensemble de leurs caractéristiques. Nous allons utiliser la taxonomie pour détecter des groupes homogènes de relations (**section 1**).

La typologie - en dehors de la mise en évidence de groupes homogènes - va révéler un continuum du statut des formes relationnelles (qui va de la réussite jusqu'à l'échec de la relation). Les résultats obtenus nous poussent à poursuivre notre démarche. Celle-ci va déboucher sur la proposition d'un cadre d'analyse des formes relationnelles observées dans le secteur hospitalier permettant une approche dynamique des relations entre groupes d'individus.

La section 2 est consacrée à l'élaboration de ce cadre d'analyse constitué de deux pôles extrêmes - à savoir l'entropie d'un côté et la néguentropie (ou soumission totale) de l'autre – entre lesquels nous positionnerons les formes relationnelles que nous avons observées dans le secteur hospitalier.

Section 1 : Les relations entre groupes dans le secteur hospitalier : essai de typologie

L'objet de cette section est de faire ressortir, s'ils existent, des groupes homogènes de configurations de relations. Car, si aucun profil de configurations ne se dégage, alors nous ne pourrons pas mettre en évidence la présence de constantes dans les configurations de relations. Or, la détection de constantes dans les configurations peut sous-tendre des concepts à même d'enrichir notre connaissance sur les mécanismes des relations entre groupes d'individus.

Nous choisissons de définir les configurations de relations non plus au regard d'un attribut (l'habillage juridique) mais à partir de l'ensemble des attributs qui les composent. La méthode que nous retenons est la taxonomie.

1. La mise en œuvre d'une taxonomie s'appuyant sur des méthodes d'analyse multidimensionnelle

Chaque configuration de relation de notre échantillon se présente sous la forme d'une juxtaposition d'attributs. Comme nous recherchons d'éventuels liens entre les attributs, nous allons tous les inclure dans notre analyse mais sans attacher d'importance particulière à un attribut plus qu'à un autre.
Si des liens existent entre les attributs, alors nous constituerons des groupes homogènes de configurations que nous pourrons décrire en détail.
Pour effectuer ce travail, nous mettons en œuvre **une taxonomie** qui repose sur des méthodes d'analyse multidimensionnelle.

1.1. Les méthodes d'analyse multidimensionnelle mobilisées

Nous recherchons d'éventuels liens entre les attributs des formes relationnelles pour constituer des profils homogènes de configurations. La classification d'attributs multiples en groupes homogènes peut se faire au moyen de deux méthodes à savoir la typologie et la taxonomie. Les deux méthodes sont différentes (Borgès Da Silva, 2014)[719]. La typologie s'appuie sur une méthode déductive. En effet, le nombre de classes de configurations

[719] Borgès Da Silva, R. (2014). Taxonomie et typologie : est-ce vraiment des synonymes ? *Santé Publique*, 25(5), 633-637.

homogènes est fixé *a priori.* Par contre, la taxonomie relève d'une démarche inductive puisque le nombre de groupes de configurations homogènes est déterminé par le chercheur. Ce dernier peut s'appuyer sur les résultats d'une analyse multivariée effectuée précédemment sur les données empiriques. D'ailleurs, selon Borgès Da Silva (*cf. supra*), il est possible de construire des taxonomies en utilisant des méthodes de classification qui peuvent être ou non précédées d'une analyse factorielle des correspondances.

L'analyse en deux étapes (analyse factorielle puis classification) a l'avantage de créer des groupes homogènes à partir d'une information qui a été au préalable synthétisée. En effet, les analyses factorielles ont pour objectif de réduire un grand nombre d'informations (variables) en un petit nombre de dimensions. Cette méthode très répandue a toutefois l'inconvénient d'utiliser deux critères d'optimisation - l'un pour sélectionner l'information synthétique et l'autre pour définir les groupes homogènes - tous deux choisis par le chercheur. Des auteurs ont recherché des méthodes alternatives, à l'instar de Vichi et Saporta (2009)[720], mais elles s'adressent à des analyses de variables quantitatives ce qui n'est pas le cas ici.

Nous avons choisi de mettre en œuvre une taxonomie car il nous parait hasardeux de déterminer un nombre *a priori* de groupes homogènes de configurations de relations.

Nous préférons nous appuyer sur les indicateurs fournis par la méthode pour nous aider à déterminer le nombre de groupes homogènes. **Les méthodes que nous allons utiliser sont des méthodes descriptives exploratoires.**

1.2. La mise en œuvre de la taxonomie

Nous procédons en **deux étapes successives** comprenant une analyse factorielle des correspondances suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH). Comme nos données sont qualitatives, la méthode utilisée pour l'analyse factorielle est l'analyse des correspondances multiples (ACM). Son objectif est de résumer des informations apportées par un ensemble de variables en une information synthétique issue du lien entre les variables (vs. Individus) de notre base de données de configurations de relations.

[720] Vichi, M., Saporta, G. (2009). Clustering and Disjoint Principal Component Analysis. *Computational Statistics & Data Analysis*, 53(8), 3194-3208.

La classification ascendante hiérarchique (CAH) des individus (vs. des variables), que nous allons mettre en œuvre, regroupera dans des classes différenciées des individus (vs. des variables) qui ont des caractéristiques proches. Les groupes ainsi construits définiront des profils-type de configurations de relations[721][722].

1.2.1. La mise en évidence de liens entre les attributs des configurations de relations avec l'analyse des correspondances multiples (ACM)

La mise en œuvre d'une telle analyse suppose **un travail préliminaire** important. En effet, les données doivent se présenter sous la forme d'un tableau disjonctif complet qui sera ensuite soumis à l'ACM.

1.2.1.1. La sélection des variables et des individus soumis à l'analyse

Le fichier de données utilisé pour l'analyse est notre base de données comprenant les 83 configurations observées.

Nous attribuons un rôle à chaque variable (vs. individu). Deux possibilités s'offrent au chercheur : la variable est soit « active » / « principale » soit « secondaire » / « supplémentaire ». Une variable sera dénommée « principale » si le chercheur la considère comme un élément important dans la construction de groupes homogènes.

Etant donné que nous sommes dans une recherche exploratoire de liens potentiels entre nos variables, aucune d'entre elles *a priori* ne doit avoir une importance différente des autres. Toutefois, la variable « habillage juridique des relations » ne semblant pas être une variable discriminante (au regard de l'analyse effectuée au chapitre 5), nous l'avons toutefois conservée dans l'analyse mais comme une variable dite « secondaire ». C'est-à-dire qu'elle n'interviendra pas dans la construction d'éventuels profils.

Côté « individus », c'est-à-dire les différentes configurations de relations, nous avons aussi pris une position. En effet, parmi l'ensemble des configurations examinées, nous avons recensé des relations formelles et des relations informelles (caractérisées par de simples rencontres entre personnes). Or, ces dernières sont généralement le premier pas avant la

[721] Escofier, B., Pagès, J. (2008). *Analyses factorielles simples et multiples: objectifs, méthodes et interprétation*. Paris: Dunod.
[722] Nakache, J.-P., Confais, J. (2005). *Approche pragmatique de la classification*. Paris : Technip.

mise en œuvre d'une relation formelle. En effet, l'issue des relations informelles, si elle est favorable, débouche sur un accord des partenaires pour mettre en place une relation. Or, nous nous intéressons principalement aux relations décisionnelles stratégiques. C'est pourquoi, nous avons considéré les relations formelles comme éléments « principaux » / « actifs » pour lesquels nous recherchons l'existence de profils. Les relations informelles sont quant à elles qualifiées d'éléments « supplémentaires » et seront projetées sur le nuage des relations formelles.

Nous intégrons 21 variables dans notre analyse dont voici la liste :

Variables principales	- Valeurs culturelles du groupe / à celles de son partenaire - Eloignement géographique - Type de partenariat - Rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire - Engagement des membres du groupe dans la relation - Comportement des membres du groupe vis-à-vis du partenaire - Risque pris par le groupe - Objectif final de la relation - Nombre de partenaires - Taille des partenaires - Pouvoir des groupes environnants - Financement engagé par le groupe - Coût de la relation pour le groupe - Caractéristiques des activités avant leurs mises en relation - Caractéristiques des activités une fois mises en relation - Nombre d'activités du groupe mises en commun - Type d'apport du groupe dans la relation - Caractéristiques de l'apport du groupe - Caractéristique de l'accord - Délai de mise en œuvre de l'accord
Variables supplémentaires	- Habillage juridique des relations

1.2.1.2. La mise en œuvre de l'analyse des correspondances multiples

Nous soumettons notre fichier de données ci-dessus à une procédure transformant ce dernier en un tableau disjonctif complet. Cette opération dite de recodification des données ainsi que les différentes analyses qui vont suivre ont été effectuées avec le logiciel SAS. Ce logiciel, certes nécessitant de la programmation, a l'avantage de proposer différentes techniques d'analyses multidimensionnelles. Il permet aussi au chercheur de choisir les critères qui serviront au calcul de la distance entre les variables (vs individus) pour tenter de mettre en évidence des groupes homogènes lors de la mise en œuvre de la classification ascendante hiérarchique.

Une fois le tableau disjonctif complet créé, ce dernier est soumis à l'analyse des correspondances multiples. Nous utilisons la procédure « CORRESP » intégrée dans le logiciel SAS[723]. La procédure calcule une distance entre les individus (vs variables) qui détermine la proximité (vs l'éloignement) entre les objets. Plus simplement, un individu (ici) une configuration sera proche d'un autre individu (configuration) dès lors que les deux objets ont en commun un grand nombre d'attributs.

1.3. Les résultats prometteurs de l'analyse des correspondances multiples

Le logiciel SAS propose plusieurs aides à l'interprétation. Les résultats peuvent être présentés sous forme de cartographies. Chaque carte représente un plan à deux dimensions (axes) sur lequel sont projetées les variables (vs les individus). Elles (vs ils) forment un nuage de points qui se répartit tout autour d'un centre de gravité qui correspond à un point « moyen ». Celui-ci est matérialisé par le point d'intersection des deux dimensions (axes). Ainsi, plus une variable (vs un individu) s'éloigne de ce point moyen ou centre de gravité, plus elle (vs il) caractérise l'axe.

La cartographie illustre donc la position des variables (vs des individus) au regard du centre de gravité mais aussi les unes (vs les uns) par rapport aux autres. Cependant, un plan à deux dimensions peut ne pas suffire pour dégager tous les résultats importants. Nous devons donc choisir le nombre de dimensions que nous allons retenir pour analyser les résultats.

[723] Vous pouvez consulter le programme de l'analyse en annexe 9.

Le tableau des valeurs propres de la matrice des données fourni par le logiciel nous aide à sélectionner le nombre de dimensions à retenir pour l'analyse.

Tableau 27 : Extrait de l'histogramme des valeurs propres fourni par le logiciel

The CORRESP Procédure

Décomposition de l'inertie et du Khi-2

Valeur singulière	Inertie principale	Khi-2	Pourcentage	Pourcent. cumulé	2 4 6 8 10
					----+----+----+----+----+---
0.58039	0.33686	431.18	8.22	8.22	**********
0.51116	0.26129	334.45	6.37	14.59	**********
0.49066	0.24074	308.15	5.87	20.46	**********
0.45801	0.20977	268.51	5.12	25.58	**********
0.42847	0.18359	234.99	4.48	30.05	**********
0.40023	0.16019	205.04	3.91	33.96	**********
0.38640	0.14930	191.11	3.64	37.60	*********
0.37683	0.14200	181.76	3.46	41.07	*********
0.36285	0.13166	168.52	3.21	44.28	********
0.35974	0.12941	165.65	3.16	47.43	********
0.35661	0.12717	162.78	3.10	50.54	********

Source : Données issues de l'analyse en correspondances multiples.

Chaque dimension restitue un pourcentage d'information significative. Les six premières dimensions totalisent 34% de l'information. Dans une ACM, les pourcentages sont toujours assez faibles car ils tiennent compte du nombre de variables introduites dans l'analyse. Plus le nombre est élevé plus les pourcentages seront faibles mais cela ne signifie pas que les dimensions ne contiennent pas d'information pertinente. C'est pourquoi, il est conseillé de regarder d'autres indicateurs tels que la contribution des variables sur les différentes dimensions par exemple.

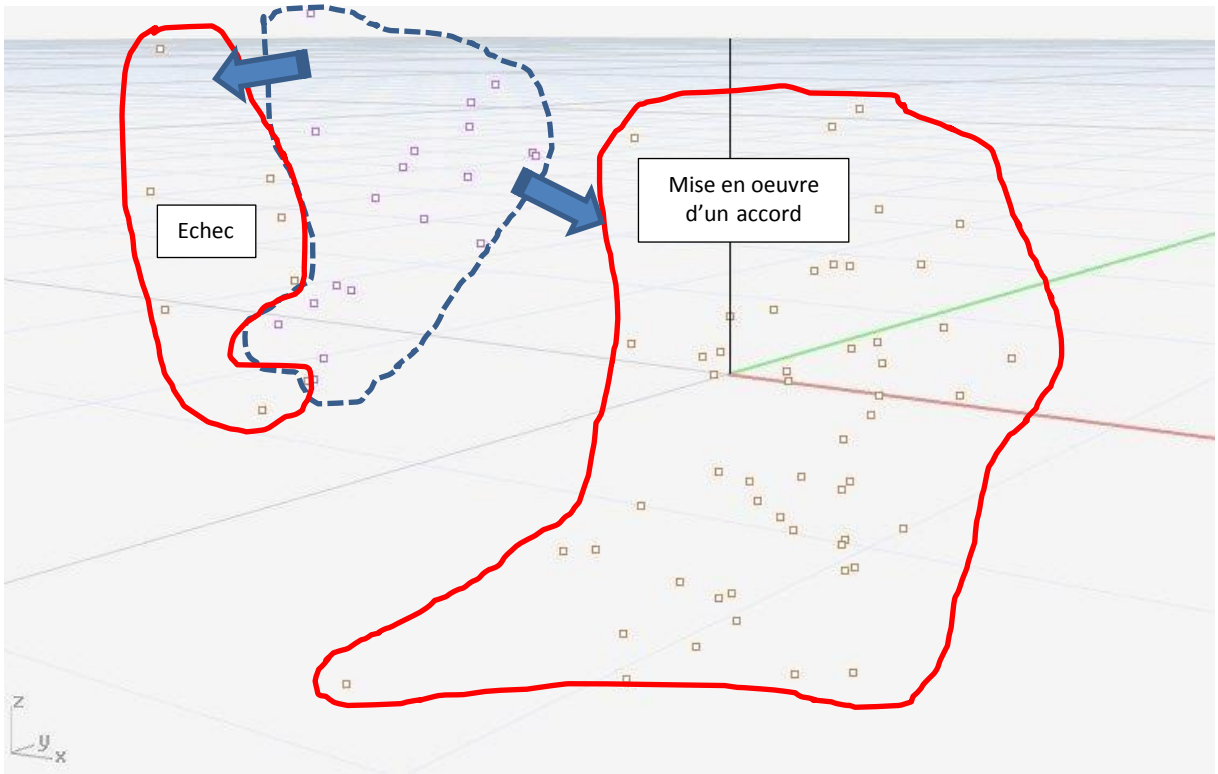
L'analyse des correspondances n'étant pas notre objectif final, nous ne présentons ici que les résultats les plus importants et uniquement sous forme graphique.

1.3.1. Le nuage des configurations ou nuage des « individus »

Nous représentons le nuage des configurations sur un espace à trois dimensions. En effet, une représentation classique à deux dimensions peut faire se superposer des individus (vs

des variables) alors qu'ils sont en fait éloignés. Nous utilisons le logiciel Rhinocéros[724] afin de rendre compte des proximités mais aussi des distances entre individus.

Figure 23 : Nuage des configurations formelles et informelles sur les 3 premiers axes



Source : Données compilées avec le logiciel SAS et intégrées dans le logiciel Rhinocéros.

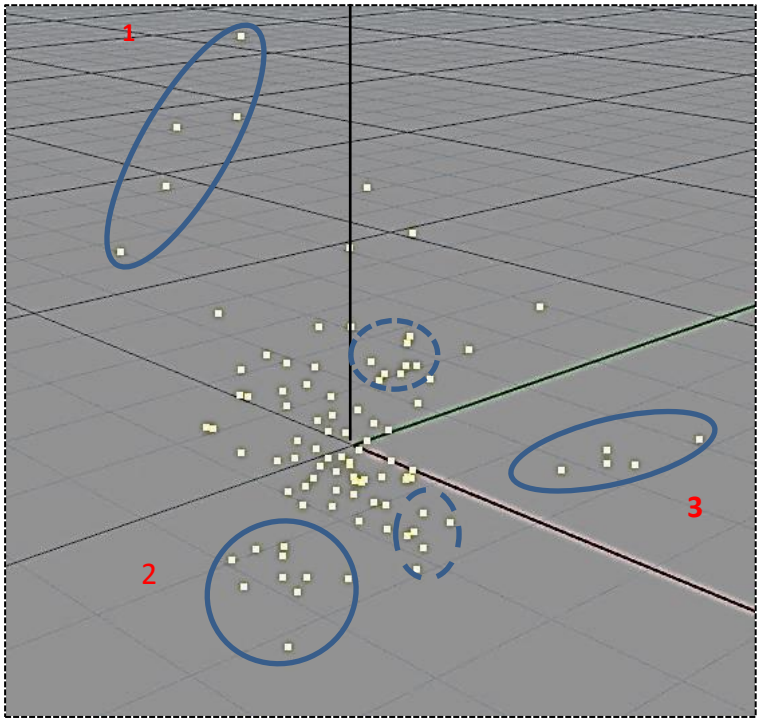
Nous remarquons trois nuages de points de gauche à droite du graphique. Un premier nuage qui regroupe finalement un ensemble de configurations qui ont échoué. A sa droite, un second groupe qui concerne toutes les relations informelles. Enfin, un troisième groupe qui caractérise des relations aux issues diverses mais qui n'ont pas échoué. Ainsi, le nuage des relations informelles regroupées entre les deux nuages de relations formelles traduit en quelque sorte le point de départ d'une relation qui deviendra formelle mais dont l'issue peut être le succès ou l'échec de la relation.

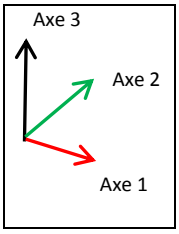
1.3.2. Le nuage des attributs des relations

Nous procédons comme pour les configurations en représentant sur les trois premiers axes les caractéristiques des relations.

[724] Outil de dessin de formes libres en 3D.

Figure 24 : Nuage des attributs des relations





Source : Résultats issus de l'ACM intégrés dans le logiciel Rhinocéros.

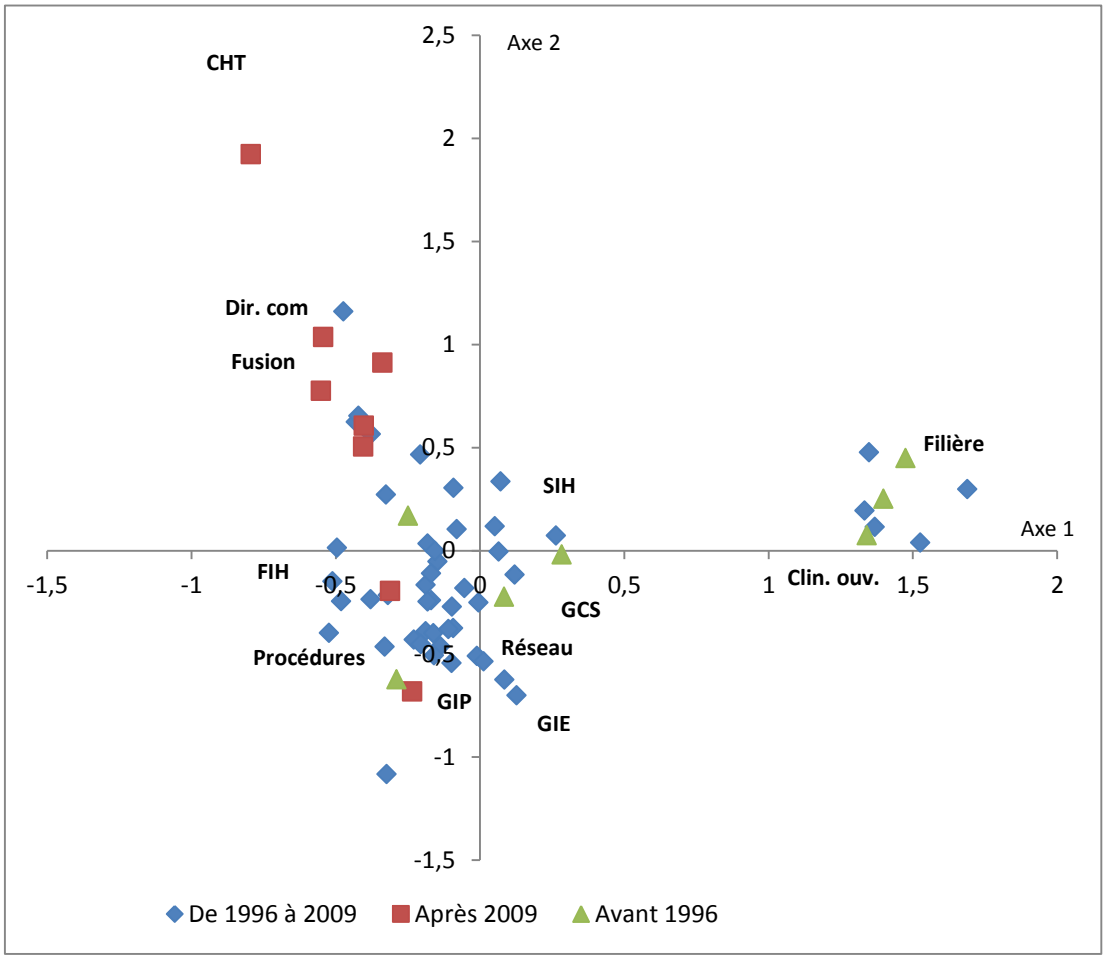
Nous décelons **quelques groupes de variables**. Par exemple, le groupe 1 rassemble les attributs suivants : « *mêmes activités avant et après la relation* ». L'apport du groupe est le « *savoir-faire* ». La taille du partenaire est « *similaire* ». Cela s'apparente aux procédures utilisées dans le cadre d'intégration du personnel. Le groupe 2 rassemble des attributs tels que « *un partenariat Public/PSPH* », « *des activités concurrentes et complémentaires (avant)* », « *des moyens matériels partagés dans la relation* », « *un financement commun* », « *une mise à disposition et un apport financier du groupe* » et « *un coût élevé*». Le groupe 3 contient les variables caractérisant l'échec de la relation. Nous n'avons pris que quelques exemples pour indiquer qu'il existe visiblement des groupes d'attributs caractérisant des formes relationnelles.

1.3.3. Nuage des configurations de relations en précisant la période de décision de la relation

Dans notre échantillon, les relations entre groupes d'individus couvrent une période allant de 1977 à 2012. Nous concaténons la variable « année » à la variable « ident » (numérotant les configurations) et nous projetons la nouvelle variable sur une cartographie.

L'intérêt d'une telle opération est de voir (grâce au nuage) s'il existe des années qui auraient produit un type particulier de configurations de relation.

Figure 25 : Nuage des configurations des relations avec indication de la période de la prise de décision



Source : Résultats issus de l'ACM retravaillés par l'auteure sous EXCEL.

Nous avons découpé la période allant des années 1977 à 2012 en trois intervalles correspondant chacune à un évènement différent. Nous avons donc « avant 1996 » c'est-à-dire avant la création des ARH, « de 1996 à 2009 » c'est-à-dire à partir de la création des ARH mais avant celle des ARS, et enfin de « 2010 à 2012 » période qui tient compte de la création des ARS.

Le constat est le suivant : si chaque période avait produit un type spécifique d'accords alors nous aurions eu à proximité des habillages juridiques des grappes de points correspondant à une même période. Ce n'est pas ce que nous constatons en regardant attentivement le graphique.

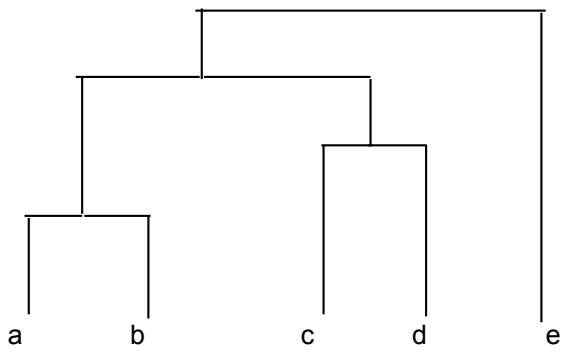
Nous venons de déceler - en utilisant l'analyse des correspondances multiples - la présence de groupes d'attributs liés entre eux. Nous poursuivons donc notre investigation par une classification ascendante hiérarchique pour confirmer l'existence de groupes homogènes de configurations de relations et ainsi les caractériser.

2. Des profils homogènes de formes relationnelles identifiables

Nous réalisons une classification ascendante hiérarchique sur nos formes relationnelles pour définir des groupes homogènes de configurations de relations.

Quelques mots sur la méthode utilisée[725] : « *Les méthodes de classification permettent de regrouper des individus (vs. des variables) en classes les plus homogènes possibles. La Classification ascendante hiérarchique a un gros avantage sur les autres méthodes de classification : elle ne nécessite pas la connaissance a priori du nombre de classes adéquat. Sa mise en œuvre est la suivante: chaque individu (vs. variable) forme une classe distincte. Les deux individus (vs. variables) les plus proches sont agrégés et forment ainsi une nouvelle classe qui remplace les deux anciennes. Cette agrégation se poursuit jusqu'au moment où tous les individus (vs. variables) sont rassemblés au sein d'une même classe* ».

Figure 26 : Arbre d'une classification ascendante hiérarchique (CAH)



Source : Elaborée par l'auteure.

Nous effectuons deux classifications ascendantes hiérarchiques, l'une sur les attributs des configurations (variables) et l'autre sur les individus (les formes relationnelles).

[725] Guide SAS – Tome1 – chapitre 1 : la procédure CLUSTER.

2.1. La classification ascendante hiérarchique sur les attributs des relations

La classification sur les attributs des relations (à savoir nos variables) est effectuée à partir des résultats de l'ACM c'est-à-dire à partir du tableau des coordonnées des attributs sur les premiers axes factoriels (dimensions). Comme nous nous intéressons prioritairement aux groupes homogènes de formes relationnelles, les résultats de la classification sur les attributs des relations ne sont pas présentés ici mais ils sont consultables en annexe 10.

2.2. La classification ascendante hiérarchique sur les configurations de relations

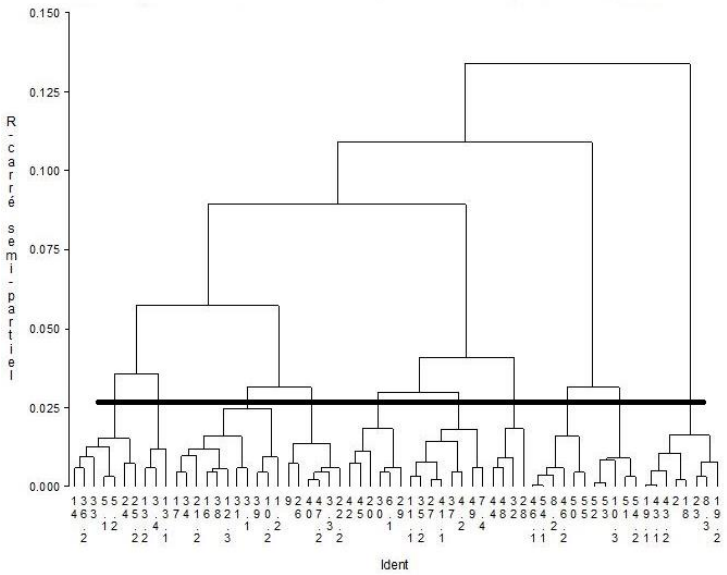
Nous constatons que des liens existent entre les attributs des relations de notre échantillon et qu'il est donc possible de constituer des groupes homogènes de configurations. Nous effectuons une classification ascendante hiérarchique (CAH) sur les configurations de relations afin de quantifier et décrire les groupes homogènes. L'analyse porte sur les 64 relations formelles de notre base de données c'est-à-dire sur les relations décisionnelles. Nous effectuons la CAH sans utiliser les résultats de l'ACM afin de pallier l'inconvénient de s'appuyer sur un critère d'optimisation choisi dans le cadre de l'étape de l'ACM. En effet, dans ce cadre, le chercheur est amené à choisir deux critères d'optimisation : l'un pour l'analyse multidimensionnelle et l'autre pour la classification ascendante hiérarchique. Nous effectuons donc la classification des configurations de relations (les individus) à partir de la matrice des distances entre les configurations (individus).

Avant de lancer la CAH, nous créons une matrice de distance entre les configurations de relations (les individus) en utilisant une mesure de dissimilarité. Puis, nous soumettons notre matrice à la procédure « CLUSTER » de SAS en choisissant la méthode « DGOWER ». [726]

Nous définissons le nombre de classes à retenir en nous appuyant sur l'arbre de classification et sur les aides à l'interprétation fournies par le logiciel SAS.

[726] Vous pouvez consulter le programme en annexe 10.

Figure 27 : Arbre de classification des configurations de relations



Source : Données compilées par le logiciel SAS

Nous retenons dix classes de configurations. Comme elles peuvent être assimilées à des individus, nous pouvons comptabiliser le nombre de formes relationnelles par classe :

Classe 6	Classe 10	Classe 7	Classe 5	Classe 8	Classe 4	Classe 9	Classe 2	Classe 3	Classe 1
N=7	N=3	N=11	N=6	N=6	N=8	N=4	N=6	N=5	N=8

2.3. Le résultat : mise en évidence de groupes homogènes de configurations de relations

Les configurations de relations associées à chacune des classes peuvent être décrites par une vingtaine de caractéristiques. Afin de rendre plus lisible les différentes descriptions, nous optons pour une présentation synthétique des caractéristiques des différentes classes.

2.3.1. Travail préliminaire en vue d'une présentation synthétique des données

La présentation synthétique des principales caractéristiques de ces dix classes a nécessité trois étapes préalables résumées comme suit :

→ Nous avons commencé par un dépouillement simple au sein des dix classes sur l'ensemble des variables incluses dans l'analyse complétée par les variables « année » et « habillage juridique » ;

→ A partir de ce dépouillement, nous avons créé un tableau qui relève pour chaque classe, et pour chaque variable, les modalités les plus fréquemment rencontrées ;
→ Puis, nous avons extrait de ce tableau les caractéristiques marquantes de chaque classe pour en faire une synthèse.

Cette synthèse présente donc les caractéristiques principales des configurations regroupées au sein d'une même classe auxquelles ont été ajoutées des éléments de tendance. Par caractéristiques principales, nous entendons les caractéristiques communes à tous les éléments de la classe. Les éléments de tendance sont des caractéristiques partagées par presque tous les sujets de la classe. Nous signalons aussi les attributs absents de la classe ainsi que l'habillage juridique des configurations et la période de la prise de décision de la relation.

2.3.2. Caractérisation des différents groupes homogènes de configurations de relations

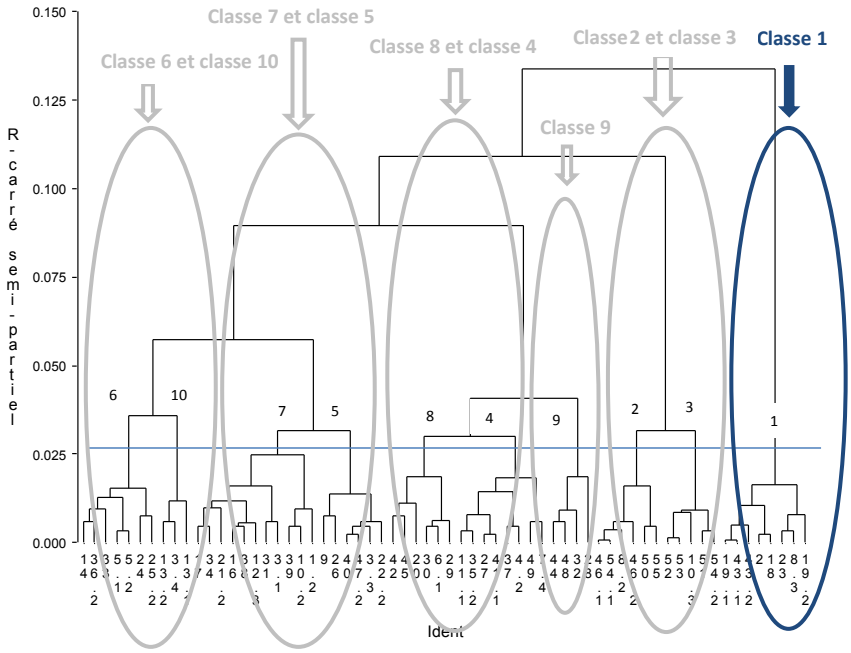
L'arbre de classification se découpe en deux branches, l'une contenant la classe 1 et l'autre toutes les autres classes (de la classe 2 à la classe 10). **Il sépare les relations qui ont échoué (classe 1) des relations qui ont abouti (classes 2 à 10)**.

Nous regroupons les classes 2 à 10 en quatre groupes au regard de leur proximité au niveau de l'arbre et de la présence de caractéristiques proches ou communes:
- le **groupe 1** regroupe la classe 6 (n=7) et la classe 10 (n=3) ;
- le **groupe 2** contient la classe 7 (n=11) et la classe 5 (n=6) ;
- le **groupe 3** associe la classe 8 (n=6) et la classe 4 (n=6) ;
- le **groupe 4** comprend la classe 2 (n)=6) et la classe 3 (n=5).

La **classe 9**, quant à elle, ne sera pas associée à un groupe.

Venons-en maintenant à la description des caractéristiques de ces groupes et de la classe 9.

*** Classe 1** (n=8)



Source : Données compilées par SAS illustrées par l'auteure.

Tableau 28 : Caractéristiques des configurations de relations de la classe 1

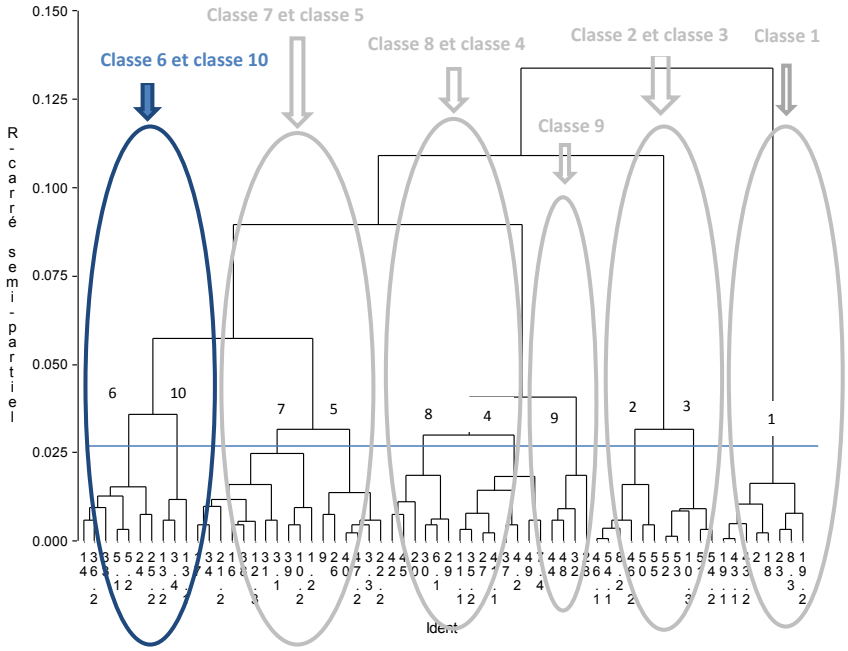
	Classe 1 (n=8)
*** Caractéristiques principales**	**- Petit nombre de partenaires** **- Aucune activité du groupe mise en commun** **- Pas d'accord** **- Pas de mise en œuvre**
*** Eléments de tendance**	- Rapport de force équilibré
ET	- Toujours un risque pris par le groupe
Habillage juridique	3 GCS, 2 filières, 1 clinique ouverte, 1 GIE, 1 SIH
Période de mise en œuvre	ARH (6 sur 8) et 2 relations avant 1996

Source : Données retravaillées par l'auteure à partir de la CAH.

Cette classe caractérise les **relations qui n'ont pas abouti**. Ces échecs ne sont pas associés à une forme juridique particulière et ont pour seule caractéristique commune - mise à part l'échec de la relation – le fait que les relations ont été nouées avec un petit nombre de partenaires.

Nous passons maintenant aux groupes qui identifient des relations qui se sont mises en œuvre (partiellement ou complétement).

* **Groupe 1** : classe 6 (n=7) et classe 10 (n=3)



Source : Données compilées par SAS illustrées par l'auteure.

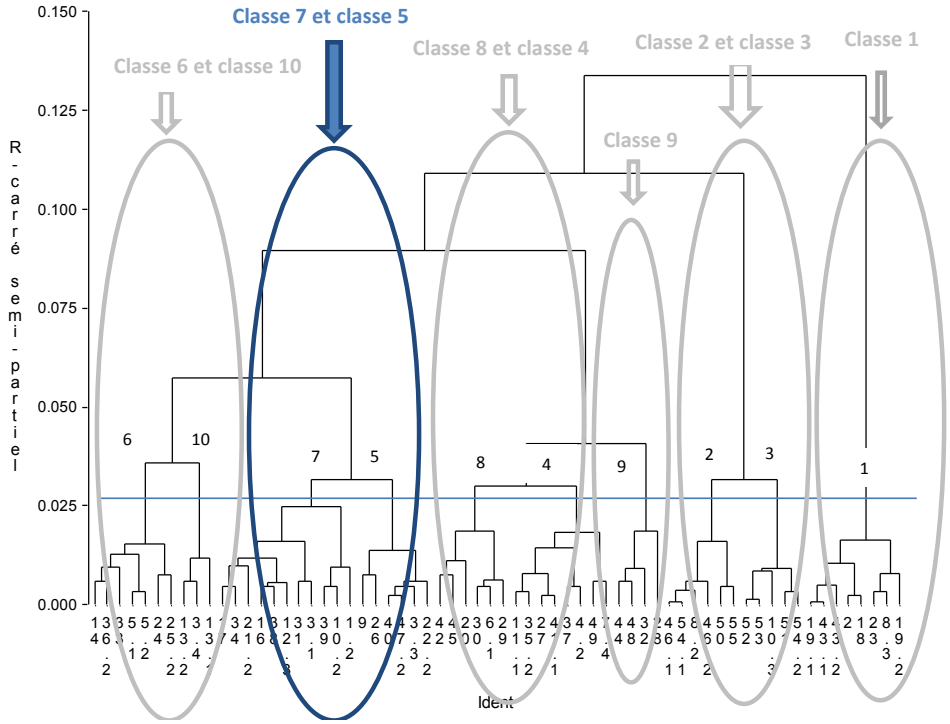
Tableau 29 : Caractéristiques des configurations de relations des classes 6 et 10

Classes	Caractéristiques principales	Eléments de tendance	Autres spécificités	Habillage juridique	Période
* Classe 6 (n=7)	**- Pouvoir des groupes environnants équilibré ;** **- Pas de financement ;** **- Activité complémentaires et/ou compatibles (après) ;** **- 1 activité mise dans la relation ;**	- Valeurs culturelles identiques ou partiellement identiques ; - Engagement fort du groupe ; - Coût nul ; - Mise à disposition ;	- Pas de méfiance ; - Toujours une mise en œuvre.	3 conventions, 2 réseaux, 1 filière, 1 fédération inter-hospitalière.	ARH (5 sur 7)
* Classe 10 (n=3)	**- Valeurs culturelles identiques ;** **- Engagement fort du groupe dans la relation ;** **- Partenaires proches ;** **- Objectif commun ;** **- Apport du groupe indispensable ;** **- Accord irréversible ;** **- Délai court de mise en œuvre.**		- Pas de méfiance ; - Toujours un coût pour le groupe ; - Au moins une activité mise dans la relation ; - Toujours un apport de la part du groupe ; Toujours une mise en œuvre.	3 procédures.	ARH.

Source : Données retravaillées par l'auteure à partir de la CAH.

La classe 6 et la classe 10 ont en commun les attributs suivants : **« *valeurs culturelles identiques*** », un engagement « ***fort*** » du groupe dans la relation. La **classe 6** contient des relations s'apparentant à des réseaux ou filières. Les trois conventions sont en fait un substitut à des chartes de réseaux ou de filières. Les filières et les réseaux, alors que les définitions dans la littérature diffèrent, ont dans notre échantillon des caractéristiques communes. La **classe 10** regroupe les trois procédures de l'échantillon. Ces procédures concernent des fusions d'équipe soit au sein d'un établissement qui a absorbé l'autre structure soit au sein d'un GIP.

* **Groupe 2** : classe 7 (n=11) et classe 5 (n=6)



Source : Données compilées par SAS illustrées par l'auteure

Tableau 30 : Caractéristiques des configurations de relations des classes 7 et 5

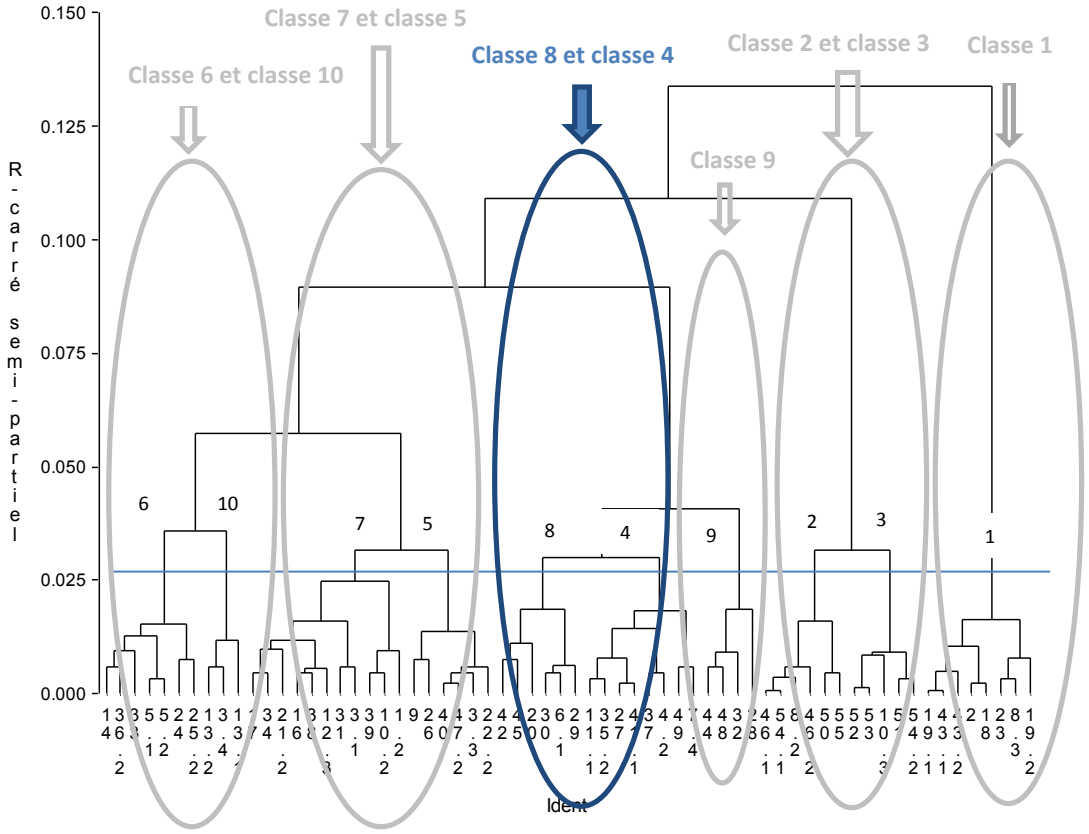
Classes	Caractéristiques principales	Eléments de tendance	Autres spécificités	Habillage juridique	Période
* Classe 7 (n=11)	**- Rapport de force équilibré ;**	- Risque faible ; - Un petit nombre de partenaires ; - Coût de la relation peu élevé ; - Taille des partenaires inférieure ; - Accord réversible ; - Délai court de mise en œuvre ; - Valeurs culturelles identiques ; - Partenariat Public/Privé ; - Pouvoir des groupes environnants équilibré ;	- Toujours un apport ; - Toujours une mise en œuvre.	5 GCS, 4 conventions, 1 GIE, 1 GIP.	7 ARH, 2 ARS, 2 avant ARH.
* Classe 5 (n=6)	**- Rapport de force équilibré ;** **- Pouvoir des groupes environnants équilibré ;** **- Partenariat public/public ;** **- Aucune relation avec les activités du partenaire (avant) ;**	- Risque faible ; - Un petit nombre de partenaires ; - Coût peu élevé de la relation ; - Valeurs culturelles identiques ; - Eloignés géographiquement ; - Engagement fort ; - Délai long de mise en œuvre ;	- Toujours un risque pour le groupe ; - Toujours un financement ; - Toujours un apport ; - Toujours une mise en œuvre.	2 SIH, 2 GIP, 1 convention, 1 fédération inter-hospitalière.	ARH (5 sur 6)

Source : Données retravaillées par l'auteure à partir de la CAH.

Les **classes 7** et **5** ont beaucoup d'attributs en commun ou très proches que ce soit comme caractéristiques principales ou en tendance. Nous allons donc nous attarder sur les différences. Dans la **classe 7**, le délai de mise en œuvre est plutôt « ***court*** », l'objectif plutôt « ***propre à chaque groupe*** ». Les activités peuvent être « ***compatibles*** » une fois la relation établie, et l'apport du groupe est plutôt « *pas indispensable* ». Il y a 70% de « *partenariat Public/Privé* ». Les accords concernent pour 7 d'entre eux des activités de soins.

La relation est plutôt réussie dans l'ensemble. Dans la **classe 5**, l'engagement dans la relation est plutôt « ***fort*** », les partenaires plutôt « ***éloignés*** » géographiquement, il y a toujours un financement de la relation, et le délai de mise en œuvre est « ***long*** ». En regardant de plus près les exemples, nous avons 4 cas sur 6 qui concernent des accords touchant des activités annexes aux soins (blanchisserie, restauration, équipements, etc.).

* **Groupe 3** : classe 8 (n=6) et classe 4 (n=8)



Source : Données compilées par SAS illustrées par l'auteure.

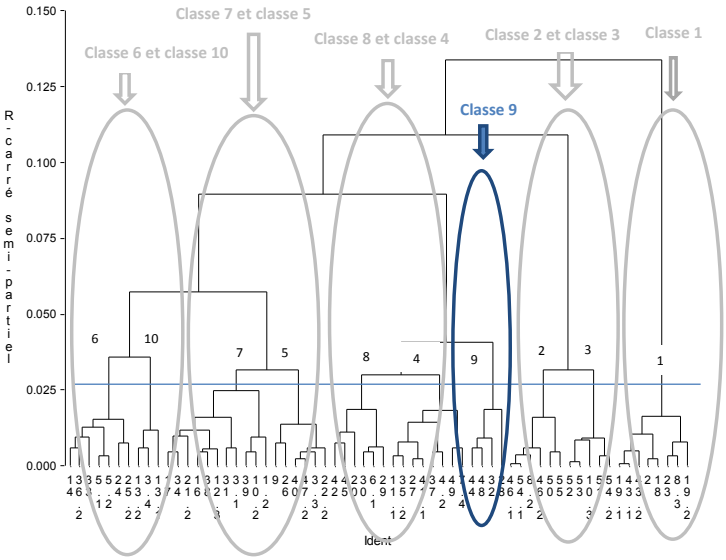
Tableau 31 : Caractéristiques des configurations de relations des classes 8 et 4

Classes	Caractéristiques principales	Eléments de tendance	Autres spécificités	Habillage juridique	Période
* Classe 8 (n=6)	**- Un petit nombre de partenaires ;** **- Rapport de force équilibré ;** **- Accord réversible ;** **- Délai long de mise en œuvre.**	- Engagement fort ; - Risque faible ; - Taille des partenaires inférieure ; - Pouvoir d'influence des groupes environnants ; - Apport du groupe indispensable.	- Toujours un coût pour le groupe ; - Toujours un apport du groupe ; - Toujours une mise en œuvre.	3 GCS, 1 clinique ouverte, 1 GIE, 1 GIP.	3 ARH, 2 ARS, 1 avant ARH.
* Classe 4 (n=8)	**- Un petit nombre de partenaires ;** **- Proches géographiquement ;** **- Activité(s) (du groupe) qui devient(nent) complémentaire(s) dans la relation ;** **- Toujours un partenaire privé.**	- Rapport de force équilibré ;	- Toujours un financement ; - Toujours un coût pour le groupe ; - Toujours un apport du groupe ; - Des mises à dispositions exclusives ou non ; - Toujours une mise en œuvre.	3 GCS, 2 conventions, 2 GIE, 1 SIH	ARH

Source : Données retravaillées par l'auteure à partir de la CAH.

Les deux classes sont comparables au regard des attributs suivants: rapport de force « ***équilibré*** », et « *un petit nombre de partenaires* ». De plus, les relations quelles qu'elles soient restent fragiles. La **classe 8** rassemble des relations dont le délai de mise en œuvre est **long**. Les partenaires vont plutôt exercer les mêmes activités et ne se partager que du matériel ou des locaux. La **classe 4** regroupe des relations pour lesquelles il y a au moins un partenaire privé et majoritairement un partenaire privé à but non lucratif. D'ailleurs à une exception près, nous avons dans cette classe tous les partenariats Public/PSPH de l'échantillon. Concernant la moitié des accords, les partenaires ne font que partager des locaux ou du matériel. Ils ne se font pas concurrence sur les activités qui restent complémentaires.

Classe 9 (n=4)



Source : Données compilées par SAS illustrées par l'auteure.

Tableau 32 : Caractéristiques des configurations de relations de la classe 9

	Classe 9 (n=4)
*** Caractéristiques principales**	**- Valeurs culturelles opposées ;** **- Pouvoir d'influence des groupes environnants ;** **- Objectif imposé ;** **- Méfiance ;** **- Accord réversible.**
*** Eléments de tendance**	- Rapport de force défavorable ; - Engagement faible du groupe dans la relation ; - Activités inexistantes ou aucune relation (avant) ; - Activités du groupe qui deviennent complémentaires une fois mises en relation ; - Quelques activités du groupe mises en commun ; - Apport du groupe indispensable.
ET	- Toujours un coût pour le groupe ; - Toujours un apport du groupe ; - Toujours une mise en œuvre.
Habillage juridique	2 SIH, 1 GCS, 1 convention
Période de mise en œuvre	ARH

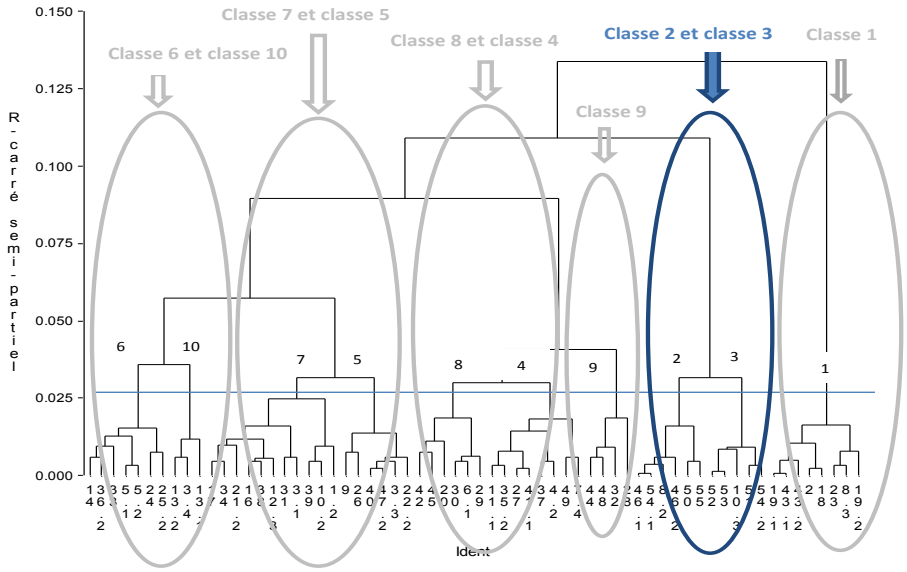
Source : Données retravaillées par l'auteure à partir de la CAH.

La relation s'établit dans des conditions difficiles : objectif et valeurs culturelles **opposés**, **méfiance** vis-à-vis du partenaire. Toutefois, l'accord se met en place mais il est

particulièrement fragile. En effet, nous avons pu constater – au sein des quatre cas recensés - aucune mise en œuvre complète de l'accord, voire une dissolution de l'accord au bout de quelques années.

Au sein du groupe 2 et de la classe 9, nous avons des relations qui sont fragiles voire vont échouer à moyen terme. Si nous considérons les 18 relations composant ces 3 classes, 80% sont des partenariats Public/Privé.

* **Groupe 4** : classe 2 (n=6) et classe 3 (n=5)



Source : Données compilées par SAS illustrées par l'auteure.

Tableau 33 : Caractéristiques des configurations de relations des classes 2 et 3

Classes	Caractéristiques principales	Eléments de tendance	Autres spécificités	Habillage juridique	Période
* Classe 2 (n=6)	**- Partenariat Public-Public ;** **- Rapport de force favorable ;** **- Valeurs culturelles opposées ;** **- Engagement fort du groupe dans la relation ;** **- Apport du groupe pas indispensable ;** **- Petit nombre de partenaires.**	- Estime voire estime-confiance ; - Risque nul ou nul à faible pour le groupe ; - Apport du groupe : mise à disposition ; - Pouvoir d'influence des groupes environnants.	- Pas d'objectif commun ; - Pas de méfiance ; - Pas de coût élevé pour le groupe ; - Au moins une activité du groupe mise en commun ; - Toujours un financement ; - Toujours un apport du groupe ; - Toujours une mise en œuvre ;	3 **Directions communes**, 2 structurations de fusions, 1 GCS (avec dir.com).	ARH (4 sur 6).
* Classe 3 (n=5)	**- Partenariat Public-Public ;** **- Rapport de force équilibré ;** **- Pouvoir d'influence des groupes environnants ;** **- Financement externe ;** **- Apport en projet et pas indispensable du groupe ;** **- Quelques activités du groupe mises en commun ;** **- Accord évolutif.**	- Estime voire estime-confiance ; - Risque nul pour le groupe ; - Partenaires proches ; - Délai court de mise en œuvre.	- Pas de méfiance ; - Pas d'objectif commun ; - Toujours une mise en œuvre mais une CHT est remise en cause.	5 **structurations de CHT**.	ARS.

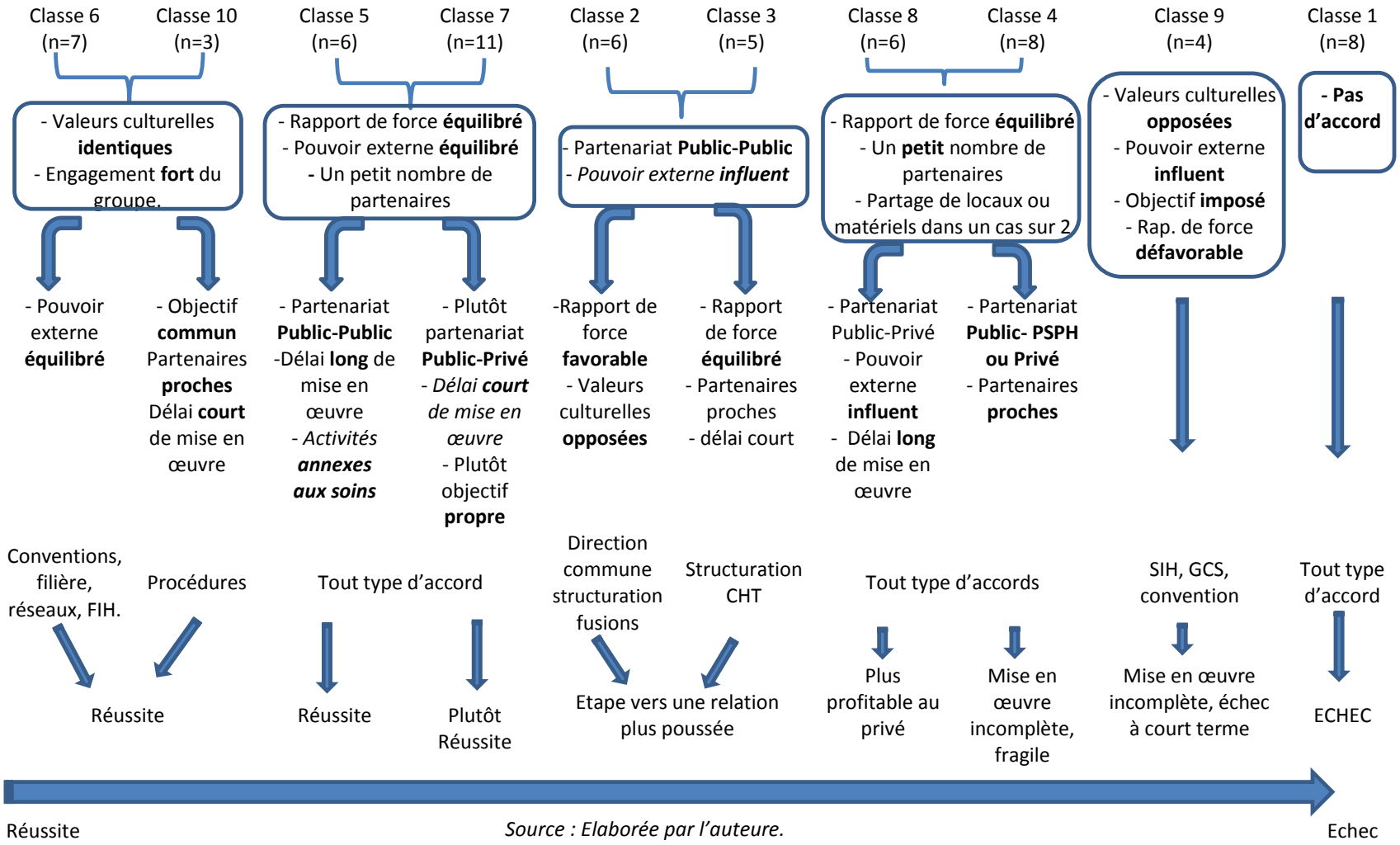
Source : Données retravaillées par l'auteure à partir de la CAH.

Le groupe 4 concerne les **partenariats publics-publics**.

La **classe 2** contient les Directions communes et les structurations de fusions de notre échantillon. Les attributs communs avec la classe 3 sont les suivants : une « estime » ou une « confiance » du groupe vis-à-vis de son partenaire, et « *un pouvoir d'influence des groupes environnants* » plus marqué dans la classe 3 que dans la classe.
La **classe 3** permet d'identifier des caractéristiques communes à des structurations de CHT. Nous y retrouvons d'ailleurs toutes les cas observés dans notre échantillon.

Pour une meilleure visibilité des principaux résultats, nous avons regroupé les différentes classes dans la figure 28.

Figure 28 : Synthèse de la classification ascendante hiérarchique sur les configurations de relations.



Source : Elaborée par l'auteure.

2.3.3. La synthèse des résultats

Le graphique de la page précédente constitue la synthèse des dix classes homogènes de configurations de relations que nous avons observées dans le secteur hospitalier. Nous les avons regroupées en six groupes. Ils traduisent différentes situations qui vont de la réussite de la relation (à gauche) vers l'échec (à droite).

Les relations qui **aboutissent** (soit 10 relations) sont basées sur des valeurs culturelles identiques et un engagement fort du groupe dans la relation avec soit un pouvoir externe équilibré soit un objectif commun aux groupes.

Lorsque que le pouvoir externe est équilibré[727] ainsi que le rapport de force du groupe - ce qui est le cas pour 17 relations - alors, que le partenariat soit public-public ou public-privé, **la relation globalement aboutira**. Elle porte sur des activités annexes dans le cadre d'un partenariat public-public et l'objectif est plutôt propre à chaque groupe dans le cas d'un partenariat public-privé.

Une situation provisoire - qui peut être **une étape vers une situation plus poussée** - correspond aux relations, dans le cadre d'un partenariat public-public, pour lesquelles il existe un pouvoir externe plutôt influent associé à un rapport de force équilibré ou favorable du groupe vis-à-vis de son partenaire. C'est le cas de Direction commune ou de structuration de CHT ou de fusions. Cette situation concerne 11 relations de notre échantillon.

Si le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire (essentiellement **un partenaire privé ou PSPH**) est équilibré, et que la relation porte – comme dans un cas sur deux - sur un partage de locaux ou d'équipement, alors la relation est **soit profitable au partenaire privé soit fragile**. Dans le premier cas, le pouvoir externe est influent.

Lorsque que le pouvoir externe est influent, le rapport de force du groupe défavorable, et l'objectif imposé, **les accords seront difficiles à mettre en œuvre et sont voués à terme à l'échec**.

[727] Un pouvoir externe équilibré correspond au cas où il existe un groupe (ou des groupes) dans l'environnement mais qu'il n'a pas (ou n'ont pas) d'influence sur la relation qui se noue.

Enfin, nous avons un groupe de 8 formes relationnelles qui ont **échoué**. Elles n'ont pas de caractéristiques spécifiques et elles concernent tout type d'accords.

Par ailleurs, nous constatons l'effet important des valeurs culturelles des groupes d'individus qui se mettent en relation. Lorsque les groupes ont des valeurs culturelles identiques, l'objectif de la relation peut être commun et la relation sera une réussite. *A contrario*, des valeurs culturelles opposées sont associées à un objectif imposé et la relation échouera très probablement.

Dans cette section, nous avons lancé une nouvelle analyse sur nos formes relationnelles en ne prenant plus comme variable clé, l'habillage juridique. En effet, ce dernier n'a pas donné de résultats satisfaisants pour constituer des groupes homogènes de configurations de relations.

Nous avons donc mené une analyse prenant en compte toutes les variables de notre base de données de formes relationnelles. Nous avons pour cela effectué une taxonomie sur les 64 configurations formelles de notre échantillon.

Nous avons dégagé six groupes homogènes de configurations de relations qui semblent traduire différents états : relations abouties, transitoires, fragiles, échec de la relation. Sur ces six groupes, quatre d'entre eux associent comme caractéristiques **le pouvoir externe environnant et le rapport de force du groupe** vis-à-vis de son partenaire. Grâce à la taxonomie, nous observons un spectre des configurations des relations.

Nous poursuivons notre travail par la recherche d'une interprétation des constatations statistiques - présentées précédemment - par le corpus de formes relationnelles créé lors de notre démarche théorique.

C'est ainsi que dans la section suivante – en nous servant des résultats précédents - nous allons créer un cadre d'analyse des formes relationnelles. Ce cadre sera délimité par deux pôles entre lesquels nous positionnerons nos configurations de relations entre groupes d'individus. Nous expliciterons le choix de l'entropie et de la soumission totale (ou néguentropie) comme pôles de notre cadre d'analyse.

Section 2 : Proposition d'un cadre d'analyse des formes relationnelles

La taxonomie effectuée dans la section précédente a permis de déceler des profils homogènes de configurations de relations.

Nous avons remarqué que quelques critères - à l'instar du rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire et du pouvoir des groupes environnants (pouvoir externe) - suffisent à caractériser plusieurs des groupes identifiés par la taxonomie.

Nous avons aussi détecté que les groupes homogènes correspondent à un état de la relation qui va de la réussite à l'échec symbolisant ainsi un continuum entre deux situations extrêmes. Cette analyse par la taxonomie nous dévoile des éléments importants sur le concept de relations entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier.

Nous allons donc poursuivre notre travail en insérant les formes relationnelles observées dans un cadre plus général traduisant le concept de relations. A ce titre, nous considérons que toute relation se situe entre deux pôles opposés.

Dans un premier temps, nous explicitons **le choix des deux pôles** : à savoir l'entropie et la néguentropie (ou soumission totale) qui délimiteront notre cadre à l'intérieur duquel nous positionnerons nos formes relationnelles. Comme ce cadre est « théorique », nous déterminons toutes les configurations de relations potentiellement observables à l'intérieur de celui-ci.
Dans un second temps, nous positionnerons les formes relationnelles observées à l'intérieur de ce cadre mettant ainsi en évidence **un spectre des relations**.

1. Le choix et l'élaboration d'un cadre d'analyse de la diversité des formes relationnelles

Dans la première partie de notre travail, nous avons étudié les différents auteurs qui ont analysé les relations entre organisations. Parmi les auteurs systématiquement cités pour leurs travaux sur les coûts de transaction, nous avons Williamson qui s'est penché sur les relations entre organisations dénommées « formes hybrides ». Par ailleurs, nous avons évoqué Mintzberg qui a travaillé sur les configurations organisationnelles. Il a notamment

construit une typologie de configurations d'organisations. Chaque configuration est composée d'un ensemble de critères. Selon l'auteur, toute organisation peut très bien passer d'une configuration à une autre dès lors qu'un évènement modifie l'un des critères de la configuration initiale.

Nous nous sommes inspirés des travaux de ces deux auteurs pour définir notre cadre d'analyse des formes relationnelles.

1.1. Les apports des travaux de Williamson et de Mintzberg

Williamson définit les relations (« formes hybrides ») comme un continuum entre deux pôles à savoir le marché et la hiérarchie. Ingham (1993)[728], quant à lui, positionne les relations inter-organisationnelles entre des accords tacites et la fusion-acquisition. Pour ces auteurs, il est donc possible de définir un cadre à l'intérieur duquel se situent les « formes hybrides ».

D'un autre côté - même s'il n'est pas question de relations entre groupes mais plutôt de configurations organisationnelles - Mintzberg (2003)[729] réfléchit sur les manières de classer les différentes configurations organisationnelles qu'il a définies. Il fait quatre propositions que nous résumons comme suit :

1 - Les configurations (structure simple, bureaucratie professionnelle, etc.) constituent les sommets d'un cadre de référence vers lesquels va tendre toute organisation au regard des forces exercées par les cinq composants de l'organisation (le sommet stratégique, la technostructure, la ligne hiérarchique, les fonctions supports, et le centre opérationnel).

2 - Les formes structurelles (structure simple, bureaucratie mécaniste, etc.) reflètent des configurations idéales ou pures jamais atteintes dans la réalité mais vers lesquelles vont se rapprocher les organisations observées. Dans ce cadre-là, l'une des cinq forces est privilégiée.

3 - Il envisage aussi ses configurations structurelles comme une base pour comprendre toute organisation observée et en particulier celles qu'il nomme « hybrides » c'est-à-dire qui

[728] Ingham, M. (1993). Approche stratégique des alliances internationales. *Gestion 2000*, 5, 97 - 129.
[729] Mintzberg, H. (2003). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Edition d'Organisation.

cumulent plusieurs configurations au sein des différentes parties de son organisation. Dans cette approche, les formes structurelles de Mintzberg ne sont pas exclusives car elles peuvent cohabiter à l'intérieur d'une même organisation.

4 - Mintzberg considère que les formes structurelles constituent des étapes dans le développement de l'organisation et établit une hiérarchie entre elles. L'organisation démarre en général comme structure simple mais évolue différemment selon la complexité de son environnement. Il peut toutefois y avoir des allers-retours entre deux configurations structurelles. Il admet que des organisations peuvent se situer entre deux configurations mais c'est pour lui la pire des situations.

Nous retenons des écrits de Williamson et de Mintzberg - qui sont des auteurs reconnus pour leurs travaux en théorie des organisations - les éléments suivants : les formes relationnelles peuvent se positionner dans un cadre délimité par deux ou plusieurs pôles que nous devrons définir. A l'instar des configurations organisationnelles qui peuvent se modifier sous l'influence de facteurs divers, les formes relationnelles elles aussi peuvent se transformer. Elles peuvent aussi constituer des étapes vers une relation plus poussée. Toutes ces réflexions nous poussent à rechercher un cadre dans lequel positionner les différentes formes relationnelles.

1.2. L'option retenue : un cadre délimité par deux pôles extrêmes

Nous retenons l'idée de la construction d'un cadre délimité par deux pôles extrêmes dont l'un, à l'instar de Williamson, constituera **notre situation de référence** à partir de laquelle nous positionnerons les différentes formes relationnelles. Maintenant, nous devons définir ces deux pôles.

1.2.1. Un premier pôle: la soumission totale

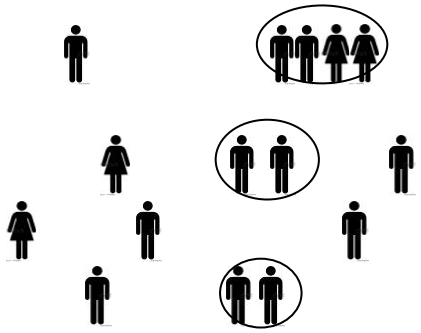
Selon Williamson, les relations ou « formes hybrides » se situent entre le marché et la hiérarchie. Nous pourrions retenir la hiérarchie comme l'un des pôles. Elle peut constituer une forme de relations poussée à l'extrême puisque dans ce cas les relations entre groupes d'individus sont internalisées. De plus, la hiérarchie est une forme de relations que nous rencontrons dans le secteur hospitalier.

Cependant, dans l'absolu, **il existe une situation qui dépasse celle de la hiérarchie** à savoir la dictature. Celle-ci se traduit par un pouvoir externe hégémonique. Cette situation peut être assimilée à une « soumission totale ». Heureusement, la dictature n'est pas présente dans le secteur hospitalier. Toutefois, si nous espérons un cadre des formes relationnelles qui soit le plus large possible, nous devons dépasser la hiérarchie. Nous proposons donc la « soumission totale » comme un des pôles de notre cadre.

1.2.2. Face à la soumission totale: l'entropie

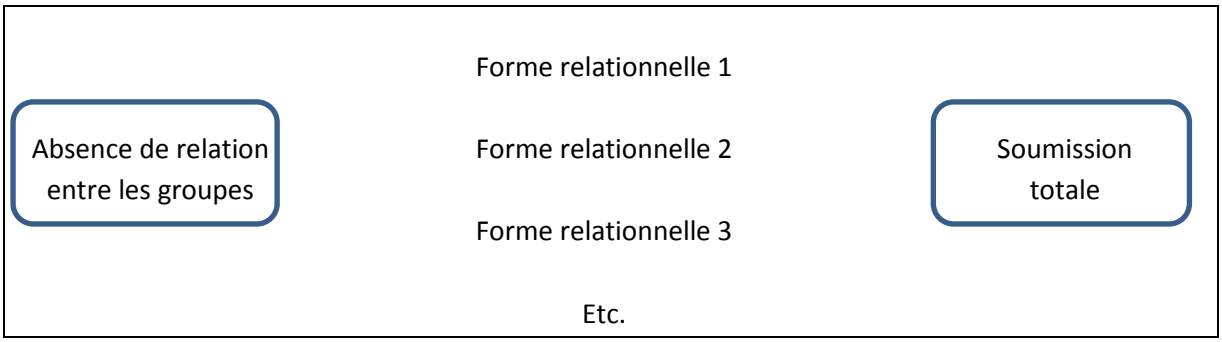
Que pouvons-nous opposer à la « soumission totale »? Nous pourrions prendre le marché à l'instar de Williamson. Nous préférons de ne pas prendre le marché car, selon nous, le marché symbolise déjà une relation. Or, nous considérons que nos deux pôles doivent être les plus extrêmes qu'ils soient afin que toute forme de relations puisse se situer entre ces deux pôles. La situation qui nous semble la plus extrême - puisque nous traitons de relations entre groupes d'individus - est celle qui caractérise **l'absence de relation** entre les groupes.

Dans un environnement donné, l'absence de relation d'un groupe avec un autre groupe peut être schématisée ainsi :



Nous avons une collection d'individus isolés ou intégrés dans un groupe mais vivant en autarcie c'est-à-dire qu'ils n'ont pas besoin de partenaires pour agir.

Nous avons donc nos deux pôles délimitant notre cadre dans lequel nous allons insérer les formes relationnelles de notre échantillon. Nous pouvons schématiser notre cadre comme suit :



L'absence de relation se situe à gauche dans notre cadre. En effet, il nous paraît plus judicieux de partir d'une situation d' « absence de relation » pour positionner toutes les formes relationnelles. C'est pourquoi nous considérons l'absence de relation comme situation de référence c'est-à-dire la situation à partir de laquelle nous allons positionner les formes relationnelles étudiées dans le secteur hospitalier.

Maintenant nous devons caractériser nos deux pôles de telle manière qu'il soit possible de classer les formes relationnelles de notre échantillon entre ces deux pôles.

1.2.3. Deux pôles définis avec seulement trois critères

Nos deux pôles doivent pouvoir être définis avec des caractéristiques communes et si possible en nombre limité. Une fois nos situations extrêmes définies, nous devrons examiner les formes relationnelles de notre échantillon au regard des caractéristiques retenues. En effet, pour pouvoir classer les formes relationnelles de notre échantillon, nous devons pouvoir comparer leurs caractéristiques à celles de notre situation de référence c'est-à-dire à l' « absence de relation ».

Nous nous sommes appuyés sur le travail effectué dans la seconde partie à savoir l'élaboration d'un corpus *a priori* de configurations de relations à partir de la littérature.

Nous nous sommes servis des attributs de ce corpus pour caractériser notre situation de référence[730].

Nous avons débuté par la caractérisation de la situation de référence à savoir l' « absence de relation ». Dans un premier temps, en reprenant les paramètres sélectionnés pour construire le corpus *a priori* des configurations de relations, nous avons pu d'emblée en éliminer quelques-uns puisqu'ils décrivent une relation. Il s'agit des critères suivants :

- Initiative de la relation ;
- Degrés d'engagement des membres du groupe pour la relation ;
- Degrés de formalisation de la relation ;
- Durée de la relation ;
- Risque pris par le groupe dans la relation ;
- Valeurs culturelles du groupe par rapport à celles de son ou ses partenaires dans le cadre de la relation ;
- Statuts et grades du groupe par rapport à ceux de son ou ses partenaires ;
- Nombre de partenaires ;
- Financement de la relation ;
- Coût de la relation ;
- Caractéristiques des activités du groupe après la mise en relation ;
- Nombre d'activités apportées dans la relation par le groupe ;
- Type et caractéristiques de l'apport du groupe dans la relation ;
- Caractère de l'accord ;
- Délai de mise en œuvre.

Il nous reste à examiner onze variables dont certaines caractérisent le groupe ou son environnement. Pour chacune d'entre elles, dans le cadre d'une absence de relation entre groupe, nous cherchons à savoir :

- si le critère est « *sans objet* » ;
- ou si toutes les modalités du critère sont possibles ;
- ou si le critère ne peut être associé qu'à une seule modalité.

[730] L'ensemble des variables est répertorié en annexe 1.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons repris l'ensemble des variables auxquelles nous avons associé la ou les modalités correspondantes à la situation d'un groupe qui n'a pas besoin de partenaire pour agir. Le groupe peut être composé d'une seule personne ou de plusieurs individus.

Tableau 34 : Caractérisation d'une absence de relation d'un groupe avec un partenaire

Critères	Modalités associées au critère
- Identification des membres au groupe	« *sans objet* » si l'individu est seul, sinon elle peut être « *faible* » ou « *forte* ».
- Densité d'appartenance des membres au groupe	Si l'individu est seul, il est « *isolé* », sinon, il est « *monogroupe* ».
- Statut des membres du groupe	« *sans objet* » si l'individu est seul, sinon il peut être « *homogène* » ou « *non homogène* ».
- Grade des membres du groupe	« *sans objet* » si l'individu est seul, sinon il peut être de « *même niveau* » ou « de *niveau différent* ».
- Echange de flux entre les membres du groupe	Si l'individu est seul, il n'y a pas de flux, sinon tous les flux (« *ciblé* », « *tout azimut* », « *coordonné* ») sont possibles.
- Histoire antérieure du groupe avec le ou les autres groupes[731].	Il peut ne « *pas connaître le groupe* », avoir eu des « *relations antérieures* », ou bien le « *connaître par réputation* ».
- Eloignement géographique du groupe	Il peut être « *isolé* », « *proche* » ou « *éloigné* ».
- L'objectif du groupe	Les individus n'ont pas besoin des autres pour agir. Ils peuvent mener seul leur action. Ils ont donc un objectif « *propre* ».
- Taille des groupes environnants (en nombre de personnes)	Ils peuvent être indifféremment « *plus petits* », de taille « *similaire* » ou « *supérieure* ».
- Rapport de force du groupe par rapport à l'autre (ou les autres) groupe(s)	Le rapport de force est « *équilibré* ». Aucun groupe d'individus ne peut imposer une relation à un autre groupe d'individus.
- Pouvoir des groupes environnants	Les individus (ou groupe) sont entourés d'autres individus (ou groupe) mais comme ils agissent de manière autonome, le pouvoir des autres individus (ou groupes) est « *inexistant* ».

Source : Elaboré par l'auteure.

[731] Le groupe, même s'il agit seul sans partenaire, peut avoir des groupes d'individus dans son environnement.

Nous avons donc des critères qui ne sont associés qu'à une seule modalité à l'instar de l'objectif du groupe, du rapport de force du groupe vis-à-vis de l'autre groupe et enfin du pouvoir des groupes environnants. Mais nous avons aussi des critères pour lesquels plusieurs modalités sont possibles. Il s'agit entre autre du statut et du grade des membres du groupe, de l'éloignement géographique du groupe, de l'identification des membres au groupe.

Le choix de la caractérisation de la situation d' « absence de relation » va se porter sur les critères qui ne peuvent être associés qu'à une seule modalité. En effet, nous devons avoir une définition claire et sans ambiguïté de la situation pour pouvoir positionner les formes relationnelles au regard de cette référence.

Nous retenons donc les trois critères suivants : « **pouvoir des groupes environnants** non indifférents », « **objectif du groupe** » et « **rapport de force du groupe** vis-à-vis de son partenaire». Ce choix est satisfaisant car dans la taxonomie, les variables « rapport de force » et « pouvoir des groupes environnants » ont été discriminantes dans la constitution des groupes homogènes de formes relationnelles.

Ainsi, nous définissons notre situation de référence (« absence de relation ») comme suit :

- le pouvoir des groupes environnants quels qu'ils soient est « ***inexistant*** » ;
- l'objectif est « ***propre à chaque groupe*** » ;
- le rapport de force du groupe vis-à-vis de l'autre groupe est « ***équilibré*** ».

Cette situation s'apparente à ce que nous pourrions dénommer l'« entropie » : des individus autonomes, qui agissent comme ils le désirent sans être contraint par l'environnement. A l'opposé de cette situation, nous avons la « soumission totale » (ou néguentropie) que nous caractérisons ainsi :

- le pouvoir des groupes environnants quels qu'ils soient est « ***hégémonique*** » ;
- l'objectif du groupe est « ***imposé*** *» ;*
- le rapport de force du groupe vis-à-vis de l'autre groupe est « ***défavorable*** ».

Maintenant que nous avons nos deux pôles, nous devons définir toutes les situations potentiellement observables entre ces deux pôles. Cela suppose que nous déterminions

toutes les situations théoriques possibles en combinant les trois attributs qui ont caractérisé nos deux pôles.

1.3. Détermination de toutes les situations théoriquement possibles entre nos deux pôles

Partant de la situation de référence, nous déterminons toutes les combinaisons possibles associant les trois critères que sont le « pouvoir des groupes environnants[732] », l' « objectif final » et le « rapport de force du groupe ».

Nous avons cinq modalités pour la variable « pouvoir externe » à savoir « *inexistant/équilibré/influent/hiérarchique/hégémonique* ». Puis trois choix possibles pour le critère « rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire » à savoir « *défavorable/équilibré/favorable* ». Enfin, la variable Objectif a trois modalités «*propre/commun/imposé* ». Nous avons donc 5x3x3= 45 combinaisons possibles.

Pour constituer toutes les combinaisons de ces trois critères, nous procédons par étapes : nous modifions d'abord un seul des paramètres au regard de la situation de référence. Puis, nous modifions deux paramètres simultanément puis enfin tous les paramètres. Un extrait du résultat de la procédure suivie est retracé dans le tableau ci-dessous.

[732] Que nous dénommons par la suite « pouvoir externe ».

Tableau 35 : Extrait du tableau des 45 configurations de situations obtenues à partir de la situation de référence.

- Modification de la modalité d'un seul des trois critères

Situation de référence	Situation 1	Situation 2	Etc….
Pouvoir externe inexistant	Pouvoir externe inexistant	Pouvoir externe inexistant	
Objectif propre	Objectif propre	Objectif propre	
Rapport de force équilibré	**Rapport de force défavorable***	**Rapport de force favorable**	

* le critère dont les modalités ont varié est en gras

- Modification simultanée de la modalité de deux critères

Situation de référence	Situation 4	Situation 5	Etc….
Pouvoir externe inexistant	**Pouvoir externe équilibré**	**Pouvoir externe influent**	
Objectif propre	Objectif propre	Objectif propre	
Rapport de force équilibré	**Rapport de force défavorable***	**Rapport de force favorable**	

* le ou les critères dont les modalités ont varié sont en gras

Source : Elaboré par l'auteure.

Nous constituons ainsi un corpus de configurations théoriques de relations à partir des attributs de la situation de référence symbolisée elle par l' « absence de relation » avec un partenaire. Nous allons maintenant confronter les formes relationnelles présentes dans notre base de données à celles du corpus que nous venons de créer.

2. Correspondance des formes relationnelles de notre base de données avec les configurations théoriques

Nous reprenons notre base de données de formes relationnelles issues de notre étude empirique en ne tenant compte que des relations formelles (c'est-à-dire décisionnelles). Nous effectuons un simple tri sur les trois variables retenues - pouvoir des groupes environnants, objectif du groupe, et rapport de force du groupe - pour nous permettre de comptabiliser rapidement le nombre de relations associées à celles de notre corpus.

2.1. Répartition des formes relationnelles de notre échantillon au sein du corpus théorique des configurations de relations

Nous avons regroupé dans le tableau ci-dessous les relations du corpus qui correspondent à une ou plusieurs des formes relationnelles de notre échantillon.

Tableau 36 : Répartition des formes relationnelles observées dans l'échantillon au sein des 45 configurations théoriques (y compris la situation de référence)

Situation de référence : **pouvoir externe inexistant** – objectif propre – **rapport de force équilibré**

Pouvoir externe inexistant	Objectif commun	**1 cas**
Rapport de force équilibré	Objectif imposé	**1 cas**

Situation de référence : **pouvoir externe inexistant** – objectif propre – **rapport de force équilibré**

Pouvoir externe inexistant	Rapport de force favorable	**1 cas**
Objectif propre	Rapport de force défavorable	0 cas

Situation de référence : **pouvoir externe inexistant** – objectif propre – **rapport de force équilibré**

Objectif propre	Pouvoir externe équilibré	**12 cas**
	Pouvoir externe influent	**9 cas**
Rapport de force équilibré	Pouvoir externe hiérarchique	0 cas
	Pouvoir externe hégémonique	0 cas

Situation de référence : **pouvoir externe inexistant** – objectif propre – **rapport de force équilibré**

Pouvoir externe inexistant

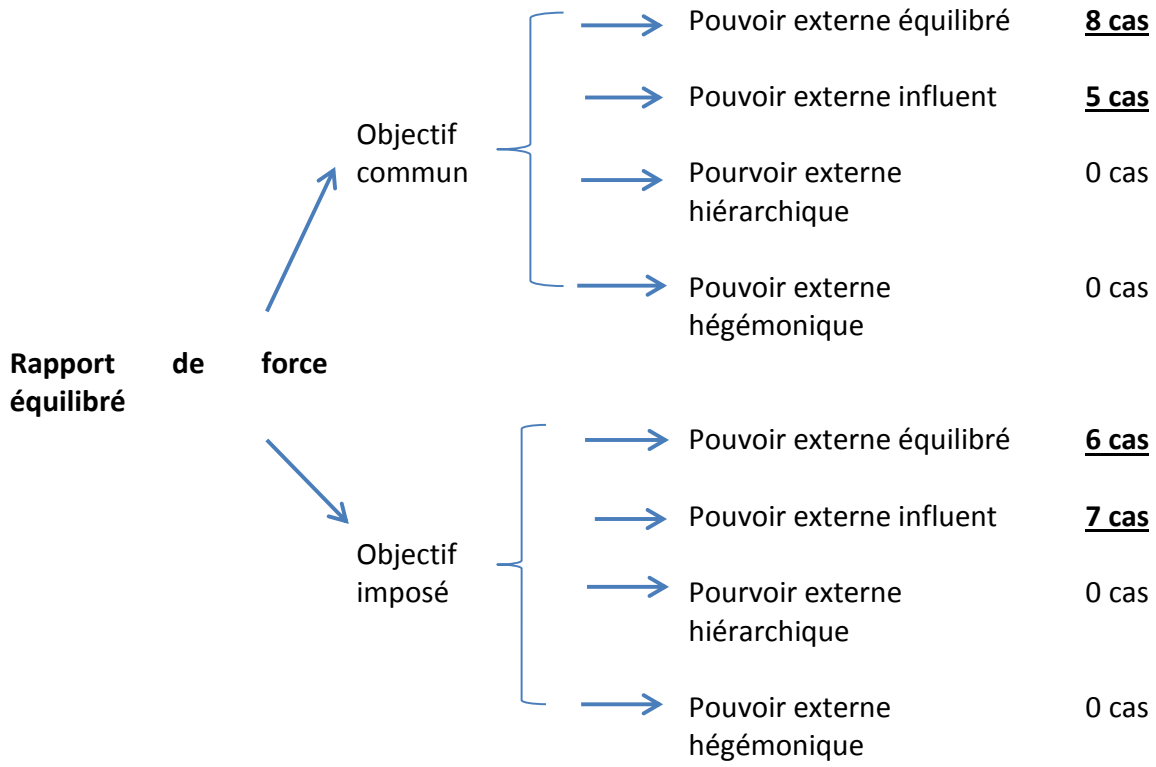
- Objectif commun
  - Rapport de force favorable — 0 cas
  - Rapport de force défavorable — 0 cas
- Objectif imposé
  - Rapport de force favorable — 0 cas
  - Rapport de force défavorable — 0 cas

Situation de référence : **pouvoir externe inexistant** – objectif propre – **rapport de force équilibré**

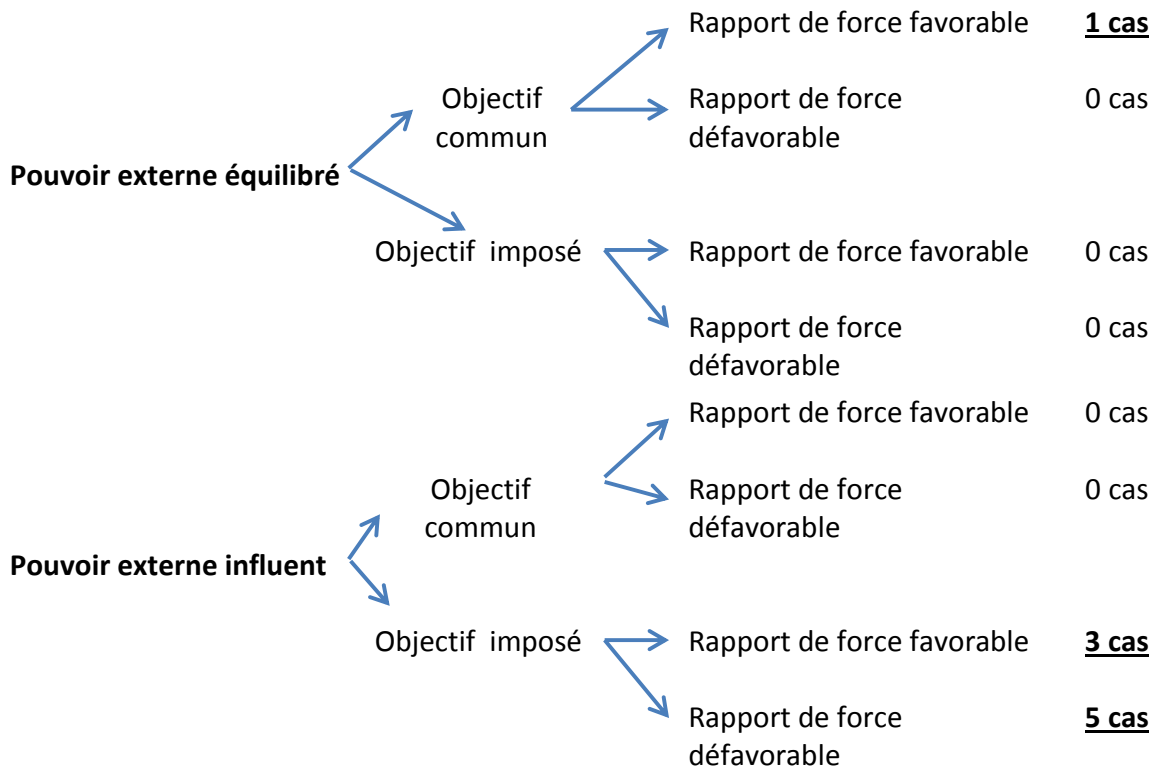
Objectif propre

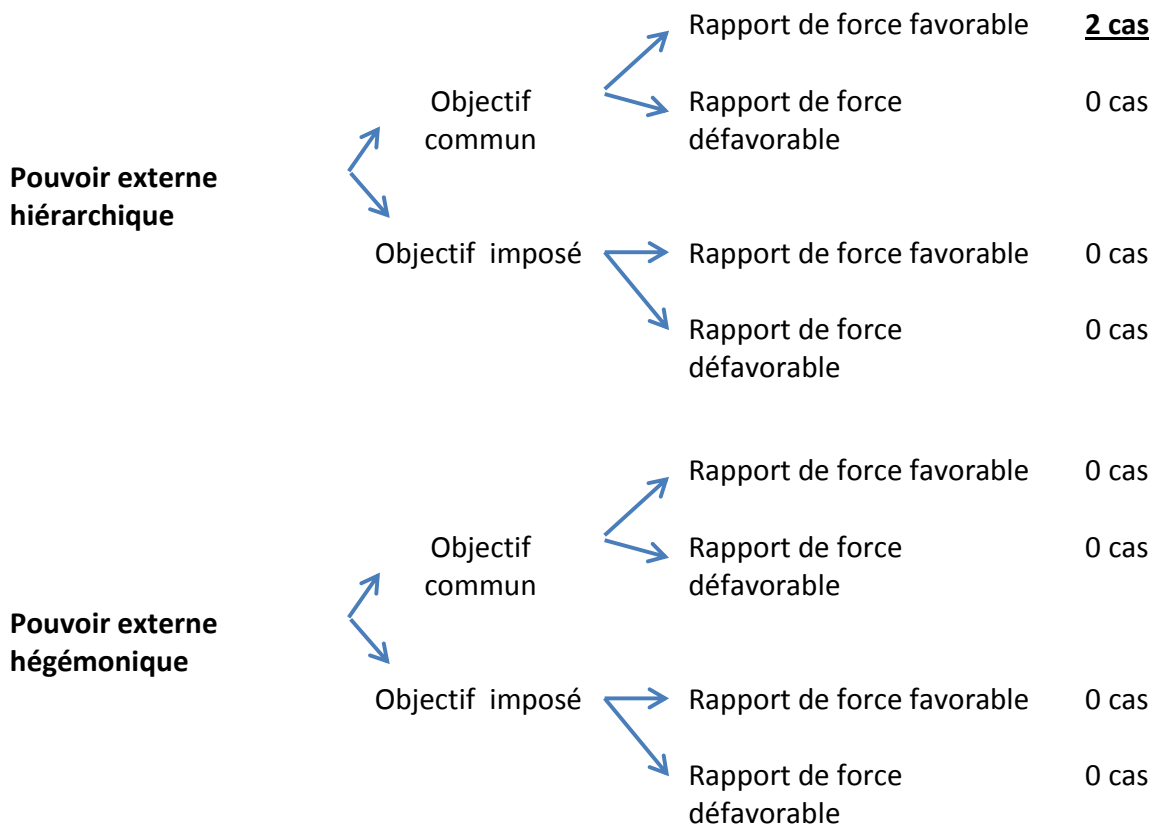
- Rapport de force favorable
  - Pouvoir externe équilibré — **2 cas**
  - Pouvoir externe influent — **1 cas**
  - Pourvoir externe hiérarchique — 0 cas
  - Pouvoir externe hégémonique — 0 cas
- Rapport de force défavorable
  - Pouvoir externe équilibré — 0 cas
  - Pouvoir externe influent — 0 cas
  - Pourvoir hiérarchique externe — 0 cas
  - Pouvoir externe hégémonique — 0 cas

Situation de référence : **pouvoir externe inexistant** – objectif propre – **rapport de force équilibré**



Situation de référence : **pouvoir externe inexistant** – objectif propre – **rapport de force équilibré**





Source : Elaboré par l'auteure.

Nous avons donc des configurations théoriques qui regroupent une ou plusieurs des formes relationnelles recensées dans notre base de données. Toutefois, la configuration la plus fréquente ne regroupe que 14 formes relationnelles de notre échantillon. Nous avons 15 configurations théoriques sur 45 qui ont trouvé une correspondance dans notre échantillon. C'est-à-dire que les 64 formes relationnelles formelles se concentrent sur un tiers des configurations théoriques. Toutefois, il existe des configurations théoriques qui ne peuvent exister au sein du secteur hospitalier, à l'instar de toutes celles qui possèdent comme attribut un pouvoir externe hégémonique. C'est ce que nous allons aborder maintenant.

2.2. Examen des configurations de relations qui n'ont pas trouvé de correspondance au niveau de notre échantillon

Il nous reste 30 (45-15) configurations théoriques qui n'ont pas trouvé de correspondances parmi les formes relationnelles observées.

Trois explications sont envisageables :

→ Certaines formes relationnelles ne peuvent pas exister dans le milieu hospitalier;

→ Notre échantillon, et ce malgré le nombre de cas examinés, n'a pas capté toutes les formes relationnelles potentielles ;

→ Certaines formes relationnelles théoriques sont contradictoires. Par contradictoire, nous entendons que les trois attributs de la forme relationnelle sont incompatibles.

Nous savons déjà que là où il y a un pouvoir externe hégémonique que nous pourrions comparer à une dictature, ce cas de figure n'existe pas dans le milieu hospitalier. De plus, seules les combinaisons associant un pouvoir externe « *hégémonique* » et un objectif « *imposé* » ne sont pas contradictoires. Nous pouvons éliminer donc 9 configurations théoriques.

2.2.1. Des configurations potentiellement contradictoires

Notre corpus composé de 45 configurations de relations est le résultat de l'association systématique de tous les attributs associés aux trois critères « pouvoir externe », « objectif du groupe » et « rapport de force du groupe ». Nous n'avons donc pas éliminé les combinaisons potentiellement contradictoires.

Hormis, les configurations comprenant un pouvoir externe hégémonique identifiées précédemment, nous avons repéré quatre configurations qui nous paraissent contradictoires :

Configurations du corpus théorique		
Pouvoir des groupes environnants	**Objectif du groupe**	**Rapport de force du groupe**
① inexistant	imposé	favorable
inexistant	imposé	équilibré
équilibré	imposé	favorable
② hiérarchique	propre	défavorable

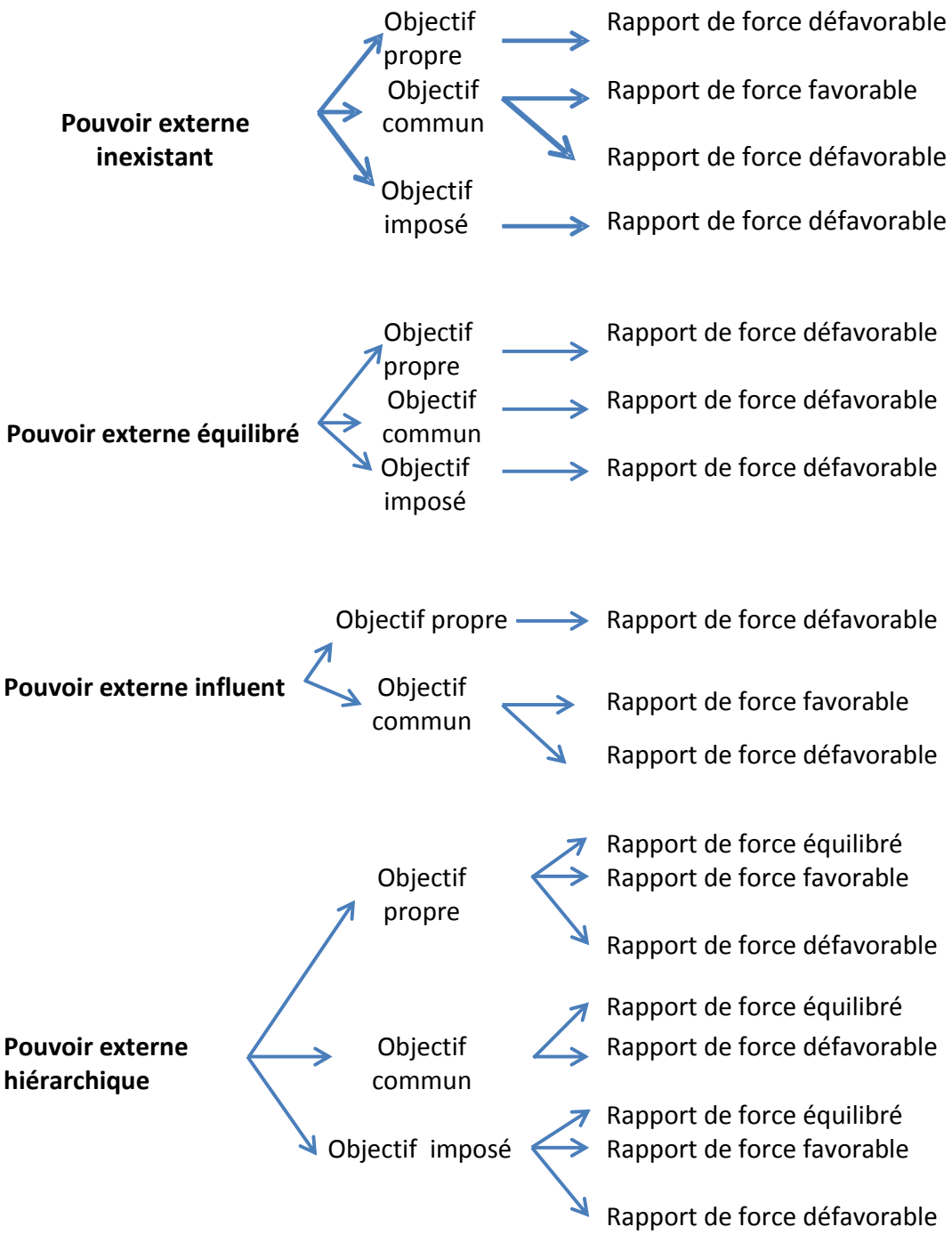
Nous allons illustrer deux d'entre elles par un exemple :

Exemple 1 : pouvoir des groupes environnants « *inexistant* » - objectif « *imposé* » – rapport de force « *favorable* » du groupe vis-à-vis de son partenaire.
Si le groupe a un objectif « *imposé* » et qu'il n'y a pas de pouvoir externe aux deux groupes pouvant influer sur la relation, cela signifie que c'est le partenaire qui impose l'objectif au groupe. Celui-ci ne peut pas être en rapport de force « *favorable* ».
L'association ① : pouvoir des groupes environnants « *inexistant* » - objectif « *imposé* » – rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire « *favorable* » est donc contradictoire.

Exemple 2 : pouvoir des groupes environnants « *hiérarchique* » - objectif « *propre au groupe* » – rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire « dé*favorable* ».
Si un groupe est en situation « défavorable » c'est-à-dire qu'il ne peut s'opposer à la relation et que de plus, il est sous une autorité hiérarchique (pouvoir externe), le groupe ne peut avoir un objectif propre.
L'association ② : pouvoir externe « *hiérarchique* » - objectif « *propre au groupe* » – rapport de force « dé*favorable* » est donc impossible.

Par contre, alors que l'association pouvoir des groupes environnants « *inexistant* » - objectif « *imposé* » – rapport de force « *équilibré*» du groupe vis-à-vis de son partenaire est contradictoire, nous avons trouvé dans notre échantillon une forme relationnelle correspondant à cette situation.
Nous avons donc examiné attentivement ce cas : il s'agit de la mise en place d'une filière gériatrique au niveau de deux établissements différents et éloignés mais placés sous une Direction commune. La mise en place d'une équipe mobile de gériatrie nécessaire à la filière est imposée par le directeur en charge des deux établissements. Cependant, les équipes médicales des deux établissements sont autonomes. Le rapport de force du groupe étant équilibré, l'équipe médicale du premier établissement ne peut imposer ou se voir imposer un rapprochement avec son partenaire. Donc, le directeur en charge des deux établissements qui veut imposer une relation alors qu'il n'a pas de pouvoir sur le groupe ou sur son partenaire ne peut réussir. La négociation ne peut donc pas aboutir.

2.2.2. Les formes relationnelles non observées dans notre échantillon



Une étude spécifique serait nécessaire pour vérifier si ces configurations de relations sont observables dans le secteur hospitalier. Nous en avons examiné trois pour lesquelles nous avons trouvé des exemples dans le secteur hospitalier.

Pouvoir externe inexistant → Objectif commun → Rapport de force favorable

Une relation entre un médecin (qui est soumis à aucun pouvoir externe) et une infirmière peut s'inscrire dans cette configuration. En effet, le médecin peut exiger de l'infirmière des actes qu'elle ne peut refuser.

Pouvoir externe influent → Objectif propre → Rapport de force défavorable

Cette configuration correspond à trois relations informelles de notre échantillon.
Par exemple, nous avons le cas où le directeur du centre hospitalier Y rencontre le directeur de la clinique dans le cadre d'une future coopération publique-privée avec partage d'activités. Cependant, le directeur de la clinique, de son côté, a rencontré le directeur de l'ARH pour lui présenter un projet qui a obtenu le soutien de ce dernier. Le directeur du Centre hospitalier, qui avait un autre projet en prévision du rapprochement avec la clinique, se retrouve en rapport de force défavorable vis-à-vis du directeur de la clinique soutenu par un pouvoir externe à la relation à savoir le directeur de l'ARH.

Pouvoir externe hiérarchique → Objectif propre → Rapport de force équilibré

Une relation entre un directeur des achats et un chef de service médical pour l'achat de matériel médical peut correspondre à cette configuration. Le directeur des achats étant sous l'autorité du directeur général, il y a donc un pouvoir externe hiérarchique présent dans l'environnement du directeur des achats. Dans sa relation avec le chef de service, il a un objectif propre : minimiser les dépenses lors de l'achat de matériel médical. Le chef de service, par contre, désire du matériel de haute technicité.

3. Le spectre des formes relationnelles : mise en évidence de huit processus relationnels.

Les 64 relations formelles de notre base de données correspondent à 16 formes relationnelles situées entre l'absence de relation (ou entropie) et la soumission totale (néguentropie). Puisque nous sommes dans le secteur hospitalier et que la soumission totale n'existe pas, **nous positionnerons nos formes relationnelles entre l'entropie et la hiérarchie**.

Nous devons maintenant positionner les formes relationnelles entre les deux pôles. La question est de savoir quelle méthode utilisée pour y parvenir.

Nous avons pensé, dans un premier temps, classer les formes relationnelles **le long d'un spectre matérialisé par des scores**. Ces scores correspondraient à la somme des différentes pondérations associées aux attributs de la forme relationnelle. Ainsi, chaque forme relationnelle serait positionnée au regard de son score, sachant que l'entropie aurait le score minimum et la soumission totale le score maximum.

3.1. Le positionnement des formes relationnelles en appliquant un poids à chacun des trois attributs de la relation.

Nous avons affecté un poids à chaque modalité de nos trois critères (pouvoir externe – objectif de la relation – rapport de force du groupe) de telle sorte que la somme des poids soit minimum pour l' « entropie » et maximum pour la « soumission totale » puisqu'ils constituent les deux pôles extrêmes. Ce critère va conditionner l'affectation des poids en particulier pour les variables « objectif du groupe » et « rapport de force » qui n'ont pas de modalités ordinales. En effet, pour que le poids total soit minimum pour l'entropie (vs maximum pour la soumission totale), nous attribuons aux modalités de l'objectif le poids 1 pour « propre » et 3 pour « imposé ». Il en est de même pour les modalités du rapport de force. Voici donc les poids affectés aux différentes modalités des trois critères :

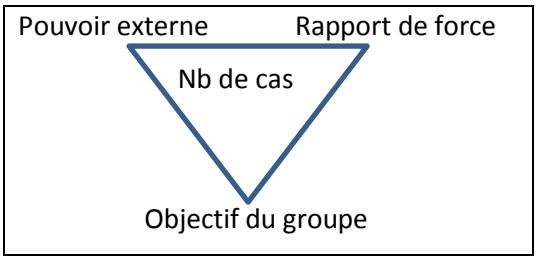
Tableau 37 : Affectation d'un poids aux trois critères

Critères	Modalités	Poids affecté
* pouvoir externe	- inexistant : - équilibré : - influent : - hiérarchique : - hégémonique :	1 2 3 4 5
* objectif du groupe	- propre : - commun : - imposé :	1 2 3
* rapport de force du groupe	- équilibré : -favorable : -défavorable :	1 2 3

Source : Elaboré par l'auteure.

Ainsi, l'entropie caractérisée par un pouvoir externe « *inexistant* » - un objectif « *propre* » au groupe – et un rapport de force du groupe « *équilibré* » obtient un score égal à 3 (1+1+1). La « soumission totale » (néguentropie) caractérisée par un pouvoir externe « *hégémonique* » - un objectif « *imposé* » au groupe – et un rapport de force du groupe « *défavorable* » obtient un score égal à 11 (5+3+3). Toutes les autres formes relationnelles obtiennent des scores allant de 4 à 10[733].

Nous avons représenté l'ensemble des formes relationnelles au regard de leur score sur un graphique dont nous vous présentons un extrait à la page suivante. Au sein de chaque score, nous avons adopté la représentation suivante :



Chaque forme relationnelle est identifiée par trois critères : pouvoir externe, objectif du groupe dans la relation et rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire.

[733] La combinaison des poids des modalités ainsi que la somme pour chaque combinaison ont été effectuées avec les logiciels R et EXCEL.

Figure 29 : Extrait du classement des formes relationnelles au regard de leur score sur les trois critères

Score des attributs = 3	Score des attributs = 4	Score des attributs = 5	Score des attributs = 6	Score des attributs = 7
		Pouvoir externe **équilibré** / Rapport de force **favorable** **2 cas** Objectif **propre**	Pouvoir externe **équilibré** / Rapport de force **favorable** **1 cas** Filière Objectif **commun**	Pouvoir externe **inexistant** / Rapport de force **défavorable** **0 cas** Objectif **imposé**
	Pouvoir externe **inexistant** / Rapport de force **favorable** **1 cas** Objectif **propre**	Pouvoir externe **inexistant** / Rapport de force **favorable** **0 cas** Objectif **commun**	~~Pouvoir externe **inexistant** / Rapport de force **favorable**~~ ~~**0 cas**~~ ~~contradictoire~~ Objectif **imposé**	Pouvoir externe **équilibré** / Rapport de force **défavorable** **0 cas** Objectif **commun**
Pouvoir externe **inexistant** / Rapport de force **équilibré** **0 cas** **ENTROPIE** Objectif **propre**	Pouvoir externe **équilibré** / Rapport de force **équilibré** **12 cas** Objectif **propre**	Pouvoir externe **Influent** / Rapport de force **équilibré** **9 cas** Objectif **propre**	Pouvoir externe **inexistant** / Rapport de force **défavorable** **0 cas** Objectif **commun**	~~Pouvoir externe **équilibré** / Rapport de force **favorable**~~ ~~**0 cas**~~ ~~contradictoire~~ Objectif **imposé**
	Pouvoir externe **inexistant** / Rapport de force **équilibré** **1 cas** Objectif **commun**	Pouvoir externe **équilibré** / Rapport de force **équilibré** **8 cas** Coopération, Alliances,etc Objectif **commun**	Pouvoir externe **Influent** / Rapport de force **favorable** **1 cas** Objectif **propre**	Pouvoir externe **Influent** / Rapport de force **défavorable** **0 cas** Objectif **propre**
		Pouvoir externe **inexistant** / Rapport de force **équilibré** **1 cas** Objectif **imposé**	Pouvoir externe **équilibré** / Rapport de force **défavorable** **0 cas** Evitement ? Objectif **propre**	Pouvoir externe **Influent** / Rapport de force **équilibré** **7 cas** Objectif **imposé**
		Pouvoir externe **inexistant** / Rapport de force **défavorable** **0 cas** Evitement ? Objectif **propre**	Pouvoir externe **Influent** / Rapport de force **équilibré** **5 cas** Alliances Objectif **commun**	Pouvoir externe **Influent** / Rapport de force **favorable** **0 cas** Objectif **commun**
		.....	.....	.....

Source : Elaborée par l'auteure.

Tableau 38 : Répartition des formes relationnelles au sein des différents scores

Score obtenu	Nombre de formes relationnelles théoriques ayant atteint ce score	Nombre de cas dans notre base de données
3	1 (entropie)	0
4	3	14
5	6	20
6	8	13
7	9	7
8	8	5
9	6	5
10	3	0
11	1 (soumission totale ou néguentropie)	0
Total	45	64

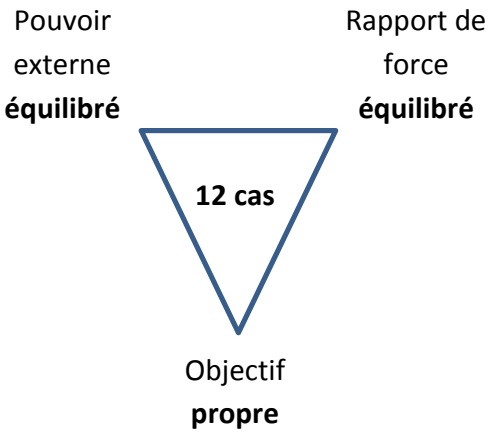
Source : Elaboré par l'auteure.

Nos 64 formes relationnelles se répartissent sur un éventail de scores allant de 4 à 10. Au sein d'un même score, nous pouvons trouver à la fois des formes stables (filière, coopérations, etc.) et des formes transitoires. Le passage par la pondération des attributs des formes relationnelles ne **s'avère pas satisfaisant** pour étudier le passage d'une forme relationnelle à une autre.

C'est pourquoi, nous avons regroupé les formes relationnelles ayant des modalités similaires sur les trois critères – « pouvoir externe » / « rapport de force du groupe » / objectif de la relation « - puis nous avons examiné en détail chaque configuration à l'intérieur des groupes.

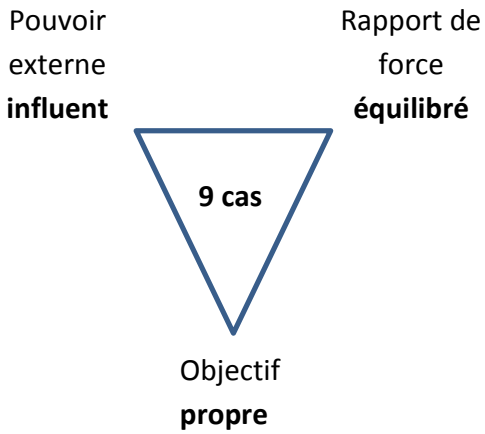
3.2. Une cartographie de huit formes relationnelles

Nous avons repris les différentes formes relationnelles pour lesquelles des cas avaient été recensés dans notre base de données afin de mieux les caractériser.



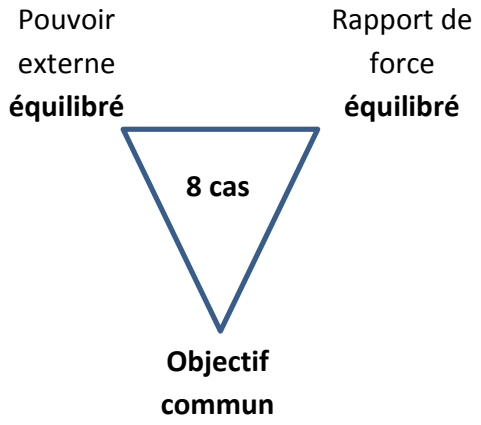
Ces douze cas se répartissent en deux groupes :
Le premier groupe comprend cinq cas pour lesquels la relation a **échoué**.
Le second groupe (sept cas) se caractérise par des **relations nouées par nécessité** en raison d'un manque de personnel ou parce que le groupe est menacé (perte d'activité, engorgement, etc.).

Deux cas seulement relèvent de la coopération telle que nous l'entendons : mutualisation de moyens mais concurrence sur le produit fini[734]. Nous parlerons plutôt de sous-traitance pour deux autres situations où le groupe rémunère le partenaire.



Le groupe a un objectif propre et le rapport de force avec le partenaire est équilibré et pourtant les relations échouent ou sont instables. **La relation est contrainte par l'environnement** (pouvoir d'influence externe de l'ARH, ou concurrence des cliniques). Nous avons 7 cas d'**échec** et 2 relations **instables**. Dans le premier cas de figure, l'objectif est propre au groupe mais contradictoire à celui du partenaire. Pour les deux situations instables, l'habillage juridique (CHT) - solution pour lutter contre la concurrence - ne va pas garantir une mise en place effective de filières de soins.

[734] Le premier cas consiste au partage d'un bâtiment de haute technologie entre un centre hospitalier et une clinique et le second, un bâtiment de SSR avec un nombre de lits partagés entre un CHU et une clinique

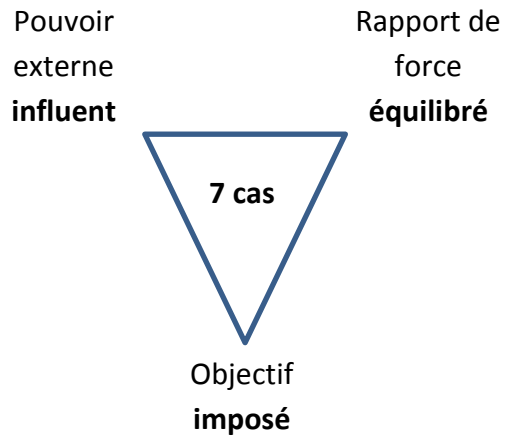


Les huit formes relationnelles ont en commun : des **valeurs culturelles quasiment identiques** entre le groupe et son partenaire, de la confiance. Nous avons défini trois types de relations :

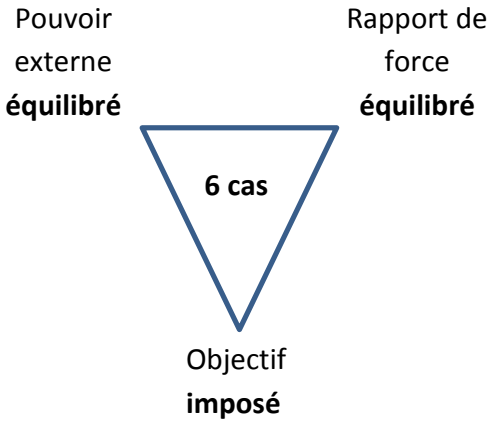
● deux relations de **coopération** sur une activité annexe à l'activité de soin[735] ;

● deux **alliances** pour survivre ou pour parer à un danger potentiel violent ;

● quatre structurations de **réseaux**, une fois la menace éliminée.



Le point commun à ces sept cas est la présence de **conflits internes** au sein des groupes. **Les forces endogènes sont donc affaiblies**, le groupe ne peut pas avoir d'objectif propre. La relation est donc imposée de l'extérieur ainsi que l'habillage juridique de la relation. Toutefois, **les forces externes n'arrivent pas à mobiliser les forces endogènes**. En effet, nous avons quatre **échecs**, une mise en œuvre **partielle** et une situation **fragile**.



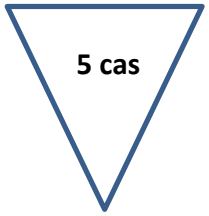
La particularité de ces six situations réside dans le fait que la **relation va se modifier** et l'issue ne sera pas celle initialement prévue. Par exemple, un changement de stratégie d'un des groupes, le rachat d'un des groupes influeront sur la poursuite de la relation (échec ou fusion). Nous distinguons deux cas de figures recensant chacun trois types de relations :

[735] Il s'agit d'une mutualisation sur l'activité de blanchisserie et sur l'activité de restauration. L'objectif final de la relation à savoir le soin reste un objectif propre pour chaque groupe.

● le <u>premier</u> groupe est caractérisé par des situations qui évoluent vers une **fusion ou une coopération forcée** ;
● le <u>second</u> correspond à des situations pour lesquelles l'issue sera l'**échec** de la relation.

Pouvoir externe **influent**

Rapport de force **équilibré**

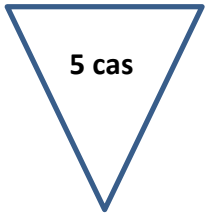


Objectif **commun**

Nous avons essentiellement des **partenariats public-privé**. **L'environnement est menaçant** voire hostile. Nous nous retrouvons dans la situation où les partenaires s'allient pour **éliminer une menace externe**. Nous les avons associés à des stratégies d'**alliances**.

Pouvoir externe **influent**

Rapport de force **défavorable**

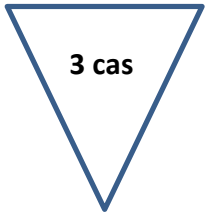


Objectif **imposé**

Les cinq cas ont en commun une **mise en œuvre partielle** ou un **échec de la relation**. Les **valeurs culturelles** sont **opposées** et il y a de la méfiance. Le groupe est en **position de faiblesse**. L'objectif est imposé mais **les forces externes influentes** sont dispersées ce qui ne permet pas le succès de la relation.

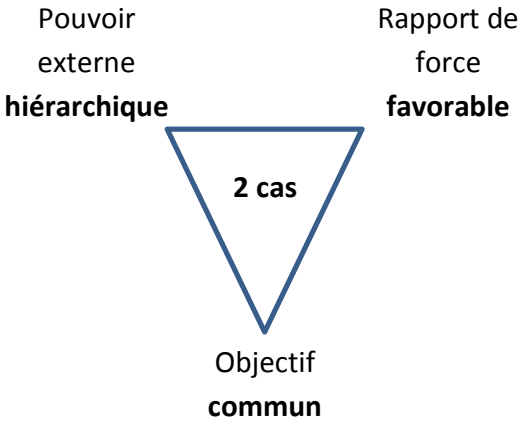
Pouvoir externe **influent**

Rapport de force **favorable**

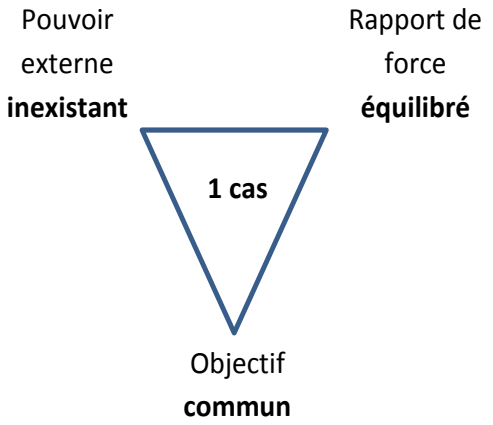


Objectif **imposé**

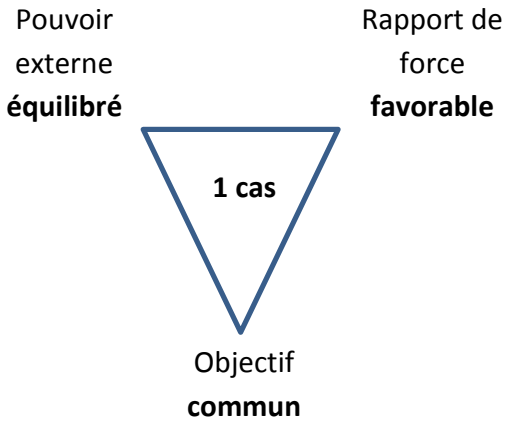
Les trois formes relationnelles traduisent des **regroupements** (fusion ; fusion-absorption ; CHT) malgré **des valeurs culturelles opposées**.



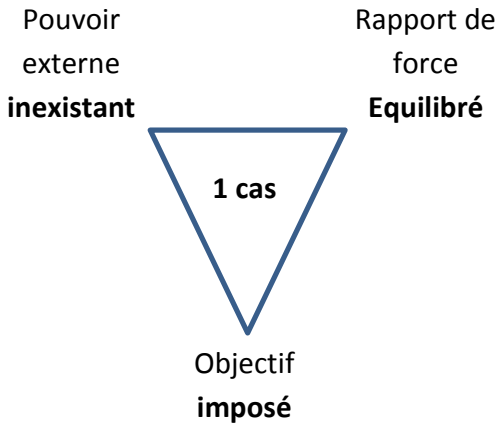
Les deux cas traduisent des **fusions d'équipes**. Les **valeurs culturelles** sont **identiques** et l'**engagement** du groupe est **fort**.



Suite à une fusion, Il s'agit d'un **accompagnement d'agents** par d'autres agents pour leur permettre de bien s'insérer dans le groupe.

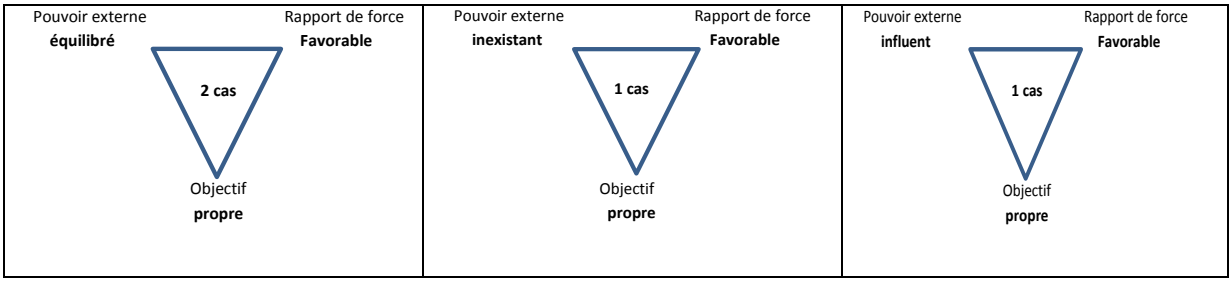


Il s'agit de la mise en place d'une **filière** avec un groupe « tête » de filière et donc en rapport de force de force favorable par rapport aux autres membres.



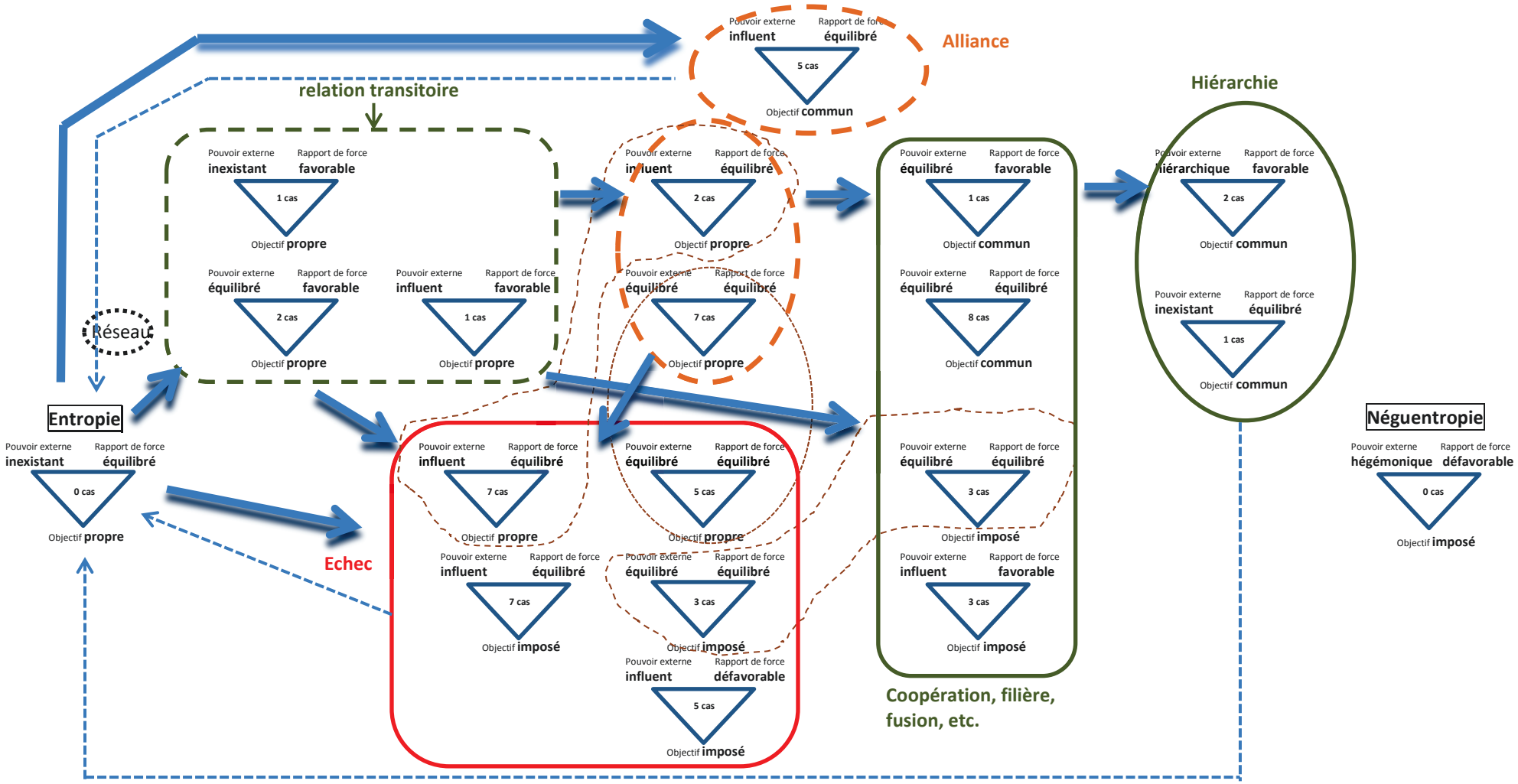
Il s'agit de la mise en place d'une filière dans un contexte de Direction commune. Nous avons vu, lors de notre examen des configurations contradictoires, que la négociation ne peut qu'échouer.

Les quatre derniers cas correspondent à des situations transitoires qui vont évoluées vers des situations plus poussées.



Maintenant, nous pouvons positionner les différentes formes relationnelles de notre base de données entre nos deux pôles que sont l'entropie et la néguentropie (ou soumission totale).

Figure 30 : Cartographie des formes relationnelles observées dans le secteur hospitalier

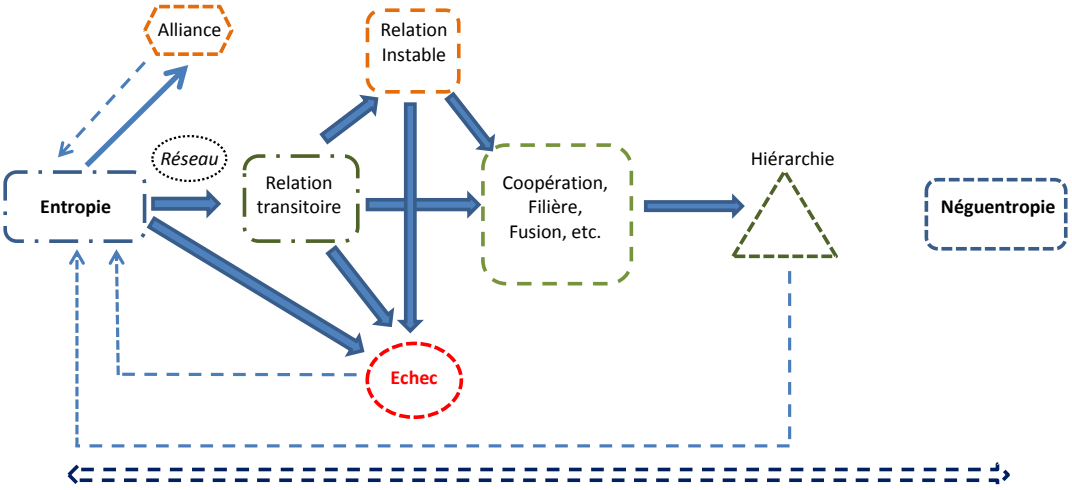


Source : Elaborée par l'auteure.

Nous retrouvons dans ce spectre l'ensemble des formes relationnelles observées dans notre échantillon au regard de leurs caractéristiques et du statut de la relation (stable, transitoire, échec). Nous avons ordonné les configurations de relations de telle sorte que nous puissions voir les passages d'une forme relationnelle à une autre.

Toutefois, pour faciliter l'interprétation de ce spectre, nous avons schématisé les formes et les passages d'une forme relationnelle à une autre comme suit :

Figure 31 : Graphe synthétisant les relations et les passages d'une forme relationnelle à une autre.



Source : Elaborée par l'auteure.

Nous avons donc huit formes relationnelles dans ce spectre (l'entropie étant le point 0 de la relation et la néguentropie le point ultime de la relation). Les relations **transitoires** concernent des mises en place de Direction commune en attente de la structuration d'une fusion ou d'une CHT. Les relations **instables** regroupent des cas où le groupe est en situation de faiblesse, contraint de nouer une relation. Des forces exogènes peuvent intervenir au cours de la mise en œuvre de la relation et influencer positivement ou négativement sur la relation. Si toutefois l'objectif est propre au groupe, il s'avère en contradiction avec celui de son partenaire. L'alliance, que nous avons isolée, est aussi une situation instable dans le sens où une fois la menace supprimée, la relation n'a pas lieu de se maintenir. En effet, d'après la

définition que nous retenons de ce type d'accord[736], un groupe s'allie avec un partenaire pour éliminer la menace venant d'un tiers. Les actions de coopération telles que nous l'entendons ainsi que, par exemple, la filière constitue des relations **stables**. Lorsque les relations sont internalisées au sein d'une entité, nous nous retrouvons dans un système **hiérarchique**.

Etudions maintenant le passage d'une forme relationnelle à une autre. Nous n'avons **pas affaire à un continuum** puisque le passage d'une forme à une autre n'est pas forcément linéaire. Par exemple, nous avons vu plus haut, dans le cas de l'alliance, une fois la menace supprimée, les groupes redeviennent « autonomes ».

L'entropie (point 0 de la relation) correspond à la situation dans laquelle un groupe a un objectif propre et peut agir seul. Cependant, lorsqu'il ne peut agir seul pour réaliser son objectif – parce que ses moyens sont insuffisants - il va chercher à nouer une relation avec un partenaire. La relation va déclencher des réactions chez les groupes d'individus de son environnement. Ces réactions peuvent être positives ou négatives. La relation pourra donc soit aboutir soit échouer à court ou moyen terme. C'est pourquoi, il est possible de passer **de l'entropie à la relation transitoire ou à l'échec**.

La relation **transitoire** va évoluer vers une relation **stable** ou **instable** voire **échouer**. Dans le second cas de figure, la relation peut basculer **vers l'échec**. Dans notre échantillon, les relations qui échouent reflètent plusieurs types de situations. Nous pouvons avoir des forces endogènes impliquées dans la relation qui sont affaiblies ou en conflit. Ou bien des forces exogènes – à savoir le pouvoir externe – qui n'arrivent pas à mobiliser les forces internes pour mener à bien la relation. Il peut y avoir un autre cas de figure à savoir un changement de stratégie du partenaire ou du groupe. Et pour finir, la coopération sous contrainte ou l'affichage de la part des groupes d'une bonne volonté de coopération aboutit généralement à un échec de la relation.

De la **relation stable**, il est possible de basculer **vers l'internalisation de la relation**. Par exemple, si l'environnement contraint devient conflictuel - et non plus apaisé - et que nous

[736] Se reporter au chapitre 2 de la première partie de notre travail

assistons à une dépendance des membres vis-à-vis de celui qui détient le pouvoir d'influence, une filière bascule dans un système hiérarchique. Dans notre échantillon, nous avons eu le cas d'une filière qui se construisait impliquant des membres de deux hôpitaux. Puis les deux entités se sont regroupées et la filière s'est transformée en un système hiérarchique puisque les relations se sont internalisées.

Les retours à la situation initiale à savoir l'entropie sont possibles. Nous avons vu plus haut le cas de l'alliance. De même, si la hiérarchie s'affaiblit, les individus peuvent s'autonomiser et le système retombe dans l'entropie.

Nous avons pu positionner sans difficulté la quasi-totalité des formes relationnelles de notre échantillon. Toutefois, nous avons eu une petite hésitation pour le « réseau ». En effet, si nous nous basons sur la définition du réseau (*cf.* chapitre 2) qui a des frontières floues, ce dernier reste donc invisible de l'extérieur. Il ne peut être repéré par ses caractéristiques intrinsèques mais seulement par les effets produits. Nous l'avons finalement positionné proche de l'entropie. En effet, si la menace sur les valeurs disparaît ou si au sein du réseau les valeurs des individus n'évoluent pas de la même manière, le réseau peut imploser et nous nous retrouvons dans l'entropie.

Conclusion du chapitre

Faute de caractérisation de nos formes relationnelles observées dans le secteur hospitalier au regard de leur habillage juridique, nous avons lancé une taxonomie sur l'ensemble des attributs des relations. Nous avons pu ainsi extraire **des profils homogènes** de relations. Ils constituent **un continuum allant de la réussite à l'échec de la relation**.

A partir de là, nous avons positionné nos formes relationnelles observées dans le secteur hospitalier dans un cadre matérialisant le concept de relation. Il repose sur le postulat que toute relation se positionne entre deux pôles extrêmes. Ces deux pôles, nous les avons définis comme l'entropie – ou absence de relation – signifiant le point 0 de la relation et la néguentropie - ou soumission totale – identifiant la phase ultime de la relation.

Nous avons pu positionner les configurations de relations au regard de leur statuts (relations stables, instables, transitoires, etc.) et identifier des passages d'une forme relationnelle à une autre. Il existe des « lois » de passage d'une forme relationnelle à une autre, de l'entropie à la néguentropie. En effet, **le passage d'une forme relationnelle à une autre se fait dans un certain sens et consécutivement à la modification d'un ou de plusieurs des critères caractérisant la relation. Toutefois, le passage n'étant pas systématiquement linéaire, nous ne pouvons pas parler de continuum, ni de cycle de vie**.

Toutes les formes relationnelles de notre échantillon sont **repérables par trois critères** : le pouvoir des groupes environnants, l'objectif du groupe et le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire. Nous retrouvons ici une notion - le pouvoir - qui est un paramètre très important dans la théorie de la dépendance des ressources. Nous avons en effet le pouvoir des acteurs externes à la relation, et le pouvoir du groupe vis-à-vis de son partenaire (rapport de force). La théorie de la dépendance des ressources stipule que l'organisation va chercher à limiter sa dépendance ou rendre les autres organisations dépendantes d'elle. Dans le secteur industriel, un groupe d'individus peut limiter sa dépendance (c'est-à-dire le pouvoir de son partenaire) en s'adressant pour son besoin à plusieurs groupes. La situation est différente dans le secteur hospitalier car l'hôpital doit satisfaire les exigences des acteurs externes à l'instar des autorités sanitaires. Il est dépendant des ressources financières de l'Etat et ne peut vivre de ressources propres. Par ailleurs, les types de soins sont liés à la catégorie de l'établissement et les équipements (ressources matérielles) sont soumis à autorisation.

Finalement, le résultat le plus prometteur est le suivant :

- Si l'interprétation que nous faisons de ce cadre d'analyse des relations est bonne, **alors si un groupe se trouve dans une situation relationnelle que nous pouvons caractériser par les trois critères** – (i) pouvoir des groupes environnants – (ii) objectif de la relation – (iii) rapport de force du groupe - **nous sommes à même de prévoir l'issue de la relation**. Cet outil s'avère potentiellement très utile en stratégie.

Toutefois, en raison du caractère exploratoire de notre recherche, cette grille d'analyse des relations entre groupes d'individus, en l'état actuel, est sans doute incomplète. En effet, seules les configurations de notre base de données sont représentées et elles ne constituent

qu'une partie des formes relationnelles potentiellement observables. Cependant, compte tenu de la qualité de notre échantillon, nous pouvons raisonnablement penser que nous avons identifié la plupart des configurations potentiellement observables.

Conclusion de la troisième partie

Cette partie a été consacrée à la présentation des principaux résultats des différentes analyses effectuées sur notre base de données au regard de la problématique de recherche énoncée préalablement.

Nous revenons sur les principaux résultats obtenus.

➢ Le dépouillement simple (cf. chapitre 5) des relations entre groupes d'individus observées dans le secteur hospitalier met en évidence l'existence d'**une diversité** de formes relationnelles. De plus, nous constatons que **les relations se différencient de celles qui se manifestent dans le secteur industriel**. En effet, elles constituent plutôt une contrainte dans un objectif de réorganisation du secteur hospitalier pour les acteurs concernés alors qu'elles sont perçues comme une opportunité dans le champ industriel.

➢ L'habillage juridique de la relation n'est **pas discriminant**. En effet, nous ne retrouvons pas d'homogénéité des formes relationnelles au sein de chaque habillage juridique. Toutefois, nous constatons que certains accords – à l'instar du SIH ou de la Direction commune - constituent une étape vers une relation plus poussée entre le groupe et son partenaire.

➢ Par contre, (*cf.* chapitre 6), nous avons pu, à partir d'une analyse statistique approfondie, dresser une typologie des formes relationnelles qui met en lumière des **profils homogènes** de relations. Ils constituent **un continuum allant de la réussite à l'échec de la relation**.

➢ Le **cadre d'analyse** des formes relationnelles proposé (dans le chapitre 6) qui positionne les relations entre groupes d'individus entre deux pôles extrêmes que sont l'entropie (absence de relation) et la néguentropie (soumission totale) nous permet de <u>tirer deux enseignements importants</u> :

➲Tout d'abord, parmi l'ensemble des 32 critères définissant une relation, **trois** seulement semblent nécessaires pour caractériser une relation et le passage d'une forme relationnelle à une autre: (i) le pouvoir des groupes environnants, (ii) l'objectif du groupe, et (iii) le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire.

Mintzberg (2003)[737], que nous avons cités à plusieurs reprises, a défini cinq configurations structurelles caractérisées par un mécanisme de coordination dominant, un rôle principal assuré par une des composantes de l'organisation et l'utilisation d'un type de décentralisation. Le passage d'une structure à une autre est lié à des facteurs de contingence tels que l'âge, la taille, et le système technique mais dont les impacts sont moins importants que ceux provenant de son environnement. Enfin, le pouvoir, qui peut se manifester entre autre par un contrôle externe, ou par un besoin de pouvoir interne, est un facteur important qui peut même faire basculer une configuration structurelle vers une autre en faisant fi des autres facteurs de contingence. Nous rejoignons Mintzberg sur le rôle que peut jouer le pouvoir dans la mesure où il constitue une des trois composantes clés des configurations de relations dans le secteur hospitalier.

➲ Le second enseignement, que nous pouvons tirer de notre grille d'analyse, c'est qu'il existe des « lois » de passage d'une forme relationnelle à une autre, de l'entropie à la néguentropie. En effet, le passage d'une forme relationnelle à une autre se fait dans un certain sens et consécutivement à la modification d'un ou de plusieurs des critères caractérisant la relation.
Si l'interprétation que nous faisons de ce cadre d'analyse des relations est bonne, **alors si un groupe se trouve dans une situation relationnelle que nous pouvons caractériser par les trois critères** (pouvoir des groupes environnants – objectif de la relation – rapport de force du groupe) **nous sommes à même de prévoir l'issue de la relation**. Cet outil s'avère potentiellement très utile en stratégie.

Cependant, cette grille d'analyse des relations, en l'état actuel, est sans doute incomplète. En effet, seules les configurations observées dans notre base de données sont représentées. Dans le chapitre 6, nous avons recherché et trouvé des exemples de configurations de relations absentes de notre échantillon mais observables dans le secteur hospitalier. Il faudrait donc multiplier les enquêtes pour repérer éventuellement des configurations de relations potentiellement observables dans le secteur hospitalier et les inclure dans notre cadre. Ces enquêtes complémentaires permettraient aussi de vérifier si les formes relationnelles que nous avons qualifiées de peu probables le sont réellement.

[737] Mintzberg (2003), *op. cit.*

Toutefois, compte tenu de la taille de notre échantillon (soit 64 relations formelles), nous pouvons estimer que nous avons identifié les principales formes relationnelles du secteur et que le nombre de configurations non observées s'avèrera peu élevé.

Nous avons adopté une vision globalisante pour construire l'outil en envisageant toutes les configurations potentiellement observables au regard de trois critères ce qui nous donne une quarantaine de formes relationnelles « théoriques ». Toutefois, nous avons choisi de les insérer dans un cadre fermé, délimité par deux pôles l'entropie et la néguentropie. Nous pouvons nous demander si c'est la seule manière de penser le concept de relation ? De plus sommes-nous certains qu'il n'existe pas de pôles plus extrêmes c'est-à-dire de situations précédant l'entropie et après la soumission totale ?

Enfin, nous n'avons pas traité de manière approfondie les relations informelles de notre échantillon. Nous savons que ces formes relationnelles sont principalement des relations préliminaires, précédant une situation relationnelle décisionnelle (c'est-à-dire formelle) même si nous n'avons pas pu identifier autant de relations informelles que formelles dans notre matériau brut. Elles se caractérisent par des rencontres entre le ou les partenaires mais aussi avec les acteurs de leur environnement. Les différents acteurs préparent le rapprochement qui se mettra en œuvre plus ou moins rapidement. Parfois, la rencontre informelle aboutit à l'abandon du projet initialement prévu.

Conclusion générale

L'objectif de cette recherche a consisté à proposer une approche dynamique des relations entre organisations et à asseoir cette démarche par l'élaboration d'un cadre d'analyse des formes relationnelles dans le secteur hospitalier.

1. La démarche suivie et les enseignements de la recherche

Notre recherche s'est appuyée, dans un premier temps, sur une revue de littérature (objet de notre première partie) portant sur les théories sollicitées lors de l'analyse des relations entre organisations. Cette première partie justifie la démarche que nous allons employer pour l'étude des relations entre organisations.

1/ Nous avons identifié, dans le premier chapitre, les théories mobilisées pour étudier les accords de coopérations dans le secteur industriel, puis nous avons effectué un travail analogue pour les rapprochements dans le secteur hospitalier.
Ce chapitre a mis en évidence **le foisonnement** de théories sollicitées pour étudier les relations entre organisations. Et, nous avons pu également constater que les chercheurs s'appuyaient sur les mêmes théories pour étudier les formes relationnelles dans le secteur hospitalier que celles mobilisées pour le secteur industriel. Enfin, le constat de **l'incomplétude** des différentes théories à expliquer le spectre des relations entre organisations nous a conduits à changer de paradigme pour la suite de notre recherche.

2/ Avant de nous lancer dans une nouvelle démarche, nous avons essayé d'expliciter, dans le second chapitre, les raisons de l'incomplétude de ces théories à traiter le phénomène. Nous avons pu relever des éléments d'explication et nous rejoignons le constat effectué par Minvielle et *al.* (2014)[738] qui laissent entendre que **les concepts et théories issus du monde de l'entreprise ne sont pas pleinement adaptés pour traiter des sujets propres à l'organisation hospitalière.**

[738] Minvielle, E., Galopel-Morvan, K., Ollivier, R. (2014). Intérêt de la recherche en management dans la gestion des hôpitaux. Dossier Recherche et Management. *Soins Cadres*, 89, 30-34.

Nous avons aussi constaté que **le flou dans les définitions des accords** concrétisant une relation à l'instar du réseau, ou de la filière pouvait contribuer à la difficulté d'analyser les relations entre organisations.

Aussi, à l'issue de cette première partie, nous avons fait le choix de poursuivre notre travail **sans nous adosser aux théories sollicitées** (de manière individuelle ou prises conjointement à l'instar de la théorie des coûts de transactions associée à l'approche par les ressources). En effet, nous avons décidé de partir de nos données observées dans le secteur hospitalier en les analysant de manière approfondie de telle sorte que nous puissions faire ressortir des concepts ou des lois susceptibles d'apporter des connaissances complémentaires ou nouvelles sur les relations entre organisations.

La seconde partie de notre recherche a débuté par la présentation de notre champ d'expérimentation à savoir le milieu hospitalier. En effet, le secteur hospitalier - compte tenu des réformes dont il a été l'objet et qui ont favorisé les rapprochements entre organisations - est un terrain propice pour entreprendre une telle recherche.

1/ Nous avons transité par une étape intermédiaire avant d'engager une analyse approfondie des formes relationnelles observées dans le secteur hospitalier. En effet, afin de travailler sur des données pertinentes qui crédibilisent les résultats de nos analyses, nous avons consacré deux chapitres à la création d'un corpus *a priori* de configurations de relations sur lequel nous nous sommes appuyés pour valider la robustesse de notre base de données de formes relationnelles.

2/ A ce niveau, notre revue de littérature a été très précieuse pour sélectionner l'ensemble des caractéristiques d'une relation entre organisations. Nous avons été amenés à préciser notre approche de l'organisation ce qui a eu pour conséquence de **déplacer notre objet de recherche portant sur les relations entre organisations** (objet complexe et ayant de multiples définitions) **vers l'analyse des relations entre groupes d'individus**.

Ce corpus n'est pas en soi une théorie mais **s'apparente à un cadre théorique** qui nous a permis de valider la robustesse de notre base de données.

En procédant ainsi, nous avons évité le dilemme de choisir entre les différentes théories qui ont été sollicitées jusqu'à présent pour traiter des rapprochements entre groupes mais que nous avons jugées incomplètes à l'instar de nombreux auteurs.

La recherche empirique, objet de notre troisième partie, vise à décrire, et à comprendre la diversité des relations entre groupes dans le secteur hospitalier et propose une grille de lecture des formes relationnelles observées dans ce secteur.

Nous débutons cette dernière partie par la présentation de la méthodologie adoptée dans le cadre de cette recherche empirique qui s'appuie sur la constitution d'une base de données de configurations de relations observées dans le secteur hospitalier. Nous nous sommes appuyés sur des rapports d'études qui ont été réalisés soit par des acteurs ou futurs acteurs du monde hospitalier à l'instar des directeurs d'hôpital, soit par des acteurs externes (inspecteurs généraux des affaires sanitaires et sociales ou encore des représentants de la Chambre régionale des comptes).

1/ Le chapitre 5 repose sur deux exploitations statistiques de notre base de données.

La première analyse a porté sur la caractérisation des relations dans le secteur hospitalier au regard de ce qui est observé dans le secteur industriel. Le constat notable est **la spécificité des relations entre groupes dans le secteur hospitalier**.

Une des principales différences entre les deux champs industriel et hospitalier est l'utilisation des accords comme une **opportunité** pour l'un et comme une **contrainte** pour l'autre. Dans le secteur industriel, les rapprochements sont volontaires et la seule contrainte est celle du marché. Quant au milieu hospitalier, il a été et est toujours peu proactif dans la mise en œuvre de rapprochements. Les accords sont très souvent **initiés ou imposés par des acteurs externes** à l'instar des agences sanitaires.

Les relations dénommées principalement « alliances » ont pour objectif, dans le secteur industriel, de réduire les coûts, de faciliter la diversification et l'innovation technologique dans un monde très internationalisé. Alors que les rapprochements dans le milieu hospitalier ont joué un rôle déterminant dans la restructuration et la réorganisation du secteur. Pour les

réformateurs, il s'agit d'optimiser les fonds publics en période de pénurie et de mieux répartir des ressources.

Dans le secteur hospitalier, certaines formes relationnelles vont permettre d'accéder à des compétences non détenues par le groupe mais elles ne vont pas être un moyen pour chercher à transférer ou acquérir les capacités de son partenaire comme dans le secteur industriel. De même, les regroupements ou fusions, excepté pour les cliniques n'ont pas comme objectif la concentration du capital.

Les alliances dans le secteur industriel se propagent par effet de mimétisme ce qui n'est pas le cas dans le secteur hospitalier. Les entreprises confrontées aux mêmes contraintes imiteront le comportement de celle qui a réussi à obtenir un avantage concurrentiel comme c'est le cas dans le secteur de la grande distribution (Messeghem, 2003)[739]. Dans le secteur hospitalier, les établissements sont très ancrés dans le paysage local et ont des liens très forts avec les acteurs de leur environnement (maire, élus). Puisque le développement de l'établissement dépendra de son histoire mais aussi de celle du territoire sur lequel il est implanté, les stratégies de rapprochements ne se réaliseront pas de manière similaire d'un territoire à l'autre.

Dans le secteur industriel, et à partir des années 1990, les entreprises surtout dans le domaine de la haute technologie constituent des portefeuilles d'accords. *Le portefeuille d'accords peut être appréhendé comme une collection de contrats de collaboration quelle qu'en soit la forme juridique noués entre une firme et ses partenaires. Le nombre d' « alliances » peut être très élevé* (Blanchot et Guillouzo, 2009)[740]. Il se distingue du réseau d'alliances (un accord et plusieurs partenaires) (Doz et Hamel, 2000)[741]. Nous avons pu constater que de nombreux accords sont noués au sein des établissements de santé. Cependant, ils correspondent essentiellement à des conventions et ne sont pas gérées

[739] Messeghem, K. (2003). Pour une lecture néo-institutionnelle des relations entre PME et grande distribution. *Actes du colloque* Etienne Thil, La Rochelle.

[740] Blanchot, F., Guillouzo, R. (2009). La gestion stratégique des portefeuilles d'alliances. Dans O. Meier (Éd.), *Stratégies de croissance fusions-acquisitions, alliances stratégiques, développement interne* (127-143). Paris: Dunod.

[741] Doz, Y., Hamel, G. (2000). *L'avantage des alliances. Logiques de création de valeur*. Traduction de "The art of Creating Value through Partnering". Paris: Dunod.

comme un portefeuille d'accord. De plus, les accords qui engagent profondément la structure sur le plan stratégique ne sont pas nombreux.

Dans un second temps, nous avons étudié les configurations de relations **au regard de l'habillage juridique** dans le but de détecter d'éventuels groupes homogènes de formes relationnelles. Dans le secteur hospitalier, les habillages juridiques sont nombreux (nous en avons dénombrés douze)[742]. Certains d'entre eux à l'instar du syndicat inter-hospitalier ou de la Direction commune constituent une étape vers une relation plus poussée telle que la fusion ou la communauté hospitalière de territoire.
Cependant, nous avons aussi constaté - comme Garrette et Dussauge (1995)[743] notamment l'ont souligné au sujet des alliances - que **les relations entre groupes d'individus ne se définissent pas par leur forme juridique.** Nous avons donc procédé à des analyses complémentaires.

2/ Le chapitre 6 expose l'exploitation statistique des configurations de relations de notre base de données qui débouche sur **la proposition d'une typologie** des formes relationnelles *via* une taxonomie. Compte tenu des résultats importants qui ressortent de cette analyse, une grille de lecture des formes relationnelles est proposée. Nous replaçons les configurations de relations observées dans le secteur hospitalier dans le concept de la relation en partant du postulat que toute relation est comprise entre deux pôles extrêmes à savoir l'entropie d'un côté et la néguentropie (ou soumission totale) de l'autre.

<u>Notre troisième partie et surtout le dernier chapitre nous apporte des résultats originaux et stimulants</u>.

Ainsi que nous l'avons expliqué dans le chapitre 5, les relations dans le secteur hospitalier se distinguent de celles dans le secteur industriel. Il serait donc inadéquat d'utiliser les mêmes méthodes pour analyser les deux secteurs.

La typologie des configurations de relations révèle un **spectre des configurations** de relations identifiant différentes issues de la relation : réussite complète, étape vers une

[742] La liste des différentes formes juridiques est consultable à la section 2 du chapitre 5.
[743] Garrette, B., Dussauge, P. (1995). *Les stratégies d'alliance*. Paris: Eds d'Organisation.

relation plus poussée, instabilité, échec. Elle a mis en évidence qu'une relation peut être caractérisée par seulement trois paramètres. Ces trois critères sont : le pouvoir des groupes environnants, l'objectif du groupe et le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire. Il s'avère donc inutile de relever tous les paramètres que nous avions identifiés pour construire notre corpus *a priori* de configurations de relations.

La grille de lecture proposée peut aider à la prise de décision dans la mesure où **à partir d'une situation relationnelle identifiée par seulement trois critères, il est possible de prévoir l'issue probable de la relation**.

Ce cadre d'analyse des formes relationnelles, une fois validé et complété peut devenir **un outil au service**, par exemple, de la Direction de l'hospitalisation et des organisations de santé (DHOS).

En effet, en 2012, la DHOS a relancé la création d'un observatoire des recompositions hospitalières et a chargé l'Agence technique de l'informatique et de l'hospitalisation de sa mise en œuvre. Il est conçu comme une aide au pilotage des structures et des formes de recomposition grâce à une meilleure connaissance de ces dernières. Son opérationnalité repose sur la mobilisation des agences régionales de santé (ARS) qui doivent fournir la grande majorité des informations. Toutefois, les informations sur les recompositions qui traitent des relations entre groupes d'individus sont regroupées par habillage juridique (GCS, CHT, etc.).

Par ailleurs, la DHOS et le Secrétariat des ministères sociaux proposent des outils aux ARS, aux établissements et aux professionnels de santé des outils tels que EVAL'IMPACT au service de la mesure de la performance hospitalière[744]. Cet outil évalue les impacts territoriaux des recompositions. En amont, Il mesure la pertinence du projet, puis identifie les points forts et faibles pendant la phase d'élaboration du projet. Et il analyse les écarts entre le résultat de la mise en œuvre et le scénario envisagé.

[744] Les outils d'aide à l'accompagnement des coopérations sont disponibles sur le site du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des femmes.

Notre grille d'analyse des relations entre groupes d'individus **peut s'insérer dans le dispositif décrit précédemment** comme tableau de bord **prospectif** :

- qui fournit un **classement** simple des formes relationnelles reposant sur trois critères essentiels ;
- et qui **prévoit** l'issue fortement probable de la relation.

2. Les limites de la recherche

Nous ne pouvons prétendre d'avoir réalisé une étude exhaustive étant donné que nous avons procédé à une recherche exploratoire. Nous identifions trois types de limites à savoir celle relative à la constitution de notre échantillon de relations, celle propre à la méthodologie utilisée et enfin celle relative à notre positionnement pour étudier les relations. Toutefois, ces limites ne remettent pas en cause la crédibilité de nos résultats.

2.1. Les limites liées à l'échantillon

Dans le chapitre consacré à la description de la méthodologie de notre recherche[745], nous avons signalé les limites inhérentes au choix de notre échantillon. Nous les reprenons ici brièvement :

La première limite concerne les cas étudiés sur la période considérée. En effet, la mise en œuvre d'une relation dans le secteur hospitalier ne fait pas l'objet d'un rapport systématique. Et, si nous considérons les critères de l'échantillonnage de Hlady-Rispal (2002)[746], notre échantillon bien que conséquent (83 situations dont 64 relations formelles) n'est pas équilibré dans la variété des situations différentes si nous nous référons aux habillages juridiques. En effet, nous avons beaucoup plus de groupements de coopération sanitaire que de cliniques ouvertes ou de filières. Toutefois, comme l'habillage juridique ne recouvre pas forcément un type de relation particulier, nous pouvons considérer que nous avons un bon échantillonnage de relations différentes.

[745] Se reporter au chapitre préliminaire de notre troisième partie.
[746] Hlady-Rispal, M. (2002). *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*. Bruxelles : De Boeck Université.

La seconde limite a trait aux relations entre groupes d'individus non abordées : par exemple, celles établies entre groupes d'individus appartenant à des structures privées. Nous le justifions par l'absence de documents suffisamment précis sur le sujet et par la particularité de leurs logiques de regroupements[747].

Nous avons aussi laissé de côté certaines relations entre professionnels de santé au sein d'une même structure. Les relations - auxquelles nous faisons référence - relèvent de la délégation de tâches entre professionnels d'une même discipline encouragées par la loi HPST[748] même si elles existaient déjà dans les années 1970. Elles s'apparentent souvent à de la coopération hiérarchique en raison du rapport d'autorité entre le professionnel qui délègue et celui qui va pratiquer les actes (Gheorghiu et Maotty, 2007)[749]. Le côté récent de l'analyse de ce phénomène et le manque de recul par rapport à ces expériences ne nous ont pas permis d'avoir suffisamment d'éléments pour les inclure dans notre étude.

2.2. Les limites liées à la méthodologie utilisée

Nous avons choisi de ne pas nous adosser aux théories des organisations pour analyser les relations entre groupes dans le secteur hospitalier. Nous avons pris l'option d'étudier de manière approfondie les formes relationnelles que nous avons pu relever dans le champ hospitalier. Nous sommes partis d'une analyse de documents relatant des rapprochements entre groupes. Pour disposer d'une base de données robuste, nous avons créé un corpus *a priori* de configuration de relations. Nous l'avons créé en sélectionnant quelques critères que nous avons jugés représentatifs pour décrire une relation. Nous nous sommes appuyés sur une revue de littérature pour sélectionner les critères. Toutefois, bien que nous pensons avoir décrit toutes les dimensions d'une relation, nous nous sommes aperçus *a posteriori* que nous avons manqué de précision dans l'attribution de modalités aux critères à l'instar du « pouvoir des groupes environnants ». En effet, nous lui avons affecté les modalités suivantes : « inexistant », « équilibré », « influent », « hiérarchique ». Il se trouve, par exemple, que la modalité « influent » s'avère très vague. En effet, lorsque le pouvoir des

[747] Pour plus de détail, se reporter au chapitre préliminaire de notre troisième partie.
[748] Il s'agit de l'article 51 de la loi HPST.
[749] Georghiu, M., Moatty, F. (2007). Coopération et délégation du travail en milieu hospitalier. Contribution au rapport du groupe de travail présidé par M. Elbaum « *enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé* ». Paris : Haute Autorité en Santé.

groupes environnants est influent, il peut tout aussi bien représenter une menace qu'avoir un effet apaisant.

2.3. Les limites liées à notre positionnement

Les relations entre groupes d'individus que nous avons analysées ne prennent en compte que les acteurs impliqués dans l'offre de soins. Nous nous sommes positionnés du côté de l'offre et nous n'avons pas associé les patients comme acteurs potentiels même si leur influence paraît moins importante que celle d'acteurs tels que les autorités sanitaires.

3. Les perspectives ouvertes par notre recherche

Au regard de notre recherche empirique, nous envisageons quatre prolongements possibles :

1/ Notre grille de lecture ne prend en compte que les formes relationnelles observées dans notre échantillon. Malgré le nombre important de configurations de relations examinées, nous devons vérifier s'il n'existe pas d'autres formes relationnelles observables afin de compléter, si nécessaire, notre cadre d'analyse.
Il faudrait donc **multiplier les enquêtes pour repérer éventuellement des configurations de relations potentiellement observables** dans le secteur hospitalier et les inclure dans notre cadre. Ces enquêtes complémentaires permettraient aussi de vérifier si les formes relationnelles que nous avons qualifiées de peu probables le sont réellement.

2/ Notre recherche empirique a mis en évidence que les relations entre groupes d'individus pouvaient se définir seulement avec trois critères : pouvoir des groupes environnants – objectif du groupe – rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire. Cependant, les modalités associées à ces critères ont été définies au moment de la création du corpus *a priori* de configurations de relations. A cette étape, nous avions choisi des modalités qualitatives en petit nombre et exclusives les unes des autres. Par exemple, le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire a trois modalités : « défavorable – équilibré – favorable ». Il est clair que le rapport de force ne peut être à la fois « défavorable » et « favorable ». Toutefois, comme nous disposons de modalités extrêmes, nous pourrions envisager d'établir une mesure qui irait de l'une à l'autre en **apportant de la précision au**

critère. Nous pourrions adopter la même logique pour le critère « pouvoir des groupes environnants ».

3/ Notre travail permet de mieux comprendre les relations entre groupes d'individus dans le secteur hospitalier. De ce fait, cet apport peut alimenter des recherches complémentaires sur la performance des accords dans le secteur hospitalier.

4/ L'étude des relations entre groupes d'individus soulève **la question de la frontière de l'organisation**. Les théoriciens de l'organisation, à l'instar de Williamson, opposent le « dedans » au « dehors ». Le « dedans » étant l'organisation définie comme entité juridique avec des frontières bien déterminées et le « dehors » symbolisé par le marché. Santos et Eisenhardt (2005)[750] envisagent quatre conceptions de la frontière d'une organisation. Elles vont de la conception juridique à la conception identitaire en passant par la conception politique et celle tenant compte des compétences de l'organisation.
Cependant, pour Saussois (1997)[751], la distinction entre le « dedans » et le « dehors » dans le cadre des relations inter-organisationnelles n'a plus de sens car les individus peuvent être juridiquement « dedans » et physiquement « dehors » comme par exemple dans le cadre d'un groupement d'intérêt public. Il est rejoint par Desreumaux (2015)[752] qui parle du « flou » que les relations entre groupes ont introduit sur la notion de frontière.
Dans notre approche de l'organisation comme un ensemble de relations entre groupes d'individus pour mener une action coordonnée, où se situe la frontière entre le dedans et le dehors ?
A l'instar de Chassagnon (2012)[753], nous considérons que le pouvoir est latent dans toute relation interindividuelle. D'ailleurs, le rapport de force d'un groupe d'individus vis-à-vis de son partenaire (c'est-à-dire le pouvoir du groupe) est un des trois critères que nous avons

[750] Santos, F.-M., Eisenhardt, K.-M. (2005). Organizational Boundaries and Theories of Organization. Organization Science, 16(5), 491-508.
[751] Saussois, J.M. (1997). L'entreprise à l'épreuve du dehors et du dedans. Dans P. Besson (Éd.), *Dedans, dehors : les nouvelles frontières de l'organisation* (23-52). Paris: Vuibert.
[752] Desreumaux, A. (2015). *Théorie des organisations* (3e éd.). Colombelles France: Éditions EMS management & société.
[753] Chassagnon, V. (2012). Pouvoir et coopération dans la firme et entre les firmes. *Socio économie du travail* (série AB d'Economies et Sociétés), 34, 1183-1210.

retenu pour caractériser les formes relationnelles. Le groupe va donc s'organiser en fonction de ses pouvoirs. La structure juridique peut être un ingrédient du pouvoir du groupe.

Ainsi, nous pouvons envisager de définir la frontière du groupe comme la limite de son pouvoir sur les autres groupes au regard de son objectif.

Cette conception de la frontière de l'organisation, que nous abordons ici rapidement, peut alimenter la réflexion autour de cette question.

Références bibliographiques

Abecassis, P., Batifoulier, P. (1999). L'interaction médecin-patient : quelques enseignements de la théorie des jeux. Dans B. Gazier, J.L. Outin et F. Audier (Éds.)*, Formes d'organisation et institutions* (pp.117-128)*.* XIXe journées de l'Association d'Économie Sociale. Paris : L'Harmattan (coll. Logiques économiques), tome 2.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (1999). *Principes d'évaluation des réseaux de santé*. Paris : Direction de l'Evaluation de l'ANAES.

Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (2011). *Guide méthodologique des coopérations territoriales*. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

Aguilera, A., Lethiais, V. (2011). Transmission des connaissances dans les relations de coopération inter-entreprises : TIC versus face à face. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 4(2), 269.

Aïm, R. (2014). *L'essentiel de la théorie des organisations 2014-2015*. Issy-les-Moulineaux: Gualino-Lextenso.

Alchian, A.-A., Demsetz, H. (1972). Production, information costs, and economic organization. *The American economic review*, 777–795.

Aldebert, B., Meier, O., Missonier, A. (2010). Dynamique culturelle dans le cas d'une fusion. Et si faire évoluer sa culture était possible ? *Revue française de gestion*, 36(206), 65‑83.

Amadieu, J.-F. (1999). Relations professionnelles. Dans R. Le Duff (Éd.), *Encyclopédie de la gestion et du management : E.G.M.* (pp. 1056-1057). Paris : Dalloz.

Amblard, H. (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations* (3ème édition). Paris: Seuil.

Association des petites villes de France (2008). *Les hôpitaux de petites villes : une composante indispensable pour une offre de soins de qualité sur tout le territoire*. Troisième livre blanc de l'Association des petites villes de France (APVF). Consulté de http://www.apvf.asso.fr.

Ashforth, B.-E., Mael, F. (1989). Social Identity Theory and the Organization. *The Academy of Management Review*, 14(1), 20.

Association des petites villes de France (2008). *Les hôpitaux de petites villes : une composante indispensable pour une offre de soins de qualité sur tout le territoire*. Troisième livre blanc de l'Association des petites villes de France (APVF). Consulté de http://www.apvf.asso.fr.

Aubert, F.-J. (2014). *La décision à l'hôpital public : quelles relations entre directeur et médecin ?* (Thèse pour le doctorat en Science politique). Université de Bordeaux.

Aumann, R.-J. (1987). *Game Theory, The New Palgrave*. Londres: MacMillan.

Axelrod, R. (2006). *Comment réussir dans un monde d'égoïstes : théorie du comportement coopératif*. Paris: O. Jacob.

Azeidat, A. (2005). *Spécification d'un cadre d'ingénierie pour les réseaux d'organisations*. (Thèse de doctorat en génie industriel). ENSM Saint Etienne.

Bantman, P. (2004). Réseaux et psychiatrie: Réflexions sur l'utilisation du terme de réseau dans le champ médico-social. *Vie sociale et traitements*, 81, 25.

Baret, C., Minvielle, E., Nobre, T. (2010). Le rôle des acteurs et des outils de gestion dans les transformations des organisations de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 3(28), 99-100.

Barnard, C.-I. (1968). *The functions of the executive.* Cambridge: Harvard University Press.

Barney, J-B. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99‑120.

Barney, J.-B., Ketchen, D.-J., Wright, M. (2011). The Future of Resource-Based Theory: Revitalization or Decline? *Journal of Management*, 37(5), 1299‑1315.

Barondeau, R. (2013). *La collaboration wiki : critiques, justifications et perspectives - Le cas d'une organisation socio-sanitaire québécoise*. (Thèse de doctorat en administration), chapitre 2 : Les fondements socio-économiques de la collaboration. Consulté de http://www.regisbarondeau.com.

Barreau, P. (2014). Qu'en est-il de la recherche en sciences de gestion de l'hôpital. Dossier Recherche et Management. *Soins Cadres*, 89, 15.

Barthélemy, J. (1999). L'externalisation: une forme organisationnelle nouvelle. *Communication à l'Association Internationale du Management Stratégique (AIMS),* mai.

Barthélemy, J., Fulconis, F., Mothé, C. (2001). Les coopérations inter-organisationnelles: approche théorique et illustrations. Dans A.C. Martinet et R.A. Thietard (Éds.), *Stratégies : actualité et futurs de la recherche* (pp. 289-303). Paris: Vuibert.

Barthélemy, J. (2007). *Stratégies d'externalisation: préparer, décider et mettre en oeuvre l'externalisation d'activités stratégiques*. Paris: Dunod.

Bartoli, F., Destais, N., Yeni, I. (2012). *Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. Paris : IGAS.

Batifoulier, P. (2001). *Théorie des conventions*. Paris: Economica.

Baubeau, D. (1999). Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur longue période. *Etudes et Résultats*, DREES, 21.

Baudry, B. (1991). Une analyse économique des contrats de partenariat industriel : l'apport de l'économie des coûts de transaction. *Revue d'économie industrielle*, 56(2e trimestre), 46-57.

Baudry, B. (1993). Partenariat et sous-traitance : une approche par la théorie des incitations. *Revue d'économie industrielle*, 66(1), 51‑68.

Baudry, B. (1999). Firme-réseau. Dans R. Le Duff, G. Cliquet, et C. Vailhen (Éds.), *Encyclopédie de la gestion et du management: E.G.M.* (pp. 405-406).Paris: Dalloz.

Baudry, B., Dubrion, B. (2005). L'influence des travaux de Chester I. Barnard sur la théorie économique contractualiste de la firme : une appréciation critique. *XVIIIème conférence internationale de management stratégique*, Grenoble, 2 au 5 juin.

Baudry, B., Chassagnon, V. (2010). The close relation between organization theory and Oliver Williamson's transaction cost economics: a theory of the firm perspective. *Journal of Institutional Economics*, 6(4), 477‑503.

Béjean, S. (1997). Les nouvelles approches théoriques en économie de la santé. Fondements épistémologiques, divergences et convergences ? Dans T. Lebrun, J.C. Sailly (Éds.), *Dix ans d'avancées en économie de la santé* (pp. 3-30). Montrouge : John Libbey Eurotext.

Béjean, S., Gadreau, M. (1997). Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé. *Revue d'économie industrielle*, 81(1), 77‑97.

Bellet, M., Kirat, T., Largeron, C. (1998). *Approches multiformes de la proximité*. Paris: Hermès.

Ben Aissa., H. (2001). Quelle méthodologie de recherche appropriée pour une construction de la recherche en gestion ? *Xième Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS),* 13-14-15 juin.

Bengtsson, M., Kock, S. (2000). Coopetition in Business Networks—to Cooperate and Compete Simultaneously. *Industrial Marketing Management*, 29(5), 411–426.

Benmahidi, M. (2004). Les rapprochements stratégiques inter-firmes le cas de l'industrie pharmaceutique. *Working Papers*, 90. Laboratoire de Recherche sur l'Industrie et l'Innovation. ULCO. Consulté de http://www.EconPapers.repec.org.

Bensebaa, F. (2006). Impact de la complexité des stratégies sur l'évitement de la concurrence. *Management & Marketing*, 4(1), 5-27.

Bercot, R. (2006). La coopération au sein d'un réseau de santé. Négociations, territoires et dynamiques professionnelles. *Négociations*, 5(1), 35.

Bergoignan-Esper, C. (2009). Les formes de coopération dans la loi HPST. Avancées et manques. *Gestion hospitalière*, 489, 481-485.

Bernoux, P. (2002). L'influence de March sur la sociologie des organisations en France. *Revue française de gestion*, 28(139), 195-202.

Bessy, C. (1997). *L'hypothèse de connaissance tacite dans la théorie évolutionniste de la firme*. Noisy-le-Grand : Centre d'études de l'emploi (CEE).

Bignoux, S. (2006). Short-term strategic alliances: a social exchange perspective. *Management Decision*, 44 (5), 615 – 627.

Bihan, B. (2014). Doctrines importées. *Défense et sécurité internationale*, 102.

Billand, P. (1998). Rationalité et coopération : le rôle de la confiance en économie. *Revue d'économie industrielle*, 84(1), 67‑84.

Blanchot, F. (1996). Les déterminants du choix d'un partenariat: proposition d'un modèle éclectique. *Actes de la Vème Conférence Internationale de Management Stratégique,* Lille, mai.

Blanchot, F. (2006). Alliances et performances: Un essai de synthèse. *Cahiers de recherche CREPA/ DRM*, 1(22). Université Paris Dauphine.

Blanchot, F. (2009). Le management stratégique des fusions acquisitions : motifs, effets et conditions de réussite. Dans O. Meier (Éd.), *Stratégies de croissance fusions-acquisitions, alliances stratégiques, développement interne* (pp. 145-160). Paris: Dunod.

Blanchot, F., Guillouzo, R. (2009). La gestion stratégique des portefeuilles d'alliances. Dans O. Meier (Éd.), *Stratégies de croissance fusions-acquisitions, alliances stratégiques, développement interne* (pp. 127-143). Paris: Dunod.

Blanchot, F., Guillouzo, R. (2011). La rupture des alliances stratégiques : une grille d'analyse. *Management international*, 15(2), 95-107.

Boissin, O. (1999). La construction des actifs spécifiques : une analyse critique de la théorie des coûts de transaction. *Revue d'économie industrielle*, 90, 7-24.

Boissin J.-P., Castagnos J.-C., Guieu G. (2001). Ordre et désordre de la pensée stratégique. Dans A.-C. Martinet et R.-A. Thietard (Éds.), *Stratégies : actualité et futurs de la recherche* (pp. 27-42). Paris: Vuibert.

Bollecker, M., Mathieu, P. (2008). Vers des systèmes de mesure des performances sociétales : l'apport des conventions. *Revue française de gestion*, 34(180), 89‑102.

Bonafoni, P., Nobre, T. (2011). Un cycle de vie pour les réseaux de santé? Le cas de la cancérologie. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 29(1-2), 47-61.

Boncori, A.-L. (2005). *Les croyances diffusées au sein du réseau social du dirigeant*. *Le cas d'une association de chefs d'entreprises*. (Mémoire de Master de Recherche en Management). Université Panthéon-Assas Paris II.

Bonnet, J.-L. (1996). Le secteur sanitaire et la région sanitaire. Quelles limites ? Quelle répartition des rôles ? Dans *Les hôpitaux confrontés aux exigences du S.R.O.S.S. : Coopérer pour vivre*. 48èmes journées du GERHNU, Fleyming - Merbelach, 17-18 mai.

Borgès Da Silva, R. (2014). Taxonomie et typologie : est-ce vraiment des synonymes ? *Santé Publique*, 25(5), 633-637.

Bort, S., Kieser, A. (2011). Fashion in Organization Theory: An Empirical Analysis of the Diffusion of Theoretical Concepts. *Organization Studies*, 32(5), 655–681.

Bourkia, D., Mispelblom-Beyer, F. (2014). De l'intérêt de la recherche pour les cadres hospitaliers. Dossier Recherche et Management. *Soins Cadres*, 89, 16-18.

Bousquet, F. et coll. (2001). Les restructurations à travers les systèmes d'information, d'une définition complexe à un suivi opérationnel. (Réflexions menées à la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). *Revue Française des Affaires sociales*, 2(2), 27-43.

Bouvier-Patron, P. (1996). Un concept de réseau pour analyser l'organisation industrielle. Dans J. Ravix (Éd.), *Coopération entre les entreprises et organisation industrielle* (pp. 171-194). Paris: CNRS.

Bovis (de), C., Baret, C. (2011). Les hôpitaux sont-ils des « organisations à haute fiabilité » ? Apports du concept de « HRO » à la GRH des personnels soignants. *Actes du congrès de la GRH " Vers un management des ressources humaines durable et bienveillant ?* Marrakech.

Brasseur, M. (2005). Effets de surprise dans le dilemme du prisonnier. *WP 741, CREGAM*, IAE Aix.

Brousseau, E. (1999). Néo-institutionnalisme et Evolutionnisme: quelles convergences? *Economies et sociétés*, 33, 189–215.

Brousseau, E. (2000). La gouvernance des processus de coopération. Dans B. Bellon, C. Voisin et A. Plunket (Éds.), *La Coopération Industrielle.* Paris : Economica.

Brousseau, E., Glachant, J.-M. (2000). Introduction : Économie des contrats et renouvellements de l'analyse économique. *Revue d'économie industrielle*, 92(1), 23‑50.

Brulhart, F. (2005). Expérience du partenariat, expérience du partenaire, connivence interpersonnelle : quel impact sur la réussite du partenariat vertical ? *M@n@gement*, 8(4), 167-191.

Burlaud, A., Soutenan, J.-F., Farcet, P. Messonnet, O. (2007). *Management – DCG7 – Manuel et applications* (4ème edition). Vanves : Foucher.

Buttard, A. (2008). L'évaluation du réseau en santé. Des obstacles pratiques aux propositions méthodologiques. *Politiques et management public*, 26(4), 87–110.

Calmes, G., Segade, J.-P., Lefranc, L. (1998). *Coopération hospitalière – L'épreuve de la vérité. Objectifs en management hospitalier*. Paris : Masson.

Cauvin, E. (2000). L'approche fondée sur la gestion des activités. Dans J.L. Arrègle, E. Cauvin, M. Ghertman, B. Grand et P. Rousseau (Éds.), *Les nouvelles approches de la gestion des organisations* (pp. 131-192). Paris: Economica.

Chambre régionale des comptes des Pays de Loire (2001). *Rapport d'observations sur la gestion du Centre hospitalier des Sables d'Olonne – Exercices 1994 et suivants*. Paris : C.R.C. Consulté de http://www.crc.fr.

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur (2011). *Rapport d'observations définitives sur la gestion du Centre hospitalier de Saint-Tropez – Exercices 2004 et suivants*. Paris : C.R.C. Consulté de http://www.crc.fr.

Charreaux, G. (1990). La théorie des transactions informelles : une synthèse. *Economies et sociétés*. Série *Sciences de Gestion*, 15, 137-161.

Charreaux, G., Pitol-Belin, J.-P. (1992). Les théories des organisations. Consulté de : http://gerard.charreaux.pagesperso-orange.fr.

Charreaux, G. (2000). La théorie positive de l'agence: positionnement et apports. *Revue d'économie industrielle*, 92(1), 193–214.

Chaserant, C. (2002). La coopération se réduit-elle à un contrat ? Une approche procédurale des relations contractuelles. *Recherches économiques de Louvain*, 68(4), 481.

Chassagnon, V. (2012). Pouvoir et coopération dans la firme et entre les firmes. *Socio économie du travail* (série AB d'Economies et Sociétés), 34, 1183-1210.

Chaumont, C. (2012). Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier. *Gestions hospitalières*, 512, 26-30.

Chauvin, F., Farsi, F., Ray-Coquard, I., Philip, T. (1998). Réseaux et filières. *Actualité et dossier en santé publique*, (25), 40‑46.

Chédotel, F. (2004). Avoir le sentiment de faire partie d'une équipe : de l'identification à la coopération. *M@n@gement*, 7(3), 161.

Chi, T. (1994). Trading in Strategic Ressources : Necessary Conditions, Transaction Cost Problems, and Choice of Exchange Structure. *Strategic Management Journal*, 15(4), 271-290.

Cheriet, F. (2007). Alliances stratégiques et relations inter- entreprises dans la recherche francophone en stratégie : Bilan des contributions de l'AIMS entre 1996 et 2006. *XVIème Conférence Internationale de Management Stratégique (AIMS).* Montréal.

Cheriet, F. (2009). *Instabilité des alliances stratégiques asymétriques : Cas des relations entre les firmes multinationales et les entreprises locales agroalimentaires en Méditerranée*. (Thèse de doctorat en Sciences de Gestion). Centre International d'Etudes Supérieures en Sciences Agronomiques, Montpellier.

Clark, S.-M., Gioia, D.-A., Ketchen, D., Thomas, J.B. (2010). Transitional identity as a facilitator of organizational identity change during a merger. *Administrative Science Quarterly*, 55, 397-438.

Claveranne, J.-P. et coll. (2009). La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. Dans P.-L. Bras, *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 447-454). Paris : Presses de Sciences Po « Hors collection ».

Clegg, S. (2006). *Power in organizations*. Thousand Oaks, London: Sage Publications.

Clément, J.-M. (2009). La saga des réformes hospitalières. *Revue générale de droit médical*, 30, 159-173.

Clert-Girard, P. (2005). Alliances entre PME/PMI industrielles – Bonnes pratiques -. Conférence « stratégies d'alliances – Partenariats dans les PME ».

Coase, R.-H. (1987). La nature de la firme. *Revue française d'économie*, 2(1), 133‑163.

Coeurderoy, R., Quélin, B. (1998). La théorie des coûts de transaction : fondements théoriques et implications managériales. Dans H. Laroche et J.-P. Nioche (Éds), *Repenser la stratégie: fondements et perspectives* (pp. 26-60). Paris: Vuibert.

Cohen M.-D., March J.-G., OIsen J.-P. (1972). A Garbage Can Model Of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly,* 17, 1-25.

Cohendet, P., Diani, M. (2003). L'organisation comme une communauté de communautés croyances collectives et culture d'entreprise. *Revue d'économie politique*, 113(5), 697.

Collins, T.-M., Doorley, T.-L., Bindel, G., Lévy, R.-H. (1992). *Les alliances stratégiques*. Paris: InterEditions.

Combe, E. (1998). Pourquoi les firmes s'allient-elles? : Un état de l'art. *Revue d'économie politique*, 108(4), 433‑476.

Com-Ruelle, L., Or, Z., Renaud, T. (2008). Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? Enseignements de la littérature. *Questions d'économie de la Santé*, 135.

Contandriopoulos, A.-P., Souteyrand, Y., Ministère du travail et des affaires sociales, Direction des hôpitaux. (1996). *L'hôpital stratège: dynamique locale et offre de soins*. Paris: John Libbey Eurotext.

Conner, K.-R., Prahalad, C.-K. (1996). A Resource-Based Theory of the Firm: Knowledge Versus Opportunism. *Organization Science*, *7*(5), 477‑501.

Cordier, M. (2008). *Hôpitaux et cliniques en mouvement - Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients*. Etudes et Résultats. Paris : DREES.

Coriat, B., Weinstein, O. (2010). Les théories de la firme entre «contrats» et «compétences». Une revue critique des développements contemporains. *Revue d'économie industrielle*, (129-130), 57–86.

Cormier, M. (2007). Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération à privilégier ? *Revue fondamentale des questions hospitalières*, 14, 353-390.

Courtial, J.-P. (1999). Réseau socio-cognitif. Dans R. Le Duff, G. Cliquet, et C. Vailhen (Éds.), *Encyclopédie de la gestion et du management: E.G.M.* (p. 1075).Paris: Dalloz.

Cour des comptes (2002). Les outils juridiques de la recomposition hospitalière. Dans Cour des comptes *(Éd.), Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale* (pp. 251-260).

Cour des comptes (2008). Les restructurations hospitalières. Dans cour des Comptes *(Éd.)*, *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale* (pp. 261-304).

Cour des comptes. (2011). Chapitre IX: Les coopérations hospitalières. Dans Cour des comptes (Éd.), *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale* (pp. 259-286).

Coutau-Bégarie, H. (2003). *Traité de stratégie*. Paris: Institut de stratégie comparée : Economica.

Crozet, P., Kaaniche, A., Lienard, J. (2011). Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. *Politiques et Management Public*, 26(2), 31‑52.

Crozier, M., Friedberg, E. (2014). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris: Seuil.

Cueille, S. (2002). Perceptions des acteurs et coopérations hospitalières. *11ème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique* (AIMS), Paris, 5-7juin.

Cueille, S. (2007). Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public. *Politiques et management public*, 25(4), 63‑80.

Dagnino, G.-B, Le Roy, F., Yami, S. (2007). La dynamique des stratégies de coopétition. *Revue française de gestion*, 176, 87-98.

Daniel, C., Delpal, B., Lannelongue, C. (2006). *Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris : IGAS.

David, A. (1999). Logique, épistémologie et méthodologie en science de gestion. *Conférence de l'AIMS*, mai, Ecole Centrale de Paris.

David, A. (2005). Etude de cas et généralisation scientifique. *Sciences de Gestion*, 39.

Davis, G.-F. (2010). Do Theories of Organizations Progress? *Organizational Research Methods,* 690-709.

Das, T.-K., Teng, B.-S. (2000). Instabilities of Strategic Alliances: An Internal Tensions Perspective. *Organization Science*, 11(1), 77‑101.

Das, T.-K., Teng, B.-S. (2002b). Alliance constellations: a social exchange perspective. *Academy of Management Review*, 27(3), 445-456.

Delas, A. (2011). L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques. *Hérodote*, 143(4), 89–119.

Denis, J.L., Langley, A., Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.

Depeyre, C. (2005). Retour sur la théorie des ressources. *Le Libellio d'Aegis*, 1, 9–14.

Desreumaux, A. (1999). Partenariat. Dans R. Le Duff, G. Cliquet, et C. Vailhen (Éds.), *Encyclopédie de la gestion et du management: E.G.M.* (pp. 889-890).Paris: Dalloz.

Desreumaux, A. (2005). *Théorie des organisations* (2e éd.). Colombelles France: Éditions EMS management & société.

Desreumaux, A. (2015). *Théorie des organisations* (3e éd.). Colombelles France: Éditions EMS management & société.

DiMaggio, P.-J., Powell, W.-W (1997). Le néo-institutionnalisme dans l'analyse des organisations. *Politix*, 10(40), 113-154.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2014). *Panorama des établissements de santé*. Collection Etudes et Statistiques. Paris : DREES.

Direction générale de l'offre de soins (2010). *Recensement annuel des groupements de coopération sanitaire : bilan au 30 juin 2010*. Paris : DGOS.

Direction générale de l'offre de soins (2012). *Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière*. Paris : DGOS.

Direction générale de l'offre de soins et Direction générale des affaires publiques (2011). *Fiche technique 2 : le GCS érigé en établissement de santé*. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2006). *L'hospitalisation et l'organisation des soins en France. Enjeux et perspectives. Données statistiques*. Paris : DHOS.

Documentation française (la) (2008). Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher. Consulté de : http://www.ladocumentationfrancaise.fr.

Dogimont, R. (2004). Groupement de coopération sanitaire : transcription juridique d'incertitude politique. *Gestions hospitalières*, 544, 12-17.

Domin, J.-P. (2010). Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009). *Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management,* 22 mars.

Domin, J.P. (2011). La « gouvernance » *Canada dry* ou la reprise en main de l'hôpital par une nouvelle bureaucratie gestionnaire. Dans B. Mas, F. Pierru, N. Smolski et R. Torielli (Éds.), *L'hôpital en réanimation* (pp. 103-111). Bellecombe-en-Bauges : Editions du Croquant.

Dortier, J.F. (2013). Quel savoir produisent les sciences humaines ? Dans T. Lepeltier (Éd.), *Histoire et philosophie des sciences* (pp. 230-239). Auxerre: Sciences humaines éditions.

Dosi, G., Teece, D.-J., Winter, S.-G. (1990), Les frontières des entreprises: vers une théorie de la cohérence de la grande entreprise, *Revue d'Économie Industrielle*, 51(1), 238-254.

Dosi, G., Marengo, L. (1994). Some elements of an evolutionary theory of organization competences. In R.W. England (Éd.), *Evolutionary concepts in contemporary economics* (pp. 157-178). The University of Michigan Press.

Doz, Y., Hamel, G., Prahalad, C.-K. (1989). Collaborate with your competitors – and win. *Harward Business Review*, 67(1), 133-139.

Doz, Y., Hamel, G. (2000). *L'avantage des alliances. Logiques de création de valeur*. Traduction de "The art of Creating Value through Partnering". Paris: Dunod.

Dubreuil, B. (2012). Pourquoi la coopération ne fonctionne pas toujours: Confiance, motivation et sciences cognitives. *Terrain*, (58), 82‑93.

Dumez, H. (2010). Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion ou que répondre à la question : « quelle est votre posture épistémologique ? ». *Le Libellio d' AEGIS*, 6(4), 3-16.

Dumond, J.-P. (2003). Les conflits de pouvoir à l'hôpital. *Les Tribunes de la santé*, 1(1), 71.

Dumoulin, R., Meschi, P.-X., Uhlig, T. (2000). Management, contrôle et performance des réseaux d'entreprises : étude empirique de 55 réseaux d'alliances. *Finance Contrôle Stratégie*, 3(2), 81 - 112.

Dupré, C. (1998). La recomposition de l'offre de soins. *Actualité et dossier en santé publique*, 28, 30-32.

Dussol, A. (1996). Réforme hospitalière: la fin d'une époque ? *Gestion Hospitalière*, 361, 735-745.

Dyer, J.-H., Singh, H. (1998). The relational view: Cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage. *Academy of Management Review*, 23(4), 660-679.

Ehlinger, S., Perret, V., Chabaud, D. (2007). Quelle gouvernance pour les réseaux territorialisés d'organisations ? *Revue française de gestion*, 33(170), 155-171.

Eisenhardt, K.-M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.

El Filali El Youssefi, M., Niosi, J.-E. (2000). Les alliances stratégiques entre les entreprises à l'ère de la mondialisation et du changement de paradigme technologique. *Cahiers du Crises*. Montréal : Crises.

El Ghozi, B. (2005). Réseau de santé et action professionnelle. Dans M.-H. Cabé (Éd.), *La santé en réseaux. Quelles innovations ?* (pp. 17-20). Sociologies Pratiques. Paris: PUF.

Escaffre, J.-P. (2001). Une organisation singulière : le réseau. *Acte du Séminaire du RECEMAP, Santé publique et management*, Université de Rouen, France.

Escaffre, J.-P. (2008). *Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers*. Paris: Économica.

Escaffre, J.-P., Quidu, F. (2012). Le concept de performance et les soins hospitaliers. *1er Congrès de l'Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé* (ARAMOS). Paris, 23 novembre.

Escaffre, J.-P. (2014). Conduite des organisations. Cours Master 2 SVE. Université de Rennes 1.

Escaffre, J.-P. (2014). Management et prospective. Cours Master 2 MIAGE. Université de Rennes 1.

Escofier, B., Pagès, J. (2008). *Analyses factorielles simples et multiples: objectifs, méthodes et interprétation*. Paris: Dunod.

Esnault, L. (1996). L'entreprise-réseau : une nouvelle frontière pour les managers ? Entreprise étendue et commerce électronique. *Colloque international de management des réseaux d'entreprise,* Ecole des HEC, Université de Lausanne, Suisse.

Fargeon, V. (1995). *La coopération inter-entreprise : analyse économique des nouvelles formes organisationnelles de l'hôpital*. (Thèse de Doctorat en Sciences Economiques). Université de Paris 1.

Favereau O. (1989). Marchés internes, marchés externes. *Revue Économique*, 40(2), 273-328.

Fayol, H. (1999). *Administration industrielle et générale* (2e édition). Paris : Dunod.

Fédération hospitalière de France (2009). *Loi HPST, mode d'emploi pour les hôpitaux publics et les établissements médico-sociaux*. Paris : Fédération hospitalière de France.

Fédération hospitalière de France (2010). *Atlas 2010 des coopérations. La stratégie de groupe des hôpitaux et établissements médico-sociaux publics*. Paris : Fédération Hospitalière de France.

Fédération Hospitalière de France (2011). *Boite à outils des coopérations*. POSMSAM. Consulté de http://www.fhf.fr. Rubrique offre de soins et qualité.

Fernandez, A.-S., Le Roy, F. (2010). Pourquoi coopérer avec un concurrent ? *Revue française de gestion*, 204, 155-169.

Fligstein, N. (2001). Social skill and the theory of fields. *Sociological theory*, 19(2), 105–125.

Forcioli, P. (2002). *Rapport du groupe d'Etude et de recherche sur les Regroupements et fusions d'Etablissements publics de Santé*. Paris : Fédération hospitalière de France.

Forget, P., Polycarpe, G. (1997). *Le réseau et l'infini: essai d'anthropologie philosophique et stratégique*. Paris: Institut de stratégie comparée : Economica.

Frattini, M.-O., Mino, J.-C. (2006). Les réseaux, un outil de recherche et développement au service de l'évolution du système de santé. *Santé Publique*, 18(3), 475.

Fray, A.-M. (2009). Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs. *Management & Avenir*, 28, 142-159.

Fréchet, M. (2004). *Prévenir les conflits dans les partenariats d'innovation*. FNEGE. Paris: Vuibert.

Fréry, F. (1997). La chaine et le réseau. Dans P. Besson (Éd.), *Dedans, dehors : les nouvelles frontières de l'organisation* (pp. 23-52). Paris: Vuibert.

Fréry, F. (1998). Les réseaux d'entreprises : une approche transactionnelle. Dans H. Laroche et J.P. Nioche (Éds.), *Repenser la stratégie: fondements et perspectives* (pp. 61-84). Paris: Vuibert.

Friedberg, E. (1997). La théorie des organisations et la question de l'anarchie organisée. Dans J. Chevallier (Éd.), *Désordre(s)*. Paris : PUF.

Froehlicher, T. (1996). *Eléments sur le management des coopérations interentreprises, une contribution à l'analyse en termes de configurations relationnelles*. (Thèse en Sciences de Gestion). Université de Nancy 2.

Fulconis, F., Solle, G. (1998). Organisations en réseau et pertinence du système comptable de gestion. *Actes du IIIe colloque international de management des réseaux d'entreprises*. Université du Québec, Montréal.

Fulconis, F. (2002). Les structures en réseau : archétype de design organisationnel pour de nouvelles formes de coordination interentreprises. *3ème Colloque International GREFIGE*, Nancy.

Gadreau, M., Jaffre, D., Lanciau, D. (1999). La recomposition en réseaux du système hospitalier. Entre contraintes, contrats et conventions. *Finance Contrôle Stratégie*, 2(4), 53-75.

Gallaud, D., Martin, M., Reboud, S., Tanguy, C. (2012). Proximités organisationnelle et géographique dans les relations de coopération : une application aux secteurs agroalimentaires. *Géographie, économie, société*, 14, 261-285.

Gambotti, M. (1991). *Recensement et bilan des formes de coopération inter-hospitalière*. Paris : Inspection générale des affaires sociales.

Garrette, B. (1989). Actifs spécifiques et coopération : une analyse des stratégies d'alliance. Revue d'économie industrielle, 50(1), 15‑31.

Garrette, B., Dussauge, P. (1995). *Les stratégies d'alliance*. Paris: Eds d'Organisation.

Gaudron, G. (2006). L'économie des organisations. Nouvelle édition entièrement refondue et mise à jour (C.Ménard). *Management International*, 10(2), 101-104.

Geindre, S., Dussuc, B. (2012). Capital social, théorie des réseaux sociaux et recherche en PME : une revue de la littérature. *Actes du 11ème congrès CIFEPME* (Congrès International francophone en entrepreneuriat et PME), Brest, 2 novembre.

Génelot, D. (2001). *Manager dans la complexité: réflexions à l'usage des dirigeants*. Paris : Insep (Ed).

Georghiu, M., Moatty, F. (2007). Coopération et délégation du travail en milieu hospitalier. Contribution au rapport du groupe de travail présidé par M. Elbaum « *enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé* ». Paris : Haute Autorité en Santé.

Gereffi, G., Humphrey, J., Sturgeon, T. (2005). The governance of global value chains. Review of International Political Economy, 12(1), 78‑104.

Gervais, M. (2003). *Stratégie de l'entreprise* (5e éd.). Paris: Economica.

Ghertman, M. (2000). L'approche fondée sur les coûts de transaction. Dans J.-L. Arrègle, E. Cauvin, M. Ghertman, B. Grand, et P. Rousseau (Éds.), *Les nouvelles approches de la gestion des organisations* (pp. 85-130). Paris: Economica.

Ghertman, M. (2006). Oliver Williamson et la théorie des coûts de transaction. *Revue française de gestion*, 160, 191-213.

Ghoshal, S. (2005). Bad management theories are destroying good management practice. Academy Management Learning & Education, 4, 75-91.

Ghozzi, H. (2008). L'approche par les ressources et les compétences en tant que théorie de la firme: apports, limites et aménagements nécessaires. *XVIIème Conférence Internationale de Management Stratégique* (AIMS).

Ghribi, S. (2010). Principes de bonne gouvernance et succès des Partenariats Public-Privé : le cas de la sous-traitance. *XIXème Conférence Internationale de Management Stratégique*. Luxembourg, 1-4 juin**.**

Gianfaldoni, P., Guilhon, B. (1996). Coopération industrielle et théorie de la firme réseau: une perspective historique et spatiale. Dans J. Ravix (Éd.), Coopération entre les entreprises et organisation industrielle (pp. 141-170). Paris: CNRS.

Gibbons, R. (2005). Incentives between firms (and within), *Management Science*, 51, 2-17.

Glaser, B.-G. (1995). Grounded theory 1984-1994, volume 1. Mill Valley. CA: Sociology press.

Glouberman, S., Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation. Health Care Management Review, 26(1), 56–69; discussion 87–89.

Godet, M. (1997). *Manuel de prospective stratégique*. Paris: Dunod.

Grandval, S., Hikmi, A. (2005). L'apport de la théorie des jeux à la démarche d'analyse stratégique. *Vie & sciences de l'entreprise*, (3)6, 168-169.

Granovetter, M.-S. (1985). Economic action et social structure : problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 491 – 510.

Granovetter, M.-S. (2000). *Le marché autrement: les réseaux dans l'économie*. Paris: Desclée de Brouwer.

Grant, R. M. (1991). The Resource-based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation. California Management Review, University of California, 114-135.

Grémy, F. (1996). Les 19 ingrédients d'un réseau de soins coordonnés. Dossier Réseau de santé et filières de soins. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 24, 26-29.

Grossetti, M. (2004). Concentration d'entreprises et innovation : esquisse d'une typologie des systèmes productifs locaux. *Géographie, économie, société*, 6(2), 163‑177.

Guerrien, B. (2002). *La théorie des jeux* (3ème édition). Paris : Economica.

Gulati, R. (1995). Does familiarity breed trust ? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. *Academy of Management Journal*, 38(1), 85‑112.

Guillouzo, R. (1996). Les stratégies de coopération dans l'industrie informatique. Une lecture en termes de portefeuilles d'accords. (Thèse de doctorat en Sciences de Gestion). Université de Rennes 1.

Guillouzo, R., Thépaut, Y. (2004). Une interprétation de la coopération inter entreprise en termes de pouvoir informationnel. La *Revue Des Sciences de Gestion,* 206, 20.

Guillouzo, R., Thenet, G. (2007). Management du portefeuille d'alliances et performance innovatrice de la firme: Une étude exploratoire à partir du cas de l'industrie informatique. *Revue des Sciences de Gestion*, 224-225(2), 131.

Guo, C., Acar, M. (2005). Understanding Collaboration Among Nonprofit Organizations: Combining Resource Dependency, Institutional, and Network Perspectives. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 34(3), 340‑361.

Haas, S., Vigneron, E. (2008). *Les villes moyennes et la santé*. Paris: la Documentation française.

Haas, S., Vigneron, E. (2009). *10 ans de recompositions hospitalières en France*. Rapport DEXIA. Paris : Nouvelle Fabrique des Territoires.

Häkansson, H. (1993). Networks as a mechanism to develop resources. In P. Beije, J. Groenewegen, O. Nuys (Éds.), *Networking in Dutch Industry* (pp. 207-223). Leuven/Apeldoorn: Garant.

Haeringer, G. (2003). Sur la coopération dans les jeux non coopératifs. *Revue d'économie industrielle*, 103, 175-190.

Haehmel, P., Desehu, E. (1996). Problèmes éthiques et réseaux. Dossier Réseau de santé et filières de soins. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 24, 45-46.

Hardy, J. (2013). *Droit des coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales*. Rueil-Malmaison: Lamy.

Hatchuel, A. (2000). Quel horizon pour les sciences de gestion ? vers une théorie de l'action collective. Dans A. David, A. Hatchuel et R. Laufer (Éds.), *Les nouvelles fondations des sciences de gestion, éléments d'épistémologie de la recherche en management* (pp. 7-43). Paris : Vuibert.

Heitz, M., Douard, J.-P. (2001). Les critères de performance dans différents types de réseaux d'entreprise : éléments de réflexion. *22 e Congrès de l'AFC*. Université de Metz, 17-19 mai.

Hennart, J.-F. (1988). A transaction costs theory of equity joint ventures. *Strategic Management Journal*, 9(4), 361–374.

Hennart, J.-F., Zeng, M. (2002). Cross Cultural differences and joint venture longevity. *Journal of International Business Studies*, 3(4), 699-716.

Hesse, C., Maymil, V., Le Taillandier de Gabory, V. (2011). *Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociales*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Paris : IGAS.

Hirtzlin, I. (1999). La coopération entre organisations comme indicateur de la performance publique : exemple du secteur de la santé. *Politiques et management public*, 17(3), 107‑127.

Hlady-Rispal, M. (2002). *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*. Bruxelles : De Boeck Université.

Huault, I. (2002). *La construction sociale de l'entreprise autour des travaux de Mark Granovetter*. Colombelles: Ed. EMS, management & société.

Huet, F., Lazaric, N. (2008). Capacités d'absorption et d'interaction: une étude de la coopération dans les PME françaises. *Revue d'économie industrielle*, (121), 65–84.

Husser, P.-J. (2009). La théorie des conventions : quelle logique organisationnelle ? Vie & sciences de l'entreprise, 182(2), 75.

Ibert, J. (2002). De la concurrence au conflit irréductible : dynamiques économiques et psychosociologiques. Dans F. Le Roy (Éd.), *La concurrence : entre affrontement et connivence* (pp. 27-62). Paris : Vuibert.

Imai, k., Itami, H. (1984). Interpretation of organization and market, japan's firms in comparison with the U.S. *International journal of industrial organization*, 2, 285-310.

Ingham, M. (1993). Approche stratégique des alliances internationales. *Gestion 2000*, 5, 97 - 129.

Ingham, M. (1994). L'apprentissage dans les coopérations. *Revue Française de Gestion*, 1-2, 105-121.

Inkpen, A.-C., Tsang, E.-W.-K. (2005). Social Capital, Networks, and Knowledge Transfer. *Academy of Management Review*, 30(1), 146‑165.

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (2010). *Historique des réformes hospitalières en France*. Pôle documentation de l'Irdes. Consulté de http://www.irdes.fr.

Jaffre, D. (2009). La coopération inter-hospitalière au bout de 40 ans: un constat en demi-teinte. *Objectif soins*, 181, 14‑17.

Jemison, D. (1986). Strategic capability transfer in acquisition integration. *INSEAD Working Paper*.

Jensen, M.-C., Meckling W.-H. (1976). Theory of The Firm : Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, 3, 305-360.

Joffre, P. (1999). L'économie des coûts de transaction ou le marché de l'entreprise à la fin du XXe siècle. Dans G.Koenig (Éd.), *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXIe siècle* (pp. 143-170). Paris : Economica.

Joffre, P., Montmorillon (de), B. (2001). Théories institutionnelles et management stratégique. Dans A.-C. Martinet et R.-A. Thietard (Éds.), *Stratégies : actualité et futurs de la recherche* (pp. 229-248). Paris: Vuibert.

Jolly, D. (2001). *Alliances interentreprises: entre concurrence et coopération*. Paris: Vuibert.

Josserand, E. (2001). *L'entreprise en réseau*. Paris: Vuibert : Institut Vital Roux.

Kale, P., Singh, H. (2009). Managing strategic alliances: What do we know now, and where do we go from here? *Academy of Management Perspectives*, 23(3), 45-62.

Karray, Z. (2003). Compétences pour innover et coopérations technologiques - Une analyse multivariée de l'industrie française. *Revue d'économie industrielle*, 102, 29-53.

Keller, C., Louazel, M. (2013). Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? *Revue de droit sanitaire et social*, 4, 687-699.

Kerleau, M. (2001). Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales (États-Unis, Royaume-Uni, Québec). *Revue française des affaires sociales*, 2, 59-78.

Ketata, N., Kettani, O., Poulin, D. (2000). *Les déterminants de l'avantage concurrentiel de l'entreprise réseau*. Centre de recherche sur les technologies de l'organisation réseau.

Québec: Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval, Direction de la recherche.

Koleva, G., Thrane, S., Mouritsen, J. (2002). Alliances, Joint Ventures, Networks: A Comparison. Consulté de http://www.winoomes.com/ireading/alliances-joint-ventures-networks-a-comparison-qSIe.html.

Koenig, G. (1993). Evitement. Dans J.-C. Tarondeau, et C. Huttin (Éds.), *Dictionnaire de stratégie d'entreprise* (pp. 90-91), 2ème édition. Paris: Vuibert.

Koenig, G. (1999). *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXIe siècle*. Paris: Économica.

Koenig, G. (2004). *Management stratégique, projets, interactions et contextes*. Paris: Dunod.

Koenig, G. (2006). Théories mode d'emploi. *Revue Française de Gestion*, 32(160).

Laffont, J.-J. (2006). À propos de l'émergence de la théorie des incitations. *Revue française de gestion*, 32(160), 177‑190.

Lalande, F., Scotton, C., Bocquet, P.-Y., Bonnet, J.L. (2012). *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?* Paris : IGAS.

Larose, D. (2009). La CHT: nouvel ornithorynque juridique. *Revue Hospitalière de France*, 530, 20-24.

Larson, A. (1992). Network dyads in entrepreneurial settings : A study of the governance of exchange relationships. *Administrative Science Quarterly*, 37, 76-104.

Laude, L., Louazel, M. (2013). Analyse des fusions hospitalières sur longue période : un changement institutionnel. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 31(2-3), 93-106.

Launois, R. (1981). La théorie de la bureaucratie à l'hôpital. Dans J.P. Deschamps (Éd.), *Conceptions, mesures et actions en santé publique* (pp. 625-652). Paris : Editions de l'INSERM.

La Ville (de), V.-I. (2000). La recherche idiographique en management stratégique: une pratique en quête de méthode? *Finance contrôle stratégie*, 3(3), 73–99.

Leflaive, X. (2011). *Repenser l'entreprise et la gestion: un enjeu de société*. Paris : Economica,

Legault, A. (2000). Alliances militaires. Dans T.Montbrial (de) et J. Klein (Éds.), *Dictionnaire de stratégie* (pp. 13-20), 1ère édition. Paris: Presses Universitaires de France.

Leibenstein, H. (1978). On the Basic Proposition of X-Efficiency Theory. *The American Economic Review*, 68(2), 328-333.

Leiblein, M.-J. (2011). What Do Resource-and Capability-Based Theories Propose? *Journal of Management*, 37(4), 909–932.

Le Pogam, M.-A., Luangsay-Catelin, C., Notebaert, J.-F. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, 25(5), 116.

Le Roy, F. (2002). *La concurrence : entre affrontement et connivence*. Paris: Vuibert.

Le Roy, F. (2003). Processus d'intégration et logiques de reconfiguration organisationnelle dans les fusions acquisitions. *12ème Conférence Internationale de Management stratégique*.

Levasseur, G. (2002). Réseaux et éducation du patient : des conditions préalables à l'action. *Education et enjeux de santé*, 21(4), 110-113.

Leyreloup, A.-M. (2004). Réseau de santé ou santé en réseau ? *Vie sociale et traitements*, 81, 20-22.

Lewis, D. (2002). *Convention: a philosophical study*. Oxford: Blackwell.

Licata, L. (2007). La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'auto-catégorisation: le Soi, le groupe et le changement social. *Revue électronique de psychologie sociale*, 1, 19–33.

Likert, R. (1967). *The human organization: its management and value*. Université du Michigan : McGraw-Hill.

Lounnas, R. (2004). *Théorie des institutions et applications aux organisations*. Cahier de Recherche, 4(1).

Macaulay, S. (1963). Non contractual relations in business: a preliminary study, *American Sociological Review*, 45, 151-175.

Mahyaoui, Y. (2003). *Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins*. (Thèse de doctorat en systèmes de soins hospitaliers). Université Paris VII Denis Diderot.

Makhloufi, I., Saadi, J., Hiki, L.-E., Hassani, A.-E. (2013). Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg: cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid. *Santé Publique*, 24(6), 573–585.

Marchesnay, M. (2004). L'Economie et la Gestion sont-elles des sciences ? *Économie rurale,* 283-284, 85-91.

Martinet, A.-C. (1983). Les stratégies de filières. Dans A.-C. Martinet (Éd.), *Stratégie* (pp. 182-188). Paris : Vuibert.

Mathy, C. (2000). *La Régulation hospitalière*. Paris: Economica : Médica éd.

Marty, F., Trosa, S., Voisin, A. (2006). *Les partenariats public-privé*. Paris: Découverte.

Mayrhofer, U. (2007). Les rapprochements d'entreprises : perspectives théoriques et managériales. *Management & Avenir*, 14, 81-99.

McKinley, W., Wood, M.-S., Moon, G. (2011). Low Heed in Organization Theory. *M@n@gement*, 14, 154-181.

Meier, O. (2009). *Stratégies de croissance fusions-acquisitions, alliances stratégiques, développement interne*. Paris: Dunod.

Ménard, C. (1997). Le pilotage des formes organisationnelles hybrides. *Revue économique*, 48(3), 741-750.

Ménard, C. (2003). L'approche néo-institutionnelle: des concepts, une méthode, des résultats. *Cahiers d'économie politique*, (1), 103–118.

Ménard, C. (2012). *L'économie des organisations*. Paris: la Découverte.

Meschi, P-X. (2006). Réseaux inter-organisationnels et survie des alliances. *Revue française de gestion*, (5), 33‑53.

Meschi, P-X. (2009). Les alliances entre grandes entreprises : le cas des joint ventures. Dans O. Meier (Éd.), *Stratégies de croissance fusions-acquisitions, alliances stratégiques, développement interne* (pp. 109-126). Paris: Dunod.

Messeghem, K. (2003). Pour une lecture néo-institutionnelle des relations entre PME et grande distribution. *Actes du colloque* Etienne Thil, La Rochelle.

Michalet, C.-A. (1988). Les accords inter-firmes internationaux: un cadre pour l'analyse. Dans R. Arena, L. Benzoni, J. De Bandt, et *al.* (Éds.), *Traité d'Economie Industrielle* (pp. 278-290). Paris : Economica.

Miles, M.-B., Huberman, A.-M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck université.

Miles, R., Snow, C. (1986). Organizations: new concepts for new forms. *California Management Review*, 28(2), 68-73.

Miles, R., Snow, C., Coleman, H.J., Jr. (1992). Managing 21st century network organizations. *Organizational Dynamics,* 20(3), 5– 21.

Mintzberg, H. (2003). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Edition d'Organisation.

Mintzberg, H. (2004). *Le management: voyage au centre des organisations*. Paris: Éditions d'Organisation.

Minvielle, E., Contandriopoulos, A.-P. (2004). La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière? *Revue française de gestion*, 30(150), 29‑53.

Minvielle, E., Baret, C., Nobre, T. (2012). Tendances sur les travaux de recherche en gestion dans le domaine de la santé : Colloque ARAMOS. *Journal de gestion et d'économie médicale*, 7(30), 415-417.

Minvielle, E., Galopel-Morvan, K., Ollivier, R. (2014). Intérêt de la recherche en management dans la gestion des hôpitaux. Dossier Recherche et Management. *Soins Cadres*, 89, 30-34.

Mitchell, W., Dussauge, P., Garrette, B. (2002). Formation et gouvernance des alliances entre concurrents. Une approche par les ressources. *XIème conférence de l'AIMS* : Paris, 5-7 juin.

Moisdon, J.-C., Tonneau, D. (1996). Concurrence et complémentarité : stratégie de l'hôpital et de sa tutelle. Dans A.-P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand (Éds.), *L'hôpital stratège* (pp. 21-46). Paris : John Libbey Eurotext.

Moisdon, J.-C. (2012). Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation. *Droit et société*, 1, 91–115.

Moisdon, J.-C. (2013). Une histoire de la T2A. *Journal de gestion et d'économie médicale*, *31*(2), 107.

Molinié, E. (2005). *L'hôpital public en France : bilan et perspective*. Etude du Conseil économique et social présentée par M. Éric Molinié au nom de la section des affaires sociales, 21 juin.

Monin, P. (2002). Vers une théorie évolutionniste réaliste des alliances stratégiques. *Revue Française de Gestion*, 28(139), 49-71.

Montbrial (de), T. (2000). Dissuasion. Dans T. de Montbrail et J. Klein (Éds.), *Dictionnaire de stratégie* (pp. 189-192), 1ère édition. Paris: P.U.F.

Montbrial (de), T. (2000). Stratégie. Dans T. de Montbrial et J. Klein (Éds.), *Dictionnaire de stratégie* (pp. 527-542), 1ère édition. Paris : P.U.F.

Montmorrillon (de), B. (1989). La croissance contractuelle. *Revue Française de Gestion*, 77, 97-106.

Montmorrillon (de), B. (1999). Théorie des conventions, rationalité mimétique et gestion de l'entreprise. Dans G. Koenig (Éd.), *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXIe siècle* (pp. 171-198). Paris: Économica.

Morer, M. (2003). Stratégies de coopération fiscale horizontale entre collectivités locales de même taille : une analyse fondée sur la théorie des jeux. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, 1, 83-102.

Morgenstern, O., Von Neumann, J. (1953). *Theory of Games and Economic Behavior* (3e éd). Princeton: PUP.

Moro, F. (2012). Les dernières réformes de la coopération sanitaire. Analyse critique de la tentative de généralisation du groupement de coopération sanitaire. *Revue droit & santé*, 48, 467-476.

Mossé, P. (2000). Les restructurations hospitalières : quels référents, pour quels compromis ? *Document de travail* pour le séminaire ATES N° 5, Dijon.

Mougeot, M. (1986b). Régulation des dépenses de santé et décentralisation des décisions. *Revue d'économie politique*, 96(4), 359-383.

Mouline, A. (1999). Les accords de coopération interentreprises dans les technologies de l'information, nouveaux apports qualificatifs et quantitatifs. *Revue d'économie industrielle*, 89, 85-106.

Naiditich, M., Bourgueil, Y., Develay, A., et *al.* (2000). Apports potentiels des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins. *Perspective soignante*, 9, 6-28.

Nakache, J.-P., Confais, J. (2005). *Approche pragmatique de la classification*. Paris : Technip.

Nalebuff, B.-J., Brandenburger, A. (1996). *Co-opétition: une révolution dans la manière de jouer concurrence et coopération*. Paris: Village mondial.

Nardot, C. (2005) : Le concept de confiance : Quel intérêt pour l'enseignement en STG et STS? Consulté de http ://www.creg.ac-versailles.fr.

Nelson, R.-R., Winter, S.-G. (1982). *An evolutionary theory of economic change*. Cambridge, Mass.: Belknap Press of Harvard University Press.

Nobre, T. (1999). L'hôpital: le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. *20ème Congrès de l'AFC*.

Nobre, T., Merdinger-Rumpler, C. (2002). Quelle métamorphose pour l'hôpital ? *Actes du 2ème colloque « la métamorphose des organisations »*, Vittel, 1-17.

Nobre, T., Baret, C. (2011). Chercheurs en Gestion : Acteurs de la transformation des organisations de santé ? *Journal de gestion et d'économie médicales*, 1(29), 3-4.

Nonaka, I., Von Krogh, G. (2009). Perspective—Tacit Knowledge and Knowledge Conversion: Controversy and Advancement in Organizational Knowledge Creation Theory. *Organization Science*, *20*(3), 635‑652.

Nooteboom, B. (2004). Governance and competence: how can they combined ? *Cambridge journal of economics*, 28(4), 505-525.

Okura, (2007). Coopetitives strategies of Japonese Insurance firm. *International Studies of Management & Organization*, 37(2), 53-60.

Oliver, C. (1990). Determinants Of Interorganizational Relationships: Integration and Future Direction. *The Academy of Management Review*, 15(2), 241- 265.

Oliver, C. (1991). Strategic responses to institutional processes. *Academy of management review*, 16(1), 145–179.

Oliver, A.-L., Ebers, M. (1998). Networking network studies: an analysis of conceptual configurations in the study of inter-organizational relationships. *Organization studies*, 19(4), 549–583.

Orange, G. (1999). Impartition. Dans R. Le Duff, G. Cliquet, et C. Vailhen (Éds.), *Encyclopédie de la gestion et du management: E.G.M.* (pp. 461-462).Paris: Dalloz.

Pache, G. (2005). Initier une coopération logistique et mercatique: Entre industriels et distributeurs, ou la nécessaire politique des « petits pas ». *Revue des Sciences de Gestion*, 214-215(4), 177.

Pache, G., Paraponaris, C. (2006). L'entreprise en réseau: approche intra et inter organisationnelle. *Les éditions de l'ADREG*. Consulté de http://www.infotheque.info/cache/9113/asso.nordnet.fr.

Parkhe, A. (1993). Strategic alliance structuring: a game theoric and transaction cost examination of interfirm cooperation. *Academy of Management Journal*, 36(4), 794‑829.

Pasteau, S. (2008). *Un nouvel hôpital à Rochefort: la première pierre d'un pôle de santé public-privé ?* (Mémoire de directeur d'hôpital). Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes.

Pauget, B., Wald, A. (2013). Relational competence in complex temporary organizations: The case of a French hospital construction project network. *International Journal of Project Management*, 31(2), 200‑211.

Paul, C., Rolland, J-.M. (2011). *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales sur la mise en application de la loi HPST*. Consulté de http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3265.pdf.

Peillon, S. (2001). *Le pilotage des coopérations interentreprises : le cas des groupements de PME*. (Thèse de doctorat en économie). ENSM, Université Jean Monnet - Saint-Etienne.

Penrose, E.-T. (1959). *The Theory of the Growth of the Firm.* Wiley.

Perret, V., Séville, M. (2007). Fondements épistémologiques de la recherche. Dans R.-A. Thiétart (Éd.), *Méthodes de recherche en management* (pp. 13-33). Paris : Dunod.

Pertusa-Ortega, E.-M., Molina-Azorín, J.-F., Claver-Cortés, E. (2010). Competitive strategy, structure and firm performance: A comparison of the resource-based view and the contingency approach. *Management Decision*, 48(8), 1282‑1303.

Pesqueux, Y. (2009). Un modèle organisationnel en « confiance-coopération ». *Management & Avenir*, 21(1), 261.

Pfeffer, J., Salancik, G.-R. (2003). *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. Stanford, Calif.: Stanford Business Books.

Pierru, F. (2000). L'hôpital est-il une entreprise ? *Problèmes économiques*, 2.646, 4-11.

Piovesan, D. (2003). *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolution ou métamorphose ?* (Thèse de doctorat en Sciences de Gestion). Université Jean Moulin – Lyon 3.

Plociniczak, S. (2002). *Forme hybride et réseaux: une relecture structurale de la thèse williamsonienne de "la transformation fondamentale*. Working Paper CEPN.

Poirier, L. (1982). *Essais de stratégie théorique*. Paris : Institut de stratégie comparée.

Porter, M.- E. (2003). *L'avantage concurrentiel*. Paris: Dunod.

Posnett, J. (1999). Is Bigger Better ? Concentration in the Provision of Secondary Care. *British Medical Journal*, 319(7216), 1063-1065.

Powell, W.-W. (1990). Neither market nor hierarchy: network forms of organization. *Research in Organizational Behaviour*, 12, 295-336.

Prahalad, C.-K., Hamel, G. (1990). The core competence of the corporation. *Haward Business*, may-june, 79-91.

Prévot, F., Brulhart, F., Guieu, G., Maltese, L. (2010). Perspectives fondées sur les ressources. Proposition de synthèse. *Revue française de gestion*, 36(204), 87‑103.

Puthod, D., Thévenard-Puthod, C. (2006). Coopération, tensions et conflit dans un réseau d'innovation construit autour d'une PME. *Revue française de gestion*, 32(164), 181‑204.

Quélin, B. (2002). *Les frontières de la firme*. Paris: Economica.

Rault-Doumax, P. (2005). *Etablissements de soins publics et privés: Y-a-t-il un avenir au partenariat hôpital-clinique ?* Paris : L'Harmattan.

Rallet, A., Torre, A. (2004). Proximité et localisation. *Économie rurale*, 280(1), 25–41.

Raulet-Croset, N. (1999). Processus de structuration et émergence de la coopération. Dans T. Froehlicher, S. Vendemini (Éds.), *Connivences d'acteurs, contrats, coopération inter-entreprises et métamorphose des organisations* (pp. 225-240). Bar-Le-Duc : Presses Universitaires de Nancy.

Ravix, J. (1996). *Coopération entre les entreprises et organisation industrielle*. Paris: CNRS.

Richardson, G.- B. (1972). The Organisation of Industry. *The Economic Journal*, *82*(327), 883.

Riopel, M. (2013). Epistémologie et enseignement des sciences. Article sur le site de l'auteur : http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.rim.epi.

Rojot, J., Bergmann, A. (1989). *Comportement et organisation: comportement organisationnel et théorie des organisations*. Paris: Vuibert.

Rojot, J. (1997). Relations industrielles. Dans Y. Simon et P. Joffre (Éds.), *Encyclopédie de gestion* (2ème édition) (pp. 2865-2885). Paris : Economica

Rojot, J. (2005). *Théorie des organisations*. Paris : Eska.

Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations: approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Routelous, C. (2011). Les partenariats publics-privés comme outil de rationalisation de l'offre hospitalière. *Congrès de l'Association française de sociologie*, Grenoble, France.

Routelous, C., Vedel, I., Lapointe, L. (2011). Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? *Management & Avenir*, 47(7), 147.

Royer, I., Zarlowski, P. (2007). Le design de la recherche. Dans R.-A. Thiétart (Éd.), *Méthodes de recherche en management* (pp. 139-168). Paris : Dunod.

Salais, R., Storper, M. (1993). *Les mondes de production, enquête sur l'identité économique de la France.* Paris : Editions de l'EHESS.

Sanni-Yaya, H. (2005). Les partenariats privé-public comme nouvelle forme de gouvernance et alternative au dirigisme étatique: ancrages théoriques et influences conceptuelles. *La Revue de l'innovation: La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 10(3).

Santos, F.-M., Eisenhardt, K.-M. (2005). Organizational Boundaries and Theories of Organization. Organization Science, 16(5), 491-508.

Saussois, J.M. (1997). L'entreprise à l'épreuve du dehors et du dedans. Dans P. Besson (Éd.), *Dedans, dehors : les nouvelles frontières de l'organisation* (pp. 23-52). Paris: Vuibert.

Sauviat, I. (2003). Les réseaux de soins ou la légitimité d'une voie de modernisation hospitalière tentant d'allier situation de service coproduite et situation de gestion coopérative. *XIème colloque international de la Revue Politiques et Management Public.*

Sauvignat, P. (2012). Etablissements et services. A l'épreuve de la performance. *Direction(s)*, (95), 25‑27.

Schmidt, C. (2001). *La théorie des jeux: essai d'interprétation*. Paris: Presses universitaires de France.

Schweiger, D., Weber, Y. (1989). Strategies for Managing Human Resources during mergers and acquisitions: An Empirical Investigation. *Human Resource Planning*, 12(2), 69-87.

Schweyer, F.-X. (2006). L'hôpital, une transformation sous contrainte. Hôpital et hospitalier dans la revue. *Revue Française des Affaires sociales*, 4(4), 203-223.

Scott, W.-R. (2004). Reflections on a Half-Century of Organizational Sociology. *Annual Review of Sociology*, 30(1), 1‑21.

Scott, W.-R., Davis, G.-F. (2007). *Organizations and organizing: rational, natural, and open system perspectives*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall.

Sennett, R. (2014). *Ensemble. Pour une éthique de la coopération*. Paris : Albin Michel.

Serré, M. (2002). De l'économie médicale à l'économie de la santé: Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143(1), 68–79.

Stervinou, S., Legrand, C. (2008). Etapes clés du développement d'un réseau d'entreprises : proposition d'une grille d'analyse, *Management International*, 13(1), 61-74.

Tajfel, H., Turner, J.-C. (2004). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In *Political psychology: Key readings*. New York, US: Psychology Press.

Tanguy, H. (2009). La valse de la recomposition hospitalière. *Gestions Hospitalières*, 10(489), 469-470.

Tarondeau, J.-C., Huttin, C. (2006). Affrontement. Dans J.-C. Tarondeau, et C. Huttin (Éds.), *Dictionnaire de stratégie d'entreprise* (p. 6), 2ème édition. Paris: Vuibert.

Tarondeau, J.-C., Huttin, C. (2006). Groupe. Dans J.-C. Tarondeau, et C. Huttin (Éds.), *Dictionnaire de stratégie d'entreprise* (pp. 104-105), 2ème édition. Paris: Vuibert.

Tarondeau, J.-C., Huttin, C. (2006). Structure informelle. Dans J.-C. Tarondeau, et C. Huttin (Éds.), *Dictionnaire de stratégie d'entreprise* (p. 6), 2ème édition. Paris: Vuibert.

Teece, D.-J. (2007). Explicating dynamic capabilities: the nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. *Strategic Management Journal*, 28(13), 1319‑1350.

Thoenig, J.-C. (2013). Gouvernance organisationnelle et transformation des disciplines. *Document de travail*. Consulté de : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00870739.

Thompson, A.-A., Strickland, A.-J. (2003). *Strategic Management: Concepts and Cases*, 13th edition. New York: McGraw-Hill.

Thuillier, J.-P. (1999). Réseaux de firmes. Dans R. Le Duff, G. Cliquet, et C. Vailhen (Éds.), *Encyclopédie de la gestion et du management: E.G.M.* (pp. 1076-1077). Paris: Dalloz.

Timsit, J.-P. (2009). De la croissance de la firme selon une approche interne : génération, acquisition et combinaison de ressources. Dans O. Meier (Éd.), *Stratégies de croissance fusions-acquisitions, alliances stratégiques, développement interne* (pp. 47-60). Paris: Dunod.

Tjosvold, D., Sun, H.-F. (2001). Effects of influence tactics and social contexts in conflict: an experiment on relationship in Asia. *The International Journal of Conflict Management*, 12(3), 239-258.

Torelli, H.-B. (1986). Networks: Between Markets and Hierarchies. *Strategic Management Journal,* 7, 37-51.

Torre, A., Rallet, A. (2005). Proximity and localization. *Regional Studies*, 39(1), 47-59.

Trabelsi, K. (2007). La confiance : la « plate-forme » de l'alliance stratégique. *Management & Avenir*, 14(4), 25.

Triki, D. (2010). La question controversée de la performance dans les joint ventures internationales : Une revue de la littérature. *Colloque Franco-Tchèque*, Juin, France.

Vermeulen, G.- A.-M., Barkema, H.-G. (2001). Learning through acquisitions. *Academy of Management Journal*, 44(3), 457‑476.

Vichi, M., Saporta, G. (2009). Clustering and Disjoint Principal Component Analysis. Computational Statistics & Data Analysis, 53(8), 3194-3208.

Vilbrod, A., Douguet, F. (2007). Les infirmières libérales et les autres professionnels du secteur sanitaire et social : une coopération jamais acquise, toujours à construire et à reconstruire. *Solidarité et Santé*, Hors-série, 51-64.

Viñas, E. (1996). Quatre aspects de la coopération : les aspects financiers. Dans *Les hôpitaux confrontés aux exigences du S.R.O.S.S. : Coopérer pour vivre*. *48èmes journées du GERHNU*, Fleyming - Merbelach, 17-18 mai.

Voisin, C., Ben Mahmoud Jouini, S. et Edouard, S. (2004). *Les réseaux : dimensions stratégiques et organisationnelles*. Paris : Economica.

Wacheux, F. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Paris: Economica.

Walsh, J.-P., Meyer, A.-D., Schoonhoven, C.-B. (2006). A Future for Organization Theory: Living in and Living with Changing Organizations. *Organization Science*, 17(5), 657‑671.

Walter, J. (2005). *Collaboration within and between firms: Network structures, decision processes, and their impact on alliance performance*. University of St. Gallen.

Wasmer, E. (2010). Théorie des jeux : concepts fondamentaux. Dans E. Wasmer (Éd.), *Principes de microéconomie* (pp. 358-380). Paris : Pearson Education France.

Weber, M. (1971). *Economie et société*. Paris : Plon.

Weppe, X., Warnier, V., Lecocq, X., Fréry, F. (2013). Quand les postulats d'une théorie induisent de mauvaises pratiques : la « théorie des ressources » selon J.B. Barney. *Revue française de gestion*, 228-229, 253-268.

Wernerfelt, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic management journal*, 5(2), 171–180.

Williamson, O.-E. (1983). *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications : a study in the economics of internal organization*. New York; London: Free Press ; Collier Macmillan.

Williamson, O.-E. (1991). Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. *Administrative Science Quarterly*, 36(2), 269.

Williamson, O.-E. (2008). Outsourcing: Transaction cost economics and supply chain management. *Journal of supply chain management*, 44(2), 5–16.

Wintrobe, R., Breton, A. (1986). Organizational Structure and Productivity. *American Economic Review*, 76(3).

Woodward, J. (1980). *Industrial organization: theory and practice* (2d Edition). New York: Oxford University Press.

Yin, R.-K. (2012). *Applications of Case Study Research* (3rd Edition). Thousand Oaks (CA): Sage Publications.

Young, L., Wilkinson, I. (1997). The space between: Towards a typology of interfirm relations. *Journal of Business Marketing*, 4(2), 53-97.

Zajac, E.-J., D' Aunno, T.-A., Burns, L.-R. (2000). Managing strategic alliances. In S.-M. Shortell, A.-D. Kalu zny (Éds.), *Health care management: organization design and behavior* (pp. 307-329).

Zardet, V., Fièr, D., Savall, H., Petit, R. (2011). Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. *Journal d'Economie Médicale*, 29(6-7), 277-293.

Zineldin, M. (2004). Co-opetion: the organization of the future. *Marketing Intelligence & Planning*, 22(6-7), 780-789.

Zinn, J.-S., Proenca, J., Rosko, M.-D. (1997). Organizational and environmental factors in hospital alliance membership and contract management: a resource-dependence perspective. *Hospital & Health Services Administration*, 42(1), 67‑86.

Textes législatifs et réglementaires

Code de la Santé publique. Article L.6112-1 relatif aux missions de service public des établissements de santé. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

Code de la Santé publique. Article L6122-6 relatif aux autorisations de regroupements ou conversions. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

Code de la Santé publique. Article L.6131-1 relatif à la coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

Code de la Santé publique. Article L.6131-2 relatif à la coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

Code de la Santé publique. Article L.6323-3 relatif à la définition et aux activités des maisons pluridisciplinaires de santé. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

Code de la Santé publique. Article L-712.14 relatif à l'organisation et l'équipement sanitaires. Section 2 : autorisations. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

Code de la Santé publique. Article 713-11.1 relatif aux actions de coopérations. Section : groupement de coopération sanitaire. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

Direction générale de la santé (1991). Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge

sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

Direction générale de la santé (1999). Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2004). Circulaire DHOS/O n°2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2007). Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM. Consulté de http : //www.sante.gouv.fr.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2007). Circulaire DHOS/O2/ n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique. Consulté de http:// www.sante.gouv.fr.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2007). Circulaire DHOS/F2 n° 2007-248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2009). Circulaire DHOS/E1/F2/O3/ n°2009/292 du 21 septembre 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2009 de projets visant à favoriser les coopérations entre établissements de santé. Consulté de http://www.sante.gouv.fr.

République Française (1941). Loi du 21 décembre 1941 sur la réorganisation des hôpitaux et des hospices civils. *Journal officiel* du 30 décembre 1941. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (1971). Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. *Journal officiel* du 3 janvier 1971. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (1972). Décret n°72-162 du 21 février 1972 relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement**.** *Journal officiel* du 3 mars 72. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (1973). Décret n°73-935 du 24 septembre 1973 relatif à la création, à la transformation et la suppression des établissements d'hospitalisation publique. *Journal officiel* du 3 octobre 1973. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (1988). Décret n°88-1034 du 7 novembre 1988 relatif aux groupements d'intérêt public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (1991). Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel* n°179 du 2 août 1991. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (1996). Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel* n°98 du 25 avril 1996. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (1998). Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatalogie. *Journal officiel* n°235 du 10 octobre 1998. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (1999). Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture médicale universelle. *Journal officiel* n°172 du 28 juillet 1999. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (2001). Loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (2001). Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002. *Journal officiel* du 26 décembre 2001. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (2002). Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (2002). Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel* du 5 mars 2002. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (2003). Ordonnance n°2002-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. *Journal officiel* n°206 du 6 septembre 2003. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (2004). Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie**.** *Journal officiel* n°190 du 17 août 2004. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

République Française (2009). Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal officiel* n°0167 du 22 juillet 2009. Consulté de http://www.legifrance.gouv.fr.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Liste des attributs retenus pour construire le corpus *a priori* des configurations de relations

La diversité d'appartenance des membres du groupe	○ **isolé** (seul membre du groupe) ; ○ **monogroupe** ; ○ **polygroupe**.
L'identification des individus au groupe	○ **aucune** ; ○ **faible** ; ○ **forte**.
Le statut des membres du groupe	○ **sans objet** ; ○ **homogène** ; ○ **non homogène**.
Les grades des membres du groupe	○ **sans objet** ; ○ **niveau identique** ; ○ **niveau différent**.
Le nombre d'individus dans le groupe	○ **stable** ; ○ **en diminution** ; ○ **en augmentation**.
La stabilité du groupe	○ **pas de turn over**; ○ **turn over faible**; ○ **turn over important**.
L'échange d'informations entre les membres du groupe	○ **pas de flux** ; ○ **flux tout azimut** ; ○ **flux coordonné** ; ○ **flux ciblé**.
Le degré d'engagement des membres du groupe dans la relation	○ **nul** ; ○ **faible** ; ○ **fort**.
Le statut des membres du groupe par rapport à ceux de son partenaire	○ **sans objet** ; ○ **proche** ; ○ **éloigné**.
Le grade des membres du groupe par rapport à ceux de son partenaire	○ **sans objet** ; ○ **niveau identique** ; ○ **niveau différent**.
Les valeurs culturelles du groupe par rapport à celles de son partenaire	○ **indifférence** ; ○ **partiellement identiques** ; ○ **totalement identiques** ; ○ **partiellement opposées** ; ○ **totalement opposées**.
L'éloignement géographique entre le groupe et son partenaire	○ **isolé** ; ○ **proche** ; ○ **éloigné**.

Le comportement des membres du groupe vis-à-vis de son partenaire	○ **indifférence** ; ○ **estime** ; ○ **confiance** ; ○ **solidarité** ; ○ **méfiance** ; ○ **rejet**.
L'histoire antérieure du groupe avec le partenaire	○ **pas de connaissance du partenaire** ; ○ **relation antérieure avec le partenaire** ; ○ **connaissance du partenaire par réputation**.
Le rapport de force du groupe vis-à-vis de son partenaire	○ **inexistant** ; ○ **favorable** ; ○ **équilibré** ; ○ **défavorable**.
Le pouvoir des groupes environnants non indifférents	○ **pas de pouvoir externe** ; ○ **pouvoir équilibré** ; ○ **pouvoir d'influence** ; ○ **pouvoir hiérarchique** (autorité) ; ○ **pouvoir absolu** (soumission par contrainte).
L'initiative de la relation	○ **initiative d'un individu dans le groupe** ; ○ **initiative d'un groupe de personnes** ; ○ **initiative imposée**.
L'objectif final de la relation	○ **propre à chaque groupe** ; ○ **commun avec l'autre groupe** ; ○ **imposé** ; ○ **incompatible**.
Le nombre de partenaires	○ **pas de partenaire** (le groupe peut agir seul) ; ○ **un petit nombre** (entre un et trois groupes) ; ○ **un nombre assez important** (entre quatre et six groupes) ; ○ **un grand nombre** (> à six groupes).
La taille des partenaires du groupe	○ **pas de partenaire** ; ○ **taille inférieure** ; ○ **taille similaire** ; ○ **taille supérieure**.
Le champ des activités du groupe concernées par la relation	○ **activités centrales**; ○ **activités périphériques** ; ○ **activités d'innovation**.
Les caractéristiques des activités du groupe objet de la relation	○ **aucune relation avec les activités du partenaire** ; ○ **activités concurrentes** ; ○ **activités complémentaires** ; ○ **activités compatibles**.

Le nombre d'activités mises en commun dans la relation	○ **aucune** ; ○ **une activité** ; ○ **plusieurs activités** ; ○ **toutes les activités du groupe**.
Le type d'apports du groupe et la caractéristique de l'apport	○ **pas d'apport** ; ○ **mise à disposition de moyens matériels** ; ○ **mise à disposition de moyens humains** ; ○ **mise à disposition de savoir-faire** ; ○ **apport financier**.
Caractéristique de l'apport du groupe	○ **pas d'apport** ; ○ **pas indispensable** ; ○ **indispensable**.
Le financement de la relation par le groupe	○ **pas de financement** ; ○ **autofinancement** ; ○ **financement commun avec le partenaire ;** ○ **financement externe total**.
Le coût de la relation pour le groupe	○ **nul** ; ○ **peu élevé** ; ○ **élevé**.
Le risque pris par le groupe dans sa relation avec son (ou ses) partenaire(s)	○ **nul** ; ○ **faible** ; ○ **fort**.
La formalisation de la relation	○ **pas de relation** ; ○ **relation informelle** ; ○ **accord formalisé** (convention, charte, etc.) ; ○ **règles morales** ; ○ **procédures**.
Le caractère de l'accord	○ **pas d'accord** ; ○ **accord évolutif** ; ○ **accord réversible** ; ○ **accord irréversible**.
Le délai de mise en œuvre de l'accord	○ **pas de mise en œuvre** ; ○ **délai court** ; ○ **délai long**.
La durée de la relation	○ **durée nulle**; ○ **durée provisoire** ou prédéterminée ; ○ **durée pérenne**.

ANNEXE 2 : Programme sous R : calcul de toutes les combinaisons possibles des attributs par groupe de variables

Groupe A (10 var)

```
x<-expand.grid(c("V11","V12","V13"),c("V80","V81","V82"),c("V260","V261","V262","V263"),
c("V170","V171","V172"),c("V200","V201"),c("V210","V211"),c("V270","V271","V272"),c("V280","V281","V282
"), c("V90","V91","V92"), c("V121","V122","V123"))

write.table(x,"c:/temp/groupea.txt",sep="\t")
```

Groupe B (8 var)

```
x<-expand.grid (c("V250","V251","V252"), c("V21","V22","V23"),c("V30","V31","V32"),
c("V190","V191","V192","V193","V194"), c("V290","V291","V292"), c("V300","V301","V302"),
c("V310","V311","V312"), c("V220","V221","V222","V223","V224"))

write.table(x,"c:/temp/groupeb.txt",sep="\t")
```

Groupe C (3 var)

```
x<-expand.grid (c("V180","V181","V182","V183","V184","V185"),c("V320","V321","V322"),
c("V101","V102","V103","V104"))

write.table(x,"c:/temp/groupec.txt",sep="\t")
```

Groupe D (3 var)

```
x<-expand.grid (c("V40","V41","V42","V43"),c("V50","V51","V52","V53"),c("V60","V61","V62","V63","V64"))

write.table(x,"c:/temp/grouped.txt",sep="\t")
```

Groupe E (2 var)

```
x<-expand.grid (c("V150","V151","V152","V153"), c("V160","V161","V162","V163"))
write.table(x,"c:/temp/groupee.txt",sep="\t")
```

Groupe F (6 var)

```
x<-expand.grid
(c("V70","V71","V72","V73"),c("V110","V111","V112","V113"),c("V130","V131","V132","V133",
"V134"), c("V140","V141","V142"), c("V240","V241","V242","V243"), c("V230","V231","V232"))

write.table(x,"c:/temp/groupef.txt",sep="\t")
```

ANNEXE 3 : Croisement des attributs deux à deux au sein des 6 classes

Classe A

		Initiative de l'action			Degré d'engagement			Orientation des relations dans le groupe				Valeurs culturelles dans le groupe			Statut des membres		Grade des membres		Stabilité du groupe en nbre			Stabilité du groupe			Diversité d'appartenance des membres			*Champs d'activités*		
		Initiative d'1 ind	Initiative d'1 grpe	Initiative imposée	Eng nul	Eng faible	Eng fort	Pas de flux	Flux tt azimut	Flux coordonné	Flux ciblé	Pas d'ident	Ident faible	Ident forte	homogène	non homogène	niveau ident	niveau #	diminution	stable	augmentation	Pas de TO	TO faible	TO fort	Isolé	monogroupe	polygroupe	*Act centrales*	*Act périph.*	*Act. innnov.*
	Initiative d'1 ind	1																												
Initiative de l'action	Initiative d'1 grpe		1																											
	Initiative imposée			1																										
Engagement	Eng nul	1	-1	1	1																									
des membres	Eng faible	1	1	1		1																								
du groupe dans la relation	Eng fort	1	1	-1			1																							
	Pas de flux	-1	-1	1	1	-1	-1	1																						
Orientation des relations	Flux tt azimut	1	1	1	-1	1	1		1																					
dans le groupe	Flux coordonné	1	1	1	-1	1	1			1																				
	Flux ciblé	1	1	1	-1	1	1				1																			
	Pas d'ident	1	1	1	1	1	-1	1	-1	-1	-1	1																		
Valeurs culturelles	Ident faible	1	1	-1	1	1	1	-1	1	1	1		1																	
	Ident forte	1	1	-1	1	1	1	-1	1	1	1			1																
Statut des membres	homogène	1	1	**1**	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1															
	non homogène	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	-1		1														
	niveau ident	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1													
Grade des membres	niveau #	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1		1												
	diminution	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1											
Stabilité du gpe (nb)	stable	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1										
	augmentation	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1									
	Pas de TO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	-1	1	-1	1								
Stabilité du groupe	TO faible	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1		1							
	TO fort	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	-1	1			1						
Diversité	Isolé	1	-1	1	1	1	1	1	-1	-1	-1	-1	1	1	1	-1	1	-1	-1	1	-1	1	-1	-1	1					
d'appartenance	monogroupe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1				
des membres du groupe	polygroupe	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1			
	Act centrales	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Champs activités du gpe	*Act périph.*	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
	Act. innnov.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1

Source : Elaboré par l'auteure.

Classe B

		Histoire antérieure avec des groupes externes			Rapport de force du groupe			Eloignement du groupe			Valeurs culturelles entre les groupes					Statuts entre groupes			Grades entre groupes			Durée de la relation			Degrés de formalisation de la relation				
		Pas de connaissance du gpe	relations antérieures	connaissance réputation	équilibré	favorable	défavorable	isolé	proche	éloigné	indifférence	partiellement ident	tot identiques	partiellement opposées	totalement opposées	sans objet	proche	éloigné	sans objet	niveau ident	niveau #	durée nulle	provisoire	pérenne	pas de formalisation	informelle	charte	règles	procédures
Histoire antérieure	Pas de connaissance du gpe	1																											
	relations antérieures		1																										
	connaissance réputation			1																									
Rapport de force du groupe	équilibré	-1	1	1	1																								
	favorable	-1	1	1		1																							
	défavorable	-1	1	1			1																						
Eloignement du gpe / à son partenaire	isolé	1	-1	1	-1	-1	-1	1																					
	proche	-1	1	1	1	1	1		1																				
	éloigné	-1	1	1	1	1	1			1																			
Valeurs culturelles du groupe / à son partenaire	indifférence	1	1	1	-1	-1	-1	1	1	1	1																		
	partiellement ident	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1		1																	
	tot identiques	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1			1																
	partiellement opposées	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1				1															
	opposées	-1	-1	1	1	1	1	-1	1	1					1														
Statuts entre groupes	sans objet	1	-1	-1	-1	-1	-1	1	-1	-1	1	-1	-1	-1	-1	1													
	proche	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	-1		1												
	éloigné	-1	-1	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	1			1											
Grades entre groupes	sans objet	1	-1	-1	-1	-1	-1	1	-1	-1	1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	1										
	niveau ident	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1		1									
	niveau #	-1	-1	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1			1								
Durée de la relation	durée nulle	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							
	provisoire	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1						
	pérenne	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1	-1	-1	1	1	1	1	1	1			1					
Degrés de formalisation de la relation	pas de formalisation	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	1				
	informelle	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1		1			
	charte	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1			1		
	règles	-1	1	1	1	1	-1	-1	1	1	-1	1	1	-1	-1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1				1	
	procédures	-1	1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1					1

Source : Elaboré par l'auteure.

ANNEXE 4 : Identification des situations possibles ou peu probables dans le cadre d'une relation avec un rapport de force soit « équilibré » soit « *favorable*» soit « défavorable »

√ Rapport de force équilibré

	Grades identiques	
Valeurs culturelles	Statuts proches	Statuts éloignés
identiques	Possible	Possible
opposées	Possible	Possible

	Grades différents	
Valeurs culturelles	Statuts proches	Statuts éloignés
identiques	Peu probable	Possible
opposées	Peu probable	Possible

√ Rapport de force favorable

	Grades identiques	
Valeurs culturelles	Statuts proches	Statuts éloignés
identiques	Peu probable	Peu probable
opposées	?	Possible

	Grades différents	
Valeurs culturelles	Statuts proches	Statuts éloignés
identiques	Possible si grade >	Possible
opposées	Possible si grade >	Possible

√ Rapport de force défavorable

	Grades identiques	
Valeurs culturelles	Statuts proches	Statuts éloignés
identiques	Peu probable	Peu probable
opposées	Peu probable	Possible

	Statuts proches	
Valeurs culturelles	Grades identiques	Grades différents
identiques	Peu probable	Peu probable
opposées	Peu probable	Possible

ANNEXE 5 : Répartition des configurations de relations observées au sein du corpus

Rapport de force défavorable	B1	B2.1	B2.2	B3	B4.1	B4.2	B5	B6.1	B6.2
A1.1									
A1.2									
A2									
A3		**1**	**1**		**2**				
A4.1		**1**			**3**				
A4.2		**2**							

Relation informelle
Relation formelle

Rapport de force équilibré	B1	B2.1		B2.2	B3	B4.1		B4.2	B5	B6.1	B6.2	B7	Règles B8.1	B8.2
A1.1			**1**											
A1.2					**0 ou 1**									
A2			**1**			**2**	**1**							
A3	**0 ou 1**	**1**	**7**		**6 ou 7**	**21 ou 23**		**1**	**0 ou 1**					
A4.1		**2**			**3 ou 4**	**9 ou 10**		**2**						
A4.2					**0 ou 1**									

Rapport de force favorable	B1	B2.1	B2.2	B3	B4.1	B4.2	B5	B6.1	B6.2	B7	Règles B8.1	B8.2
A1.1					**3**							
A1.2												
A2												
A3		**1**	**1**		**3**	**2**			**2**			
A4.1												
A4.2												

Relation informelle
Relation formelle

Commentaire : les formes relationnelles observées dans notre échantillon recouvrent une diversité de configurations du corpus avec toutefois une concentration sur quatre d'entre elles.

ANNEXE 6 : Dépouillement complémentaire des configurations de relations observées dans notre base de données

Groupe				Partenaire		Effectif
Statuts homogènes et grades identiques ; identification forte	engagement faible	accord formalisé	→	statuts proches	→ pérenne	4
		relation informelle	→	grades ident	→ provisoire	3
	engagement fort	accord formalisé		grades diff	provisoire	2
		accord formalisé		grades diff	provisoire	3
		relation informelle		grades diff	provisoire	2
Statuts homogènes et grades identiques ; identification faible	engagement fort	procédures	→	grades diff	→ provisoire	2
		accord formalisé	→	grades ident	→ provisoire	3
Statuts homogènes et grades différents ; identification faible	→ engagement fort	relation informelle	→	grades ident	→ provisoire	1
		accord formalisé	→	grades ident	→ provisoire	3
Grades identiques; identification faible	→ engagement faible	relation informelle	→	grades ident	→ provisoire	1
		relation informelle	→	grades ident	→ provisoire	2
Statuts homogènes et grades identiques ; identification faible	→ engagement fort	procédures	→	statuts proches	→ pérenne	1
Grades identiques; identification faible	→ engagement faible	accord formalisé	→	statuts proches	→ pérenne	1

ANNEXE 7 : Extrait de la base de données complète

Type de collaboration	Type	Année	Partenaires	Valeurs culturelles	Eloignement géographique	Partenariat	Rapport de force	Engagement	Configuration de la relation	Cpt des membres du groupe / autrui	Risque pris par le groupe	Objectif final de la relation	Nombre de groupes avec qui je suis en relation	Taille des groupes environnants non indif	Pouvoir des groupes environnants non indif	Financement engagé dans la relation par le groupe	Coût de la relation	Caract. des activités (du groupe/autrui) avant leur mise en relation	Caract.des activités (du groupe/autrui)une fois en relation	Activités du groupe mises en commun	Type d'apport du groupe	Partage d'apports du groupe	Caractère de l'accord	Délai de mise en œuvre de l'accord
SIH SAU	**SIH**	2000	CHIC/AP-HP	identiques	Proches	Public/Public	Identique	Fort	A3/B3	Méfiance	Fort	Propre	un petit nombre	Supérieure	Equilibré	Pas de financement	Nul	Activités complémentaires	Aucune relation avec les activités des autres groupes	Aucune	Aucun	Aucun	Pas accord	Pas de mise en œuvre
SIH gestion des équipements en prévision d'une fusion	**SIH**	1994	CH/CH	opposées	Eloignés	Public/Public	Identique	Fort	A3/B4.1	Méfiance	Faible	Imposé	un petit nombre	Similaire	Equilibré	Autofinancement	Nul ou peu élevé	Aucune relation avec les activités des autres groupes	Activités complémentaires	Moyens matériels partagés	Mise à disposition. Transfert autorisation	Pas indispensable	Irréversible	Long
Fédération inter-hospitalière de cardiologie	**Fédération interh**	2002	CH / 4 CH	identiques	Eloignés	Public/Public	Identique	Fort	A3/B3	Confiance	Nul	Commun	assez important	Inférieure et supérieure	Equilibré	Pas de financement	Nul	Activités complémentaires et compatibles	Activités complémentaires et compatibles	1 activité	Mise à disposition	Pas indispensable	Réversible	Court
Projet de répartition d'activités dans le cadre d'une fusion de 2 CH	**Informelle**	2004	Dir CHI en charge de la fusion / 2 PCME	opposées	Proches	Public/Public	Défavorable	Fort	A3/B2.1	Méfiance	Fort	Imposé	assez important	Supérieure	Influence	Pas de financement	Aucun	Aucune relation avec les activités des autres groupes	Aucune relation avec les activités des autres groupes	Aucune	Aucun	Aucun	Irréversible	Long
Prise en charge des urgence psy	**Convention**	2012	CH/CH spécialisés en psychiatrie	partiellement identiques	Eloignés	Public/Public	Identique	Fort	A3/B4.1	Méfiance	Faible	Propre	un petit nombre	Inférieure	Equilibré	Pas de financement	Peu élevé	Activités complémentaires	Activités complémentaires	1 activité	Partage informations	Pas indispensable	Réversible	Pas de mise en œuvre complète
Dispositif médecine d'urgence	**Convention**	1994	CH / médecins libéraux	partiellement identiques	Proches	Public/Privé	Identique	Fort	A3/B4.1	Confiance	Faible	Commun	un grand nombre	Inférieure	Equilibré	Autofinancement et financement externe	Peu élevé	Aucune relation avec les activités des autres groupes	Activités compatibles	1 activité	Apport financier. Mise à disposition	Pas indispensable	Réversible	Court
GCS Chirurgie cardiaque	**GCS**	2008	Clinique/CH	opposées	Proches	Privé/Public	Défavorable	Fort	A3/B4.1	Méfiance	Fort	Imposé	un petit nombre	Supérieure	Influence	Pas de financement	Nul	Activités complémentaires	Aucune relation avec les activités des autres groupes	Aucune	Aucun	Aucun	Pas accord	Pas de mise en œuvre
GCS Dialyse	**GCS**	2009	Association/ 2 CH	partiellement identiques	Eloignés	PSPH/Public	Identique	Fort	A3/B4.1	Solidarité	Fort	Commun	un petit nombre	Supérieure	Influence	Autofinancement	Elevé	Activités complémentaires et aucune relation	Activités complémentaires	Moyens matériels partagés	Apport financier	Indispensable	Réversible	Long
Filière gériatrique de territoire	**Filière**	2009	CHU/groupe hospitalier	partiellement opposées	Eloignés	Public/Public	Identique	Faible	A4.1/B3	Méfiance	Faible	Imposé	un petit nombre	Inférieure	Equilibré	Pas de financement	Nul	Activités compatibles	Aucune relation avec les activités des autres groupes	Aucune	Aucun	Aucun	Pas accord	Pas de mise en œuvre

Source : Elaborée par l'auteure.

ANNEXE 8 : Caractérisation de l'issue de la relation - Extrait

Concurrence avec les chirurgiens ortho pour les consultations externes	Fragile	
Etape pour mettre en place une CHT	Etape	
3 autres praticiens rejoindront le GCS	Evolutif	
5 ans après, seules les équipes mobiles fonctionnent. SIH transformé en GCS de moyens en 2012 sans l'HAD	Atteinte partielle	
5 conventions envisagées, 2 signées et seulement 1 mise en œuvre - Direction commune en 2006 mais plus rien après	Atteinte partielle	
Abandon du partenariat	Echec	
Accord ARH Clinique pour s'opposer au projet du CH	Evolutif	
Accord pour des coopérations	Evolutif	
Accord pour formaliser une relation	Evolutif	
Accord pour mettre en place des coopérations dont le bloc opératoire	Evolutif	
Accord pour ne pas se concurrencer	Evolutif	
Barrière de la langue, culture	Fragile	
Bilan contrasté, arrêt du SIH en 2007	Echec	
Charte	Objectif atteint	
CHT constituée en 2011	Objectif atteint	
CHT constituée en 2011 mais remise en cause en 2013 car manque de clarté du projet médical	Fragile	
CHT constituée en 2012	Objectif atteint	
CHT constituée en 2013	Objectif atteint	
CHT constituée en 2013 et en attente d'une direction commune entre 3 établissements	Atteinte partielle	
Coquille vide	Echec	
Côté hopital (ambulatoire et SSR) peu d'effet de la convention. La clinique n'a pas recruté de praticiens pour aider l'hôpital	Fragile	
Désignation d'un établissement support de la filière	Evolutif	
Direction commune avec l'hôpital local	Objectif atteint	
Direction commune avec l'hôpital local et tente de mettre en place une filière pour PA	Atteinte partielle	
Dissolution du GIP en 2010 au moment du renouvellement de l'autorisation	Echec	
Echec (En 2008, plus de mutualisation de personnels, car situation tendue des effectifs des 2 établissements de petite taille)	Echec	
Echec d'une BIH avec les partenares préssentis	Echec	
En 2005, réintégration au CHU de 2 des 3 activités du SIH. En 2007, le SIH est en déficit. Intégration du SINCAL prévue sur le site du CHU	Echec	
En 2009, existe tjrs.	Objectif atteint	
En 2010, le GCS est élargi aux fonctions logistiques, administratives, techniques et médico-techniques ainsi qu'à la permanence des soins.	Evolutif	

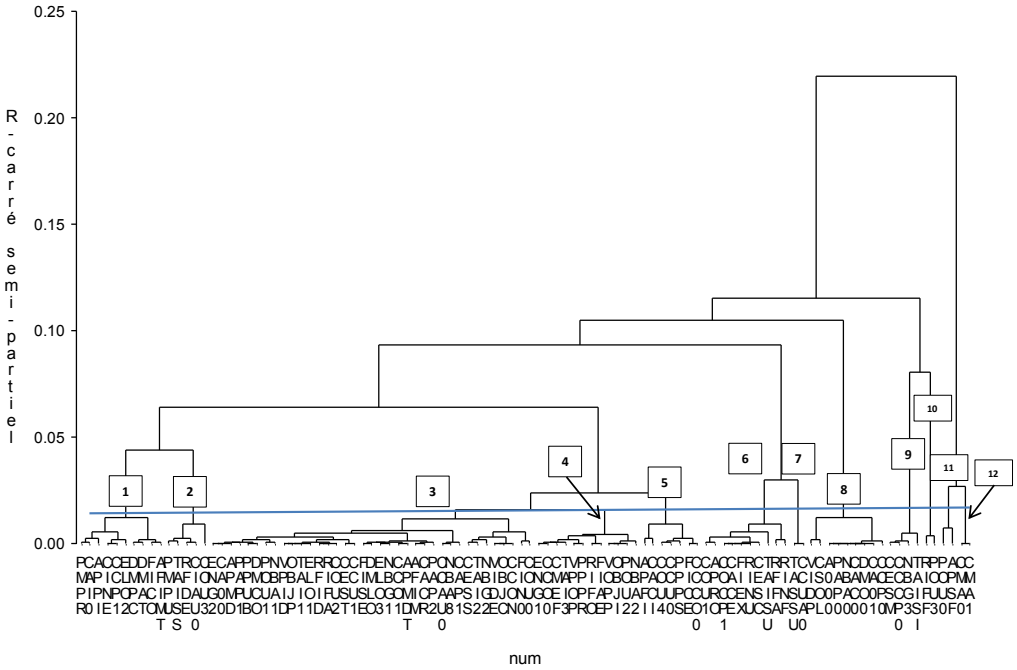
Source : Elaboré par l'auteure.

ANNEXE 9 : Programme SAS pour l'analyse en correspondances multiples

```
data t; set ss.tdccombvcm131;if (type='Informelle') then ind=-1 ;else
ind=1;run;

data tdc; set t;an=substr(Ann_e,11,2);num=compress(an!!ident);run;

proc corresp data=tdc outc=ss.rescombvc131 dimens=9 ;
var VOPP--VIDP ELO1--ELO3 PPUB--PMPU RFDE--RFFA ENG1 ENG2 CEST--CREJ RINU--
RIFF OBJP--OBIN NBG1--NBG3 TAI1--TAISS POU0--POU3 FIN0--FICE COU0--COU4
CA00--CMA0 CA01--CMA1 NBA0--NBA8 A000--APSF PAP0--PAP2 CAC0--CACI DMO0--
DMAT TPRO--TSCHT;
supplementary TPRO--TSCHT;
id num;
weight ind;
run;


data gif131;
  set ss.rescombvc131(where=((_type_ in ('OBS')) or (_type_ in
('SUPOBS'))));
  keep num dim1-dim9 ;rename num=_name_;run;

data anno1;
  set gif131  ;
  length function color text symbol1 $7.;
  retain xsys '2' ysys '2' hsys '1' when 'a';
  symbol1 v='none';
  function='label';
  color='black';
  size=2;
  position='5';
  text=_name_;
  x=dim1;
  y=dim2;
  output;

proc gplot data=gif131 ;
   plot dim2*dim1=1/annotate=anno1 vref=0 href=0 ;
   title "Axes 1 et 2: nuage des configurations";
run;
quit;
```

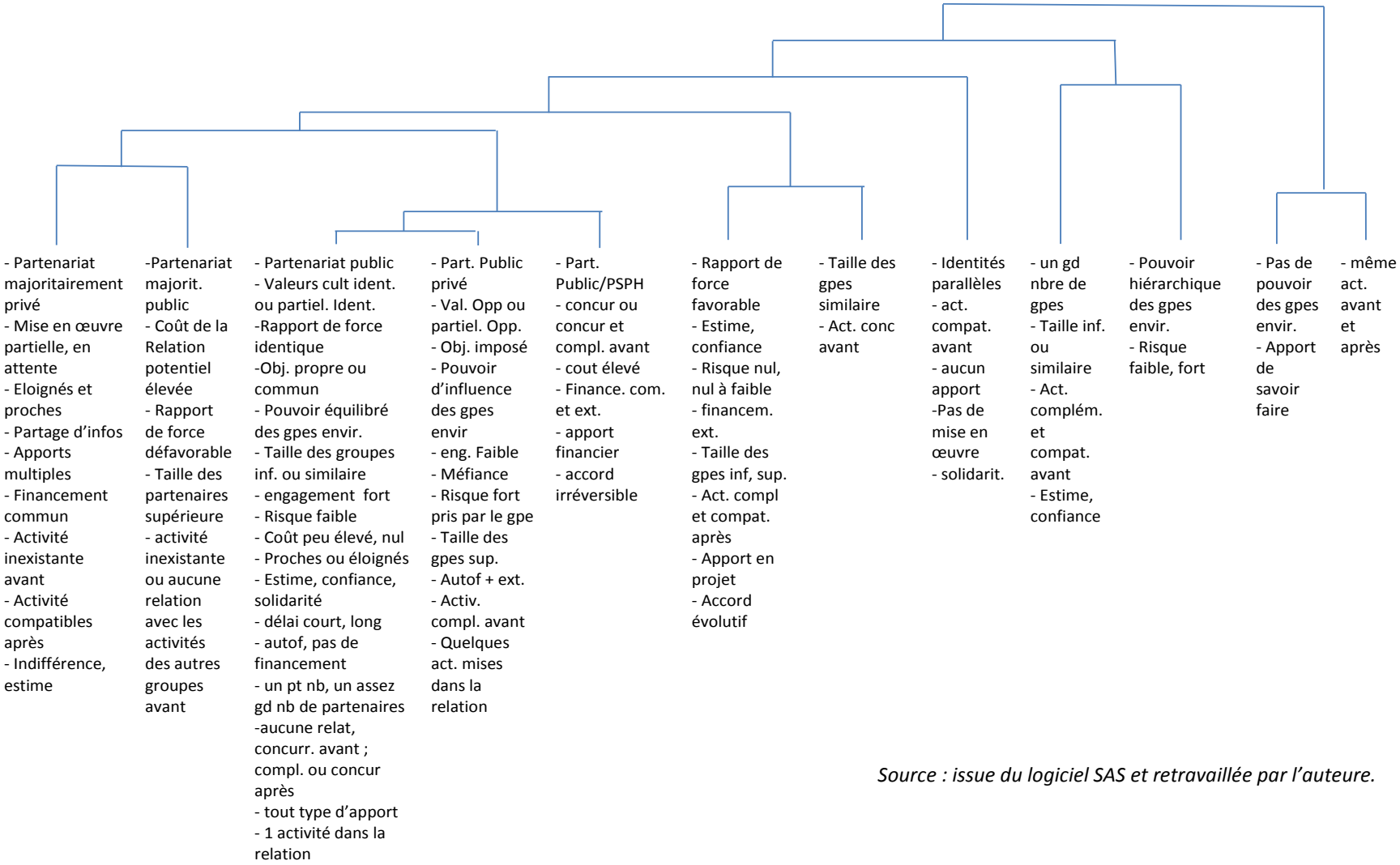
ANNEXE 10 : Les résultats de la classification sur les attributs des relations

○ Arbre de classification des attributs des relations



Source : figure fournie par le logiciel SAS et retravaillée par l'auteure.

Classification des attributs de relations en groupes homogènes



Source : issue du logiciel SAS et retravaillée par l'auteure.

ANNEXE 11 : Programme SAS pour la CAH sur les configurations de relations

```
/* CLASSIFICATION  ASCENDANTE HIERARCHIQUE  des individus à partir des
données */

data t; set ss.tdc131bon (where=(type NE 'Informelle'));run;

data tdc; drop Type_de_collaboration--CLUST10VC TPRO--TSCHT; set t;run;


 proc distance data=tdc method=dgower out=distdgower;
   var nominal(VOPP--DMAT);
   id ident;
run;

proc cluster data=distdgower (type=distance) method=ward outtree=tree ccc
pseudo rsquare;
   id ident;
   var _2--_8D3;
run;

/* graphiques pour determiner nb classes */

 proc sort data=tree; by _ncl_;

 data sprsq; set tree; by _ncl_;
 if first._ncl_;
 keep _ncl_ _sprsq_;
 run;

 proc gplot data=sprsq;
      where _ncl_ <10 and _ncl_ ne 1;
      plot _sprsq_*_ncl_;
      title 'semipartial R² (inc)';
      symbol1 i=join;
 run;
 quit;

 data ccc; set tree; by _ncl_;
 if first._ncl_;
 if _ccc_ ne .;
 keep _ncl_ _ccc_;
 run;

 proc gplot data=ccc;
      where _ncl_ <10 and _ncl_ ne 1;
      plot _ccc_*_ncl_;
      title 'cubic clustering criteriom (inc)';
      symbol1 i=join;
 run;
 quit;

 data Ft2; set tree; by _ncl_;
 if first._ncl_;
 if _psf_ = . and _pst2_=. then delete;
 keep _ncl_ _psf_ _pst2_;
 run;

 legend1 across=2 cborder=red position=(top right inside) mode=protect
```

```
label=none value=(h=1 tick=1 "F" tick=2 "T2");
axis1 label =none;
symbol1 c=green i=join l=1;
symbol2 c=red   i=join l=2;

proc gplot data=FT2;
     where _ncl_ <10 and _ncl_ ne 1;
     plot (_psf_ _pst2_)*_ncl_ /overlay legend=legend1 vaxis=axis1;
     title'pseudo f et pseudo T2 (inc)';
     symbol1 i=join;
run;
quit;


proc tree data=tree  /*horizontal*/ nclusters= 10 out=ftree10clm131 ;
title 'Dendogramme ind relation entre groupes à partir des données';
id ident;
run;

proc sort data=ftree10clm131 ;by cluster;
proc print ;by cluster; var ident;run;

proc freq data=ftree10clm131;table cluster;
title' C.A.H ind relations groupes à partir des données ';
run;


proc sort data=ftree10clm131; by ident;
data tdc; drop VOPP--TSCHT;set ss.tdc131bon ;
proc sort data=tdc;by ident;run;

data cahi10c; merge ftree10clm131 tdc; by ident;run;

data ss.cahi10131b; set cahi10c;run;

ods rtf file='cahi131b2.rtf';

%macro tab(v);
proc tabulate data=cahi10c (where=(6<=cluster<=10)) missing;
class &v cluster;
keylabel all=Total PCTN="%";
table (&v all),(cluster all)*(N PCTN <&v all>)*F=5.0/rts=18;
run;
%mend;

%tab(Valeurs_culturelles);
%tab(Eloignement_g_ographique);
%tab(Partenariat);
%tab(Rapport_de_force);
%tab(Engagement);
……
%tab(type);
%tab(Ann_e);

ods rtf close;
```

Liste des tableaux insérés dans le texte

Tableau 1 : Les formes canoniques des choix stratégiques 103
Tableau 2 : Répartition des établissements de santé français en 2012 selon la catégorie d'établissements. 130
Tableau 3 : Répartition en 2012 de la capacité en lits des établissements français 131
Tableau 4 : Répartition des cliniques en fonction du propriétaire de l'exploitation 132
Tableau 5 : Les opérations de recompositions en France entre 1995 et 2005 156
Tableau 6 : Les différents types d'échanges d'informations entre membres d'un groupe 186
Tableau 7 : Nombre théorique de combinaisons par classe 205
Tableau 8 : Croisement des variables « engagement des membres » 207
et « initiative de la relation » 207
Tableau 9 : Extrait du fichier regroupant les configurations compatibles de la classe B 208
Tableau 10 : Résultat du travail d'élimination des combinaisons d'attributs incompatibles 208
Tableau 11 : Examen de trois combinaisons d'attributs de la classe A 209
Tableau 12 : Extrait de la constitution des sept fichiers issus de la classe A 212
Tableau 13 : Résultat du tri sur la variable « échange d'informations entre les membres du groupe » 213
Tableau 14 : Répartition de la variable « identification des membres au groupe » au sein de la 215
modalité « niveau différent » de la variable « grade des membres du groupe » 215
Tableau 15 : Sélection de la variable « degré d'engagement » au regard de la répartition de 216
ses modalités au sein de l'attribut « grade des membres identique ». 216
Tableau 16 : Description des influences directes et indirectes des acteurs sur les facteurs 220
Tableau 17 : Regroupement des branches en socles pour les classes A et B 229
Tableau 18 : Caractéristiques des socles 230
Tableau 19 : Extrait des configurations de relations reliant les combinaisons des clases A et B 231
Tableau 20 : Identification des situations possibles ou peu probables dans le cadre 234
d'une relation avec un rapport de force « défavorable ». 234
Tableau 21 : Identification des situations possibles ou peu probables dans le cadre 234
d'une relation avec un rapport de force « équilibré » 234
Tableau 22 : Identification des situations possibles ou peu probables dans le cadre d'une relation avec un rapport de force « favorable » 235
Tableau 23 : Synthèse des différents courants épistémologiques 252
Tableau 24 : Positionnement de notre travail au sein des classes de recherches 255
en Sciences humaines et de gestion 255
Tableau 25 : Correspondances entre les informations recueillies et les attributs du corpus théorique des configurations (extrait) 263
Tableau 26 : Extrait de la base de données des configurations de relations 264
de notre échantillon 264
Tableau 27 : Extrait de l'histogramme des valeurs propres fourni par le logiciel 331
Tableau 28 : Caractéristiques des configurations de relations de la classe 1 339
Tableau 29 : Caractéristiques des configurations de relations des classes 6 et 10 341
Tableau 30 : Caractéristiques des configurations de relations des classes 7 et 5 343
Tableau 31 : Caractéristiques des configurations de relations des classes 8 et 4 345
Tableau 32 : Caractéristiques des configurations de relations de la classe 9 346
Tableau 33 : Caractéristiques des configurations de relations des classes 2 et 3 348
Tableau 34 : Caractérisation d'une absence de relation d'un groupe avec un partenaire 359
Tableau 35 : Extrait du tableau des 45 configurations de situations obtenues 362
à partir de la situation de référence. 362
Tableau 36 : Répartition des formes relationnelles observées dans l'échantillon 363

au sein des 45 configurations théoriques (y compris la situation de référence) _____ *363*
Tableau 37 : Affectation d'un poids aux trois critères _____ *372*
*Tableau 38 : Répartition des formes relationnelles au sein des différents scores*_____ *374*

Liste des figures insérées dans le texte

Figure 1 : Evolution de la représentation de l'organisation 26
Figure 2 : Le choix des structures de gouvernance 30
Figure 3 : Les cinq composantes de base des organisations 66
Figure 4 : Configuration de la bureaucratie professionnelle 66
Figure 5 : Organisation en réseau 70
Figure 6 : Nombre cumulé de fusions entre établissements publics de 2004 à 2012 148
Figure 7 : Nombre de fusions de 1995 à 2011 selon la taille des régions 149
(en nombre d'établissements publics de santé) 149
Figure 8 : Nombre de groupements de coopération sanitaire (GCS) en France 151
Figure 9 : Evolution du nombre de Directions communes 153
et du nombre de fusions de 2004 à 2012 153
Figure 10 : Evolution du nombre d'établissements entre 2001 et 2011 – base 100 en 2001 155
Figure 11.a : Evolution des lits MCO des établissements publics fusionnés entre 1994 et 2005 157
Figure 11.b : Evolution des lits MCO des établissements privés fusionnés entre 1994 et 2005 157
Figure 12 : Représentation de la racine et de la première branche de notre arborescence 214
Figure 13 : Construction du second niveau de l'arbre – 1ère partie 215
Figure 14 : Construction du second niveau de l'arbre – 2ème partie 216
Figure 15 : Schéma complet représentant les groupes homogènes de combinaisons 217
d'attributs relatif au flux ciblé - Classe A 217
Figure 16 : Poids des acteurs sur les différents facteurs 219
Figure 17 : Les relations supposées entre acteurs 221
Figure 18 : Partie de l'arborescence des groupes homogènes de combinaisons d'attributs commune 223
à toutes les modalités de la variable « rapport de force » 223
Figure 19 : Branche spécifique au « rapport de force équilibré » 224
et « rapport de force favorable » 224
Figure 20 : Synthèse des différentes étapes nécessaires 236
pour construire notre corpus a priori de configurations de relations. 236
Figure 21 : Les différentes étapes de notre démarche de recherche 268
Figure 22 : Configurations les plus fréquentes de relations examinées 276
Figure 23 : Nuage des configurations formelles et informelles sur les 3 premiers axes 332
Figure 24 : Nuage des attributs des relations 333
Figure 25 : Nuage des configurations des relations avec indication de la période 334
de la prise de décision 334
Figure 26 : Arbre d'une classification ascendante hiérarchique (CAH) 335
Figure 27 : Arbre de classification des configurations de relations 337
Figure 28 : Synthèse de la classification ascendante hiérarchique sur les configurations de relations. 350
Figure 29 : Extrait du classement des formes relationnelles au regard de leur score sur les trois critères 373
Figure 30 : Cartographie des formes relationnelles observées dans le secteur hospitalier 380
Figure 31 : Graphe synthétisant les relations et les passages 381
d'une forme relationnelle à une autre. 381

Liste des abréviations

ACM	:	Analyse des correspondances multiples
AIMS	:	Association internationale de management stratégique
ANAES	:	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANAP	:	Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux
ARH	:	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	:	Agence régionale de santé
CAH	:	Classification ascendante hiérarchique
CH	:	Centre hospitalier
CHS	:	Centre hospitalier psychiatrique
CHT	:	Communauté hospitalière de territoire
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CME	:	Commission médicale d'établissement
C.O.M	:	Contrat d'objectif et de moyens
CRC	:	Chambre régionale des comptes
CRAM	:	Caisse régionale d'assurance maladie
DGOS/ DHOS	:	Direction générale de l'offre de soins / Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	:	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	:	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de statistiques
EHESP / ENSP	:	Ecole des hautes études en santé publique / Ecole nationale de la santé publique
EHPAD	:	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS	:	Etablissement public de santé

FAQSV	:	Fonds d'aide à la qualité des soins en ville
FEHAP	:	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FHF	:	Fédération hospitalière de France
FIH / FMIH	:	Fédération inter-hospitalière / Fédération médicale inter-hospitalière
GCS	:	Groupement de coopération sanitaire
GCS-ES	:	GCS établissement de santé
GCSM	:	Groupement de coopération sanitaire de moyens
GIE	:	Groupement d'intérêt économique
GIH	:	Groupement inter-hospitalier
GIP	:	Groupement d'intérêt public
HMO	:	Health Maintenance Organization
HPST	:	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IGAS	:	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	:	Institut national de la statistique et des études économiques
LOLF	:	Loi d'orientation relative aux lois de finances
MCO	:	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MIGAC	:	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
PMSI	:	Programme médicalisé des systèmes d'information
PSPH	:	Etablissement privé participant au service public hospitalier
R	:	Logiciel libre R pour traitement statistique des données
R&D	:	Recherche et développement
SAE	:	Statistiques annuelles des établissements
SAS	:	Statistical Analysis System
SIH	:	Syndicat inter hospitalier

SPH : Service public hospitalier

SROS : Schéma régional de l'organisation sanitaire

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

TABLE DES MATIERES

REMERCİEMENTS ***3***

SOMMAİRE ***5***

Introduction générale ***9***

1. La genèse de notre problématique **9**

2. La démarche adoptée **13**

3. Le plan de la thèse **15**

PREMİÈRE PARTİE : L'analyse théorique des relations entre organisations dans le secteur hospitalier et ses implications dans notre démarche de recherche ***19***

Chapitre 1 : Les théories mobilisées pour l'étude des relations inter-organisationnelles : une approche multidimensionnelle. ***25***

Section 1 : L'éventail des approches théoriques et leurs apports dans l'étude des relations entre organisations dans le secteur industriel. ***27***

1. La théorie des coûts de transaction (Williamson, 1983) **27**

1.1. Les fondements de la théorie 28

1.2. La sous-traitance, les réseaux et le partenariat public-privé sous l'angle de la théorie des coûts de transaction 32

2. La théorie de l'agence et des incitations (Alchian et Demsetz, 1972) **35**

2.1. Les fondements de la théorie 35

2.2. La filiale commune et l'externalisation analysées sous l'angle de la théorie de l'agence et des incitations 37

3. La théorie des jeux (Morgenstern et Von Neumann, 1953) **40**

3.1. Les fondements de la théorie 40

3.2. La coopétition et la sous-traitance appréhendées sous l'angle de la théorie des jeux 41

4. La théorie des conventions (Lewis, 2002) **42**

4.1. Les fondements de la théorie 42

4.2. Le réseau étudié sous l'angle de la théorie des conventions 43

5. L'approche par les ressources (Penrose, Wernefelt, Barney et Grant) **45**

5.1. Les fondements de l'approche par les ressources 45

5.2. Les principaux courants de l'approche par les ressources 49

5.3. Les relations entre concurrents, l'externalisation, le succès d'une fusion et le réseau sous l'angle de l'approche par les ressources 55

6. Les approches sociologiques **58**

6.1. La théorie du réseau social (Granovetter, 1985, 2000) 58

6.1.1. Les fondements de la théorie 58

6.1.2. La survie des alliances sous l'angle de la théorie du réseau social 58

6.2. L'approche sociologique de la théorie (néo)institutionnelle (DiMaggio et Powell, 1997) 59

6.2.1. Les fondements de l'approche sociologique 59

6.2.2. L'instabilité des alliances, les fusions internationales et l'externalisation à l'aune de la théorie institutionnelle 60
6.3. La théorie de l'identité sociale (Tajfel et Turner, 2004) 61
6.3.1. Les fondements de la théorie 61
6.3.2. L'évolution des alliances sous l'angle de la théorie de l'identité sociale 61

***Section 2* : La contribution des théories mobilisées dans la compréhension des relations inter-organisationnelles dans le secteur hospitalier 64**

1. L'organisation hospitalière : un modèle de bureaucratie professionnelle quelque peu remis en cause. 65
1.1. L'hôpital assimilé à une bureaucratie professionnelle 65
1.2. La remise en cause du modèle de bureaucratie professionnelle 68
1.2.1. Le pouvoir aurait changé de main 68
1.2.2. L'hôpital est le lieu de transformations organisationnelles 69

2. Plusieurs théories sont mobilisées pour appréhender les relations entre organisations dans le secteur hospitalier 71
2.1. La théorie de l'agence : une théorie dominante pour la compréhension des relations dans le secteur hospitalier 71
2.1.1. La justification du recours à la théorie de l'agence 72
2.1.2. Les relations avec les autorités sanitaires et entre établissements examinées sous l'angle de la théorie de l'agence 72
2.2. D'autres théories (théorie des jeux, théorie évolutionniste, de la dépendance des ressources, et la théorie néo-institutionnelle) sont aujourd'hui mobilisées. 74
2.2.1. La frilosité des accords entre organisations de santé 74
2.2.2. La fusion d'organisations de santé 75
2.2.3. L'enrichissement d'un portefeuille de ressources 76
2.2.4. Les relations entre concurrents 76
2.2.5. L'apparition de relations formelles entre organisations à but non lucratif 77
2.2.6. Le cas particulier des réseaux 78

***Chapitre 2* : Les difficultés dans le choix d'une théorie pour l'analyse des relations entre organisations : de l'incomplétude des théories au flou du concept de relation. 83**

***Section 1* : Les insuffisances des théories pour expliquer les relations inter-organisationnelles : quelques éléments d'explication 84**

1. Les théories expliquent essentiellement les motivations de la relation 84

2. Le recours aux relations inter-organisationnelles est mono-causal dans les approches théoriques 85

3. Des théories qui semblent peu complémentaires pour expliquer les relations 86

4. Des notions peu ou pas abordées par les théories : l'individu, le pouvoir, la proximité géographique 88

5. Les théories sorties de leur contexte perdent de leur efficacité 90

6. La diversité des formes relationnelles compliquent la théorisation 92

7. Les relations informelles ne sont pas ou peu étudiées par les théories 93

***Section 2* : L'absence de définition partagée des relations entre organisations..... 95**

1. Les relations entre organisations : quatre approches qui sèment le trouble..... 96

1.1. La relation inter-organisationnelle : des définitions analogues sous des appellations différentes 96

1.2. Les relations inter-organisationnelles : ce qu'elles ne sont pas 97

1.3. La relation entre organisations : une « alliance stratégique » qui recouvre plusieurs définitions..... 99

1.4. L'alliance, la coopération et le partenariat : trois conceptions distinctes de la relation entre organisations 100

1.4.1. L'alliance et la coopération 100

1.4.2. Le partenariat 102

2. Les formes canoniques de la stratégie sont-elles mieux définies ?.....103

2.1. La coopération versus l'évitement 104

2.2. Le réseau versus la filière 105

2.2.1. Le réseau 105

2.2.2. La filière 111

2.3. L'alliance versus la confrontation (persuasion ou dissuasion) 114

2.4. La fusion versus l'absorption ou l'intégration 117

Conclusion de la première partie 121

***DEUXIÈME PARTIE* : La création d'un corpus a priori de configurations de relations 125**

***Chapitre préliminaire* : Le secteur hospitalier comme champ d'observation 129**

***Section 1* : Le paysage sanitaire français.....130**

1. L'offre de soins 130

1.1. Les structures sanitaires 130

1.2. Des statuts juridiques différents associés à une logique spécifique de fonctionnement et d'implantation sur le territoire 131

2. Un système sanitaire composé de nombreux acteurs.....133

***Section 2* : Les réformes dans le champ hospitalier : un parcours semé d'obstacles.....134**

1. Les principaux dispositifs des lois de 1970 à 2009 relatifs à la coopération entre les établissements 134

1.1. Les relations sont d'abord encouragées par les textes de lois 135

1.2. De l'encouragement à l'incitation à la coopération 136

1.3. L'incitation à la mise en œuvre de relations se transforme en une contrainte..... 137

1.4. Les réformes multiplient et simplifient certains outils juridiques au service de la relation entre organisations 140

1.5. L'obtention de financements pour un établissement sous-tendue à des actions de coopération : une injonction à la mise en œuvre de stratégies relationnelles. 143

2. La concrétisation de formes relationnelles dans le champ hospitalier 146

2.1. Un constat : deux temps forts dans la mise en œuvre de relations 147

2.1.1. Avant les années 2000 : des relations volontaristes souvent informelles ou peu contraignantes. 147

2.1.2. A partir de 1998, une accélération des relations et une utilisation d'outils juridiques plus contraignants 148

2.2. Les réorganisations se traduisent différemment dans le secteur public et dans le secteur privé 154

***Section 3* : La contribution de la mise en œuvre de formes relationnelles à l'atteinte des objectifs des réformes : un bilan mitigé 155**

1. La rationalisation de l'offre de soins 155

1.1. La réduction du nombre d'établissements 155

1.2. La réduction du nombre de lits 156

1.3. Les économies d'échelle et de coûts 158

1.4. Une offre de soins complète et non redondante sur le territoire 159

2. La qualité et la sécurité des soins 160

3. L'amélioration de la performance du système de santé 161

4. Le pôle de santé public-privé.....164

***Chapitre 3* : Les paramètres à prendre en considération pour définir une relation entre organisations.....169**

***Section 1* : La définition de l'organisation : un pari difficile dans le cadre de l'analyse de relations 169**

1. Les différentes représentations de l'organisation 170

1.1. Une prise en compte progressive de la notion de l'organisation 170

1.2. Le tournant : l'organisation comme système de relations entre individus 172

2. Le choix d'une approche de l'organisation et ses implications pour notre travail de recherche 174

2.1. Notre point de vue sur les différentes définitions 174

2.2. Une approche de l'organisation en termes de relations entre groupes humains 175

***Section 2* : Le mode de sélection et la caractérisation des paramètres retenus 177**

1. Des éléments complémentaires sur la notion de « relation entre » et de « groupes ».....177

2. Les différents modes de sélection des critères pour décrire des relations entre groupes d'individus 179

2.1. Les critères aisément repérables dans notre revue de littérature. 179

2.2. Les critères relevés dans des articles ne traitant pas directement d'accords entre groupes d'individus 181

2.3. Les critères rajoutés pour parfaire la description de groupes qui se mettent en relation 181

3. La description des critères retenus 182

3.1. Les critères caractérisant le groupe 182

3.2. La relation du groupe observé avec un ou plusieurs partenaires 187

3.2.1. Le positionnement du groupe vis-à-vis de son partenaire 187

3.2.2. Les caractéristiques de la relation entre le groupe et son partenaire 192

***Chapitre 4:* L'élaboration d'un corpus de configurations de relations entre groupes d'individus : un processus en deux étapes.....201**

***Section 1 :* Structuration des configurations de relations à partir des critères regroupés en classe.....202**

1. Le regroupement en classe des critères 202
1.1. Un regroupement en six classes 202
1.1.1. Le procédé 202
1.1.2. Le résultat : six classes qu'il nous faut caractériser 203
1.2. La création des combinaisons d'attributs par classe 205

2. L'examen des configurations au sein de chaque classe : élimination des combinaisons incompatibles 206
2.1. Le procédé 206
2.2. Illustration par un exemple 206
2.3. Le résultat : une diminution sensible du nombre de configurations de relations 207
2.4. Essai d'illustration des configurations de relations 208

Section 2 : Association des configurations établies au sein des différentes classes.....210

1. La recherche de groupes homogènes de combinaisons d'attributs par classe 210
1.1. Présentation de la démarche 210
1.2. Mise en œuvre de la démarche : construction des arborescences. 212
1.2.1. Création de l'arborescence pour la classe A 212
1.2.2. Création de l'arborescence pour la Classe B 218

2. L'association des différents groupes homogènes de combinaisons d'attributs créés au sein des six classes.....224
2.1. La décision de ne prendre que les arborescences des classes A et B 225
2.2. L'association inter-classes des groupes homogènes de combinaisons (constituant les arborescences) passe avant tout par une réduction de leur nombre 225
2.3. L'aboutissement du travail entrepris : un corpus *a priori* de configurations de relations entre groupes 230
2.4. Mise en garde contre le caractère peu probable de certaines configurations du corpus 232

Conclusion de la deuxième partie 239

TROISIÈME PARTIE : Proposition d'un cadre d'analyse des formes relationnelles dans le secteur hospitalier 243

Chapitre préliminaire : cadre d'analyse et méthodologie de la recherche.....247

Section 1 : Le champ d'analyse et notre positionnement de chercheur 248

1. La justification de l'étude des formes relationnelles dans le champ hospitalier.....248
1.1. Un milieu hospitalier peu investi par les chercheurs 248
1.2. Mise en œuvre de relations et modification de l'organisation hospitalière 249
1.2.1. L'hôpital de 1941 à 1970 249
1.2.2. Les changements qui s'opèrent à partir des années 1970. 251

2. Notre posture de chercheur 252
2.1. Les différents courants épistémologiques 252
2.2. Notre positionnement de chercheur 253
2.3. Le positionnement de notre travail au sein des catégories de recherches en Sciences sociales 254
2.4. La méthode de recherche utilisée 255

Section 2 : Les étapes de notre démarche de recherche.....257

1. L'élaboration de la base de données de configurations de relations 257
1.1. Le choix du mode de recueil : l'étude de cas..... 257
1.1.1. Un outil adapté à la complexité de l'objet étudié 257
1.1.2. Pour une approche fondée sur des études de cas multiples..... 258
1.2. La triangulation des données comme méthode de collecte 258
1.2.1. La sélection des documents..... 259
1.2.2. Des limites qui ne remettent pas en cause la fiabilité de la recherche 260
1.3. La création de la base de données en quatre étapes 261
1.3.1. L'extraction de l'information pertinente 261
1.3.2. Le codage de l'information 262
1.3.3. La confrontation des configurations observées aux configurations de notre corpus théorique 263
1.3.4. Le contenu de la base de données..... 264

2. Le traitement des données.....265
2.1. Les méthodes d'analyse 265
2.2. Les logiciels utilisés 265

<u>Chapitre 5</u> : Description de notre base de données et essai de typologie des relations au regard de leur habillage juridique. 271

<u>Section 1</u> : Les relations dans le secteur hospitalier : des caractéristiques spécifiques. 271

1. Un résultat important pour la suite de notre recherche : les relations observées dans notre échantillon s'intègrent dans le corpus *a priori* de configurations.....272
1.1. Le contournement des difficultés rencontrées 272
1.1.1. Les données non disponibles..... 272
1.1.2. La méthode utilisée pour retrouver l'information manquante 273
1.2. Recensement des configurations de relations identifiées dans notre échantillon 276

2. L'analyse descriptive des relations met en évidence des spécificités 278
2.1. Quelques données générales sur l'échantillon..... 278
2.2. Les relations ne sont donc pas toutes fondées sur une volonté de la part du groupe de s'engager dans la relation..... 280
2.3. La relation du groupe avec son ou ses partenaires 281
2.3.1. Un objectif parfois imposé et des partenariats divers..... 282
2.3.2. Les activités concernées par la relation sont essentiellement des activités de soins 283
2.3.3. Une relation plutôt équilibrée entre les partenaires..... 285
2.3.4. Un petit nombre de partenaires et plutôt de taille inférieure 287
2.3.5. Un pouvoir des groupes environnants qui peut être influent 288
2.3.6. Les spécificités de la relation du groupe avec son partenaire 290
2.3.7. Un risque financier pour le groupe mais qui reste faible 294
2.3.8. La mise œuvre de la relation n'est pas systématique..... 295
2.3.9. Les relations dont l'objectif est atteint représentent moins d'un quart des rapprochements examinés..... 296

<u>Section 2</u> : L'habillage juridique ne discrimine pas les formes relationnelles 299

1. Etude des configurations de relations au regard de l'habillage juridique : un résultat peu concluant. 300
1.1. Les outils de coopération fonctionnelle 301
1.1.1. Les conventions sont utilisées pour tout type d'accords mais restent un instrument fragile.... 301

1.1.2. La clinique ouverte : un substitut à des formes relationnelles plus poussées. 302
1.1.3. La Fédération inter-hospitalière (FIH) : simple mutualisation de moyens 303
1.1.4. La filière et le réseau : des outils au service de la qualité de la prise en charge 304
1.1.4.1. Filière et filière de territoire : une réponse aux plans nationaux 305
1.1.4.2. Le réseau : de l'initiative d'individus à la structuration d'une relation 305
1.1.5. La Direction commune : une étape vers une relation plus poussée 306
1.1.6. La structuration d'une Communauté hospitalière de territoire (CHT) : une stratégie de groupe public. 308
1.2. Les outils de coopérations organiques 311
1.2.1. Le Syndicat inter-hospitalier (SIH) : imposé de l'extérieur, il fonctionne mal 311
1.2.2. Les groupements 312
1.2.2.1. Le groupement de coopération sanitaire (GCS) : l'outil privilégié des autorités sanitaires 312
1.2.2.2. Le Groupement d'intérêt économique (GIE) : outil adéquat pour l'exploitation d'équipements lourds 315
1.2.2.3. Le Groupement d'intérêt public (GIP) : outil adéquat pour la gestion des fonctions supports 317
1.3. Les autres outils 318
1.3.1. La structuration d'une fusion : un processus long au bilan mitigé 318
1.3.2. Les procédures suite à une fusion : application de textes 320

2. Les rapprochements non associés à une forme juridique : la relation informelle et l'alliance320
2.1. La relation informelle : une étape préalable à la relation formelle ? 320
2.2. Les alliances : une réponse à une menace 321

<u>Chapitre 6 :</u> Les relations dans le secteur hospitalier : essai de typologie et proposition d'une grille d'analyse des formes relationnelles. 325

<u>Section 1</u> : Les relations entre groupes dans le secteur hospitalier : essai de typologie 326

1. La mise en œuvre d'une taxonomie s'appuyant sur des méthodes d'analyse multidimensionnelle 326
1.1. Les méthodes d'analyse multidimensionnelle mobilisées 326
1.2. La mise en œuvre de la taxonomie 327
1.2.1. La mise en évidence de liens entre les attributs des configurations de relations avec l'analyse des correspondances multiples (ACM) 328
1.2.1.1. La sélection des variables et des individus soumis à l'analyse 328
1.2.1.2. La mise en œuvre de l'analyse des correspondances multiples 330
1.3. Les résultats prometteurs de l'analyse des correspondances multiples 330
1.3.1. Le nuage des configurations ou nuage des « individus » 331
1.3.2. Le nuage des attributs des relations 332
1.3.3. Nuage des configurations de relations en précisant la période de décision de la relation 333

2. Des profils homogènes de formes relationnelles identifiables 335
2.1. La classification ascendante hiérarchique sur les attributs des relations 336
2.2. La classification ascendante hiérarchique sur les configurations de relations 336
2.3. Le résultat : mise en évidence de groupes homogènes de configurations de relations 337
2.3.1. Travail préliminaire en vue d'une présentation synthétique des données 337
2.3.2. Caractérisation des différents groupes homogènes de configurations de relations 338
2.3.3. La synthèse des résultats 351

***Section 2* : Proposition d'un cadre d'analyse des formes relationnelles 353**

1. Le choix et l'élaboration d'un cadre d'analyse de la diversité des formes relationnelles.....353

1.1. Les apports des travaux de Williamson et de Mintzberg 354

1.2. L'option retenue : un cadre délimité par deux pôles extrêmes 355

1.2.1. Un premier pôle: la soumission totale..... 355

1.2.2. Face à la soumission totale: l'entropie 356

1.2.3. Deux pôles définis avec seulement trois critères 357

1.3. Détermination de toutes les situations théoriquement possibles entre nos deux pôles..... 361

2. Correspondance des formes relationnelles de notre base de données avec les configurations théoriques 362

2.1. Répartition des formes relationnelles de notre échantillon au sein du corpus théorique des configurations de relations..... 362

2.2. Examen des configurations de relations qui n'ont pas trouvé de correspondance au niveau de notre échantillon..... 366

2.2.1. Des configurations potentiellement contradictoires..... 367

2.2.2. Les formes relationnelles non observées dans notre échantillon 369

3. Le spectre des formes relationnelles : mise en évidence de huit processus relationnels. 371

3.1. Le positionnement des formes relationnelles en appliquant un poids à chacun des trois attributs de la relation. 371

3.2. Une cartographie de huit formes relationnelles 375

Conclusion de la troisième partie 387

Conclusion générale.....391

Références bibliographiques 403

ANNEXES 437

ANNEXE 1 : Liste des attributs retenus pour construire le corpus *a priori* **.....439**

des configurations de relations**.....439**

ANNEXE 2 : Programme sous R : calcul de toutes les combinaisons possibles **.....442**

des attributs par groupe de variables**.....442**

ANNEXE 3 : Croisement des attributs deux à deux au sein des 6 classes **.....443**

ANNEXE 4 : Identification des situations possibles ou peu probables dans le cadre d'une relation avec un rapport de force soit « équilibré » soit « *favorable*» soit « défavorable » **.....445**

ANNEXE 5 : Répartition des configurations de relations observées au sein du corpus **.....446**

ANNEXE 6 : Dépouillement complémentaire des configurations de relations observées**.....447**

dans notre base de données**.....447**

ANNEXE 7 : Extrait de la base de données complète **.....448**

ANNEXE 8 : Caractérisation de l'issue de la relation - Extrait**.....449**

ANNEXE 9 : Programme SAS pour l'analyse en correspondances multiples**.....450**

ANNEXE 10 : Les résultats de la classification sur les attributs des relations**.....451**

ANNEXE 11 : Programme SAS pour la CAH sur les configurations de relations**.....453**

Liste des tableaux insérés dans le texte 455

Liste des figures insérées dans le texte 457

Liste des abréviations 459

PROCESSUS RELATIONNELS ET STRATÉGIES DE RÉORGANISATION DU SYSTÈME HOSPITALIER FRANÇAIS :
Une analyse dynamique des accords de coopération

Résumé

Les organisations hospitalières ont engagé des processus relationnels structurants depuis 1970, sous la pression croissante des réformes qui se sont succédées dans ce secteur. Ces rapprochements ont donné lieu à une diversité de formes relationnelles identifiable par des habillages juridiques très variés. Ces processus relationnels nous informent aussi sur le statut de la relation : stable, instable, transitoire, etc. L'analyse des processus relationnels dans le champ hospitalier n'a suscité que peu d'études, contrairement au secteur industriel où les accords de coopération ont fait l'objet de nombreux écrits. L'objet de notre recherche est d'identifier et d'expliquer les structures et les fonctionnements des processus relationnels qui sont mis en œuvre dans le secteur hospitalier et d'analyser le passage d'une forme relationnelle à une autre. Notre application empirique a concerné 83 formes relationnelles (formelles et informelles) qui se sont nouées, entre 1977 et 2012, au sein du système hospitalier français avec au moins un des protagonistes appartenant à la sphère publique. La mise en œuvre de plusieurs analyses dont une taxonomie ont permis de dégager des résultats originaux et stimulants pour le développement d'un champ de recherche en émergence. Les processus relationnels dans le secteur hospitalier et les accords de coopération dans le secteur industriel présentent des caractéristiques contrastées. Par ailleurs, l'élaboration d'une grille d'analyse des processus relationnels a permis de classer les formes relationnelles à l'aide de seulement trois critères. Ce travail, basé sur une analyse statistique approfondie, donne une dimension explicative et prospective à notre recherche sur les rapprochements dans le secteur hospitalier.

Mots clés : théorie des organisations, coopération, alliance, déterminants théoriques, grille d'analyse, restructuration, système hospitalier français.

RELATIONAL PROCESSES AND STRATEGIES OF REORGANIZATION FRENCH HOSPITAL SYSTEM:
A dynamic analysis of the cooperation agreements

Abstract

Hospital organizations undertook relational processes structuring since the years 1970, under the increasing pressure of the reforms which followed one another in this sector. These connections caused a diversity of relational forms identifiable by very varied legal status. These relational processes also inform us on the statute of the relation: stable, unstable, transitory, etc. The analysis of the relational processes in the hospital field caused only few studies, contrary to the industrial sector where the cooperation agreements were the object of many written papers. The object of our research is to identify and explain the structures and the way of functioning of the relational processes which are implemented in the hospital sector and to analyze the passage of a relational form to another. Our empirical application concerned 83 relational forms (formal and unformal) which were established within the French hospital system between 1977 and 2012 with at least one of the protagonists belonging to the public sphere. The implementation of several analyses whose taxonomy made it possible to bring out original and stimulative results for the development of a research area in emergence. The relational processes in the hospital sector and the cooperation agreements of the industrial sector indeed show contrasted characteristics. Moreover, the elaboration of a grid of analysis of the relational processes made it possible to classify the relational forms using only three criteria. This work, based on a thoroughly statistical analysis, gives an explanatory and prospective dimension to our research on the connections in the hospital sector.

Keywords : theory of organizations, cooperation, alliance, theoretical determinants, grid of analysis, reorganization, French hospital system.

Discipline : Sciences de Gestion