

« Perceptions des acteurs et coopérations hospitalières »

Sandrine Cueille

Maître de Conférences
Université de Pau
Institut d'Administration des Entreprises
Avenue du Doyen Poplawski
BP 575
64 012 Pau cedex - France –
Tél. (00 33) 5 59 80 75 46
Fax (00 33) 5 59 80 75 72
sandrine.cueille@univ-pau.fr

Résumé :

L'objet de cette communication est d'étudier comment les perceptions des acteurs des hôpitaux publics modèlent le recours de ces établissements à la coopération. Plus précisément, nous cherchons à montrer que les perceptions des situations relatives à l'environnement de l'hôpital et à l'organisation elle-même influencent à la fois le degré d'intégration dans un réseau de soins et le sentiment d'autonomie dans ce recours aux coopérations. La méthodologie utilisée repose sur une combinaison de démarches d'inspiration quantitative et qualitative. Nous exploitons ainsi les résultats d'une enquête nationale par questionnaire et d'une série d'entretiens semi-directifs avec des Directeurs d'hôpital. Les résultats obtenus sont de trois types et s'articulent de la manière suivante. Tout d'abord, l'état des lieux des pratiques de coopération dans les hôpitaux publics révèle, globalement, que ces établissements utilisent de manière importante les alliances comme mode de mise en œuvre de leur stratégie. La réalisation d'une typologie des hôpitaux publics permet pourtant ensuite de mettre en évidence l'existence de fortes différences entre établissements dans le degré de recours aux coopérations. Enfin, nous proposons d'expliquer, par l'analyse des perceptions des acteurs, ces niveaux d'engagement variables dans des pratiques coopératives. La conclusion d'alliances résulterait ainsi d'une assimilation, de la part des acteurs de terrain, des réalités environnementales et organisationnelles des établissements. Dans ces conditions, le recours à la coopération ne peut constituer un outil de reconfiguration du système de santé français imposé par les autorités de tutelle – soucieuses de favoriser la maîtrise des dépenses de santé et l'amélioration de la qualité des soins – ni une recette managériale applicables de façon systématique.

Mots-clés :

Hôpitaux, réseaux de soins, stratégies d'alliance, perception des acteurs, approche quantitative, approche qualitative.

Depuis plusieurs décennies, les réformes du cadre de fonctionnement institutionnel des hôpitaux publics français poursuivent un double objectif de maîtrise des dépenses du secteur public hospitalier et de préservation - voire d'amélioration - de la qualité des soins dispensés. Le développement des réseaux de soins, pouvant associer différents acteurs du système de santé (hôpitaux publics, établissements hospitaliers « participant » au service public hospitalier, établissements hospitaliers privés, médecins libéraux), permettrait d'éviter les redondances dans l'offre de soins, tout en assurant aux patients d'être accueillis dans des services bénéficiant de moyens humains et techniques importants et où la forte fréquence des actes médicaux ou chirurgicaux dispensés serait source d'une sécurité accrue. La Loi hospitalière de 1991, puis l'Ordonnance d'avril 1996, placent la coopération - associée à une contractualisation des relations entre les établissements et la tutelle de l'Etat - au cœur de la réforme du système de santé : le recours à la coopération devient en effet explicitement l'une des voies privilégiées de réalisation des objectifs formulés dans le contrat d'objectifs et de moyens.

Nous proposons d'étudier comment les perceptions des acteurs des établissements hospitaliers modèlent le recours à la coopération. Ainsi, après avoir mis en évidence, de manière globale, l'existence d'une utilisation massive des coopérations hospitalières, nous identifierons l'existence de situations individuelles contrastées en la matière, et chercherons à expliquer ces divergences. Plus précisément, nous nous efforcerons de montrer que les perceptions des situations relatives à l'environnement de l'hôpital et à l'organisation elle-même influencent à la fois le degré d'intégration dans un réseau de soins et le sentiment d'autonomie dans ce recours aux coopérations

Cet article est organisé de la manière suivante. Tout d'abord, les pratiques de coopération en milieu hospitalier et le cadre théorique utilisé sont présentés (1). Nous exposons ensuite la méthodologie adoptée (2). Enfin, les résultats obtenus sont énoncés et interprétés (3).

1. PRATIQUES DE COOPERATION EN MILIEU HOSPITALIER ET CADRE THEORIQUE

1.1 Le recours à la coopération dans les hôpitaux publics

1.1.1 Les formes du recours à la coopération dans les hôpitaux publics

Les démarches de coopération mises en œuvre par les établissements hospitaliers publics français peuvent être rattachées à deux grandes catégories : celles qui engagent au moins deux

établissements l'un envers l'autre, et celles qui lient un établissement à un ou plusieurs acteurs du système de santé libéral. Ces partenariats peuvent prendre de multiples formes organisationnelles et juridiques, plus ou moins « impliquantes » pour l'établissement, et dont le nombre s'est accru au fil des textes : convention, Syndicat Interhospitalier, Groupement d'Intérêt Public, Groupement d'Intérêt Economique, Communauté d'Etablissements de Santé, Groupement de Coopération Sanitaire...

Ces coopérations correspondent donc à un mode relationnel différent de l'affrontement direct ou de l'évitement (Kœnig, 1996). Elles répondent à la définition de l'alliance stratégique proposée par Dussauge & Garette (1997) : « (...) dans les alliances telles que nous les définissons, les entreprises partenaires s'associent pour poursuivre des objectifs communs, mais elles n'en gardent pas moins leur autonomie stratégique et conservent des intérêts qui leur sont propres ». De plus, les coopérations dans le secteur hospitalier peuvent prendre les deux formes principales de l'alliance stratégique définies par ces deux auteurs : les partenariats entre organisations concurrentes (ici, entre deux établissements hospitaliers ayant une activité généraliste, par exemple) et les partenariats entre organisations non concurrentes (ici, entre un établissement hospitalier ayant exclusivement une activité en court séjour et un centre de convalescence, par exemple).

Dans cet article, nous utilisons indifféremment les termes de « coopération », de « partenariat », ou d'« alliance » pour désigner une forme de relation différente de l'affrontement direct et de l'évitement, supposant le maintien de l'indépendance des différentes parties concernées, celles-ci pouvant être concurrentes ou non et cherchant, dans leur association, à poursuivre des objectifs communs.

1.1.2 L'autonomie des hôpitaux publics dans le recours aux coopérations

La première source d'autonomie dont disposent les hôpitaux en matière de coopération réside dans la latitude de choix concernant leur forme de mise en œuvre (notamment la forme juridique prise par le partenariat). Les textes juridiques cherchent en effet à préserver la souplesse d'utilisation des outils de coopération. Ainsi la tutelle s'exerçant a priori sur les délibérations relatives aux coopérations (lors du Conseil d'Administration des établissements) a-t-elle été supprimée. De plus, les domaines d'application de la coopération ont été progressivement élargis à toutes les missions des établissements hospitaliers publics. Enfin, des instructions ont été données afin de garantir aux établissements la capacité de négociation des modalités de mise en œuvre des partenariats (cf. Instruction du 11 septembre 1986 relative

aux conventions de fonctionnement pour la co-utilisation d'équipements matériels lourds, *in* Direction des Hôpitaux, 1992).

Concernant la prise d'initiative en matière de coopération, de nombreuses recherches témoignent de l'autonomie de décision dont disposent, dans la réalité, les établissements hospitaliers publics. Cette capacité décisionnelle est soulignée par Moisdon & Tonneau (1996), dont les études monographiques révèlent, par delà « le discours parfois incantatoire » des autorités de tutelle, la « position d'impulseur » qu'occupent le plus souvent les établissements dans la réalisation des démarches de coopération. Kerleau & *al.* (1996), étudiant les caractéristiques de la formation des coopérations hospitalières, constatent également que les établissements utilisent pleinement, dans la construction des stratégies d'alliance, les marges de liberté dont ils disposent. Pour Valette (1996), l'engagement des établissements dans des stratégies d'alliance témoigne aussi de la liberté d'initiative des établissements, et, plus, précisément, de leur capacité à modifier en leur faveur la répartition des ressources entre « offreurs de soins » et à construire une trajectoire de développement. Enfin, des responsables hospitaliers relèvent également l'existence d'une capacité d'initiative forte des établissements en matière de coopération (Le Ludec & Massiot, 1996).

Les coopérations conclues par les hôpitaux publics français apparaissent ainsi comme un mode de mise en œuvre de la stratégie de ces établissements, pouvant représenter un moyen de faire face aux pressions accrues émanant de l'environnement concurrentiel des établissements. Le développement des pratiques coopératives dans le secteur sanitaire français peut également être interprété comme la résultante de l'imbrication entre actions économiques et réseaux sociaux. Ce phénomène d'« encastrement », décrit précisément par Granovetter & *al.* (2000) dans le cas de la Silicon Valley américaine, peut en effet être identifié pour expliquer le recours des hôpitaux aux coopérations, celles-ci se fondant dans l'intrication entre phénomènes économiques (contraintes budgétaires, limitation de l'accès aux ressources) et réalités culturelles ou politiques (existence de valeurs partagées, de relations de confiance, poursuite de stratégies individuelles ou collectives).

1.2 Cadre théorique

Notre étude repose d'une part sur l'idée de l'importance des perceptions des acteurs dans la formulation des choix stratégiques d'une organisation (1.2.1). Elle se réfère d'autre part à l'existence d'une interaction entre variables environnementales et organisationnelles et entre différentes composantes de l'organisation, interaction dans laquelle se fondent les choix

stratégiques de l'organisation (1.2.2). Ce positionnement théorique se répercute sur les choix méthodologiques effectués (cf. 2).

1.2.1 Le rôle des perceptions des acteurs dans la formulation des choix stratégiques

L'environnement d'une organisation, comme l'organisation elle-même, peuvent être considérés non comme une réalité, mais comme des éléments mis en scène, institués (*enacted*) par les acteurs (Weick, 1962 ; Crozier & Friedberg, 1977). L'environnement perçu influencerait également sur les choix stratégiques formulés par les dirigeants : la façon dont ceux-ci interprètent l'environnement les conduirait à modifier le fonctionnement organisationnel de l'entreprise et constituerait le fondement de leurs décisions stratégiques (Kalika, 1987 ; Denis, 1990 ; Bielefeld, 1992).

L'analyse de l'organisation, en tant que dynamique sociale d'élaboration du sens, conduit à accorder une place essentielle à la perception du monde par les individus. En effet, la conception que les acteurs se font de la réalité, le sens qu'ils assignent aux gens, aux objets, aux symboles qui les entourent, est à la base du processus de construction de cette réalité (Coulon, 1987). Selon cette conception de l'organisation, des caractéristiques que l'on croyait objectives - telles que la structure organisationnelle, sa mission, la description des tâches et des procédés, les pratiques... - sont en fait le résultat du processus « d'institution » de la réalité par les individus. Chacune de ces caractéristiques a une signification dans le phénomène d'élaboration de la réalité sociale et contribue à créer l'organisation elle-même : « les organisations finissent par être ce qu'elles pensent et disent à mesure que leurs idées et visions s'accomplissent » (Weick, traduit et cité par Morgan, 1989). La stratégie, résultat d'un processus de construction organisationnelle, peut être analysée comme le reflet de l'organisation au sein de laquelle elle est élaborée. Cette idée est déjà présente dans les travaux de Mintzberg & Waters (1985), lesquels, identifiant une partie émergente de la stratégie, admettent implicitement l'existence d'une « force organisationnelle », source de création stratégique. La notion d'« intention stratégique », proposée par Hamel & Prahalad (1989), est elle explicitement définie comme le résultat d'une ambition stratégique affirmée par les dirigeants, mais aussi des processus de management et des modes de fonctionnement organisationnels.

Le choix de ce positionnement théorique implique tout d'abord de s'intéresser aux perceptions des acteurs de l'hôpital pour chercher à établir le fondement du recours aux coopérations, quel que soit l'outil d'investigation utilisé (cf. 2). Ce choix suppose ensuite

d'accorder une importance toute particulière à l'organisation pour appréhender l'origine des choix stratégiques de l'organisation.

1.2.2 L'élaboration de la stratégie, résultante de l'interdépendance entre différents concepts

Notre étude s'appuie également sur l'idée que l'élaboration des choix stratégiques se fonde dans l'interaction entre différentes variables : entre l'organisation et son environnement d'une part ; entre les différentes composantes de l'organisation d'autre part.

L'idée d'une interaction entre l'organisation et son environnement est au cœur de la réflexion en stratégie d'entreprise. Selon une conception « adaptative » de celle-ci (Chaffee, 1985), son but est en effet de développer une adéquation viable (*fit*) entre l'organisation et son environnement (Hofer, 1973 ; Miles & Snow, 1978). Cette conception correspond à une vision organique de l'entreprise : assimilée à un organisme vivant, cette dernière cherche à survivre et se développer en s'adaptant sans cesse aux évolutions de son environnement (Morgan, 1989). Les théoriciens de la « contingence structurelle », en montrant l'importance de l'adéquation entre les caractéristiques de la structure organisationnelle et celles de l'environnement de l'entreprise, traduisent également le caractère indissociable de l'étude de l'organisation et de celle de son environnement (Lawrence & Lorsch, 1973).

De plus, la prise en compte, au sein de l'organisation, de dimensions sociales et politiques, indissociables des aspects économiques, constitue le fondement des recherches en Management stratégique (Ansoff & *al.*, 1976). L'existence de processus interactifs entre les variables structurelles, culturelles, comportementales et stratégiques semble depuis lors ne plus pouvoir être ignorée.

Le choix de ce positionnement théorique nous conduit d'une part à étudier l'origine du recours aux coopérations, en tant que composante des orientations stratégiques de l'hôpital, par le biais de l'analyse des perceptions de l'environnement et de l'organisation. Ce choix nous amène d'autre part à analyser les interactions entre les différentes dimensions de l'organisation et l'élaboration de la stratégie, notamment en ce qui concerne la conclusion de partenariats.

2. METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée repose sur la combinaison de démarches d'inspiration qualitative et quantitative : entretiens semi-directifs et enquête nationale par questionnaire.

Deux grandes catégories de décideurs hospitaliers¹ ont ainsi été interrogés : les Directeurs et les médecins Présidents de Commission Médicale d’Etablissement. Le Directeur incarne « l’Administration » : il remplit des fonctions gestionnaires et managériales, dans le respect des valeurs du service public. Le Président de la CME est un médecin, élu à la tête de l’instance de représentation du corps médical par ses collègues. Il détient un rôle clé au sein de l’établissement : membre de droit et vice-président du Conseil d’Administration, il est associé à la préparation des orientations stratégiques de l’établissement et intervient dans l’organisation des activités médicales.

2.1 Entretiens semi-directifs avec des Directeurs d’hôpital

2.1.1 Contenu des entretiens

Des entretiens semi-directifs, d’une durée de 1h30 à 2h, ont été réalisés, auprès de trois Directeurs d’hôpital. Un guide d’entretien (cf. Tableau 1) a été élaboré pour faciliter la conduite des interviews. Celui-ci, conformément au cadre théorique retenu, aborde les dimensions environnementales et organisationnelles perçues pouvant intervenir dans l’élaboration des choix stratégiques de l’établissement. Plus précisément, les entretiens ont été centrés sur les thèmes des évolutions de l’environnement de l’établissement et des répercussions internes de ces évolutions.

Tableau 1 : Guide des entretiens semi-directifs avec les Directeurs d’hôpital

<p><u>1. PERCEPTIONS DES EVOLUTIONS DE L’ENVIRONNEMENT</u></p> <p><i>Thèmes abordés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mutations récentes de l’environnement semblant les plus significatives - Réaction par rapport à la notion de concurrence - Définition de la concurrence sur la zone sanitaire - Jugement sur les évolutions récentes de l’environnement de l’établissement
<p><u>2. REPERCUSSIONS INTERNES DES MUTATIONS DE L’ENVIRONNEMENT</u></p> <p><i>Thèmes abordés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Impact perçu des mutations de l’environnement sur le comportement des acteurs - Impact perçu des mutations de l’environnement sur le mode de fonctionnement de l’organisation - Impact perçu des mutations de l’environnement sur le processus stratégique (notamment sur le recours aux coopérations)

2.1.2 Sélection des Directeurs d'hôpital interrogés

Les établissements dont les Directeurs ont été interrogés ont été déterminés par tirage au sort, chacun dans une catégorie de taille² différente, indiquée dans la base de données du PMSI³, obtenue auprès du service statistique du Ministère de la Santé (SESI). Cette appartenance à des catégories de taille distinctes permet de représenter des situations potentiellement différentes, notamment en termes de caractéristiques démographiques, de concurrence rencontrée, de fonctionnement organisationnel... Cette démarche repose sur l'existence d'une base de sondage stratifiée (Berthier & Berthier, 1971).

Le premier établissement (E1), situé dans une préfecture départementale d'environ cinquante mille habitants, appartient à la troisième classe de taille dans la base de données PMSI (Centres Hospitaliers de 10001 à 16000 RSA). Le deuxième établissement (E2) se situe dans la première classe de taille (Centres Hospitaliers de moins de 5500 RSA) et est implanté dans une petite localité d'environ cinq mille habitants, en milieu rural. Le troisième établissement (E3), appartenant à la quatrième classe de taille (Centre Hospitaliers de plus de 16000 RSA), est situé dans une préfecture départementale d'un peu plus de cinquante mille habitants.

2.2 Enquête nationale par questionnaire

Nous exploitons également dans cet article une partie des résultats d'une enquête par questionnaire, menée au plan national en 1999 auprès des Directeurs et des médecins Présidents de CME ayant une activité significative en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), soit environ 500 établissements. Cette enquête, conduite en collaboration avec la *Fédération Hospitalière de France*, a permis d'obtenir les réponses de 276 décideurs hospitaliers, représentant 51% des établissements de la population étudiée.

2.2.1 Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon disponible est représentatif, à la fois en termes de taille et de région d'implantation, de la population étudiée. En revanche, les réponses des Présidents de Commission Médicale sont sous-représentées dans l'échantillon (constitué de 173 réponses de Directeurs, de 100 réponses de Présidents de Commission et de 3 réponses communes). Après avoir vérifié l'absence de lien entre la fonction du répondant et les variables relatives à la stratégie de l'établissement (notamment celles concernant le recours aux coopérations), le redressement de l'échantillon n'a pas été entrepris.

2.2.2 Dimensions étudiées

Le questionnaire proposé à ces décideurs hospitaliers, en accord avec le cadre théorique retenu, permet d'appréhender leurs perceptions relatives à l'environnement de l'établissement, à son organisation interne et à sa stratégie (parmi lesquelles celles concernant le recours aux coopérations). L'organisation est étudiée par le biais de variables relatives à la structure, à la culture et au comportement des acteurs, conformément au positionnement théorique de cette recherche. Nous présentons ici de manière détaillée les dimensions relatives aux démarches de coopération qui ont été abordées dans le questionnaire.

- Première dimension : « indépendance dans les choix stratégiques »

Cette dimension permet d'identifier quelle est l'autonomie ressentie par les responsables interrogés dans les choix stratégiques, à la fois de manière générale et sur la question spécifique des coopérations.

- Deuxième dimension : « degré de recours aux coopérations »

Le degré de recours aux coopérations a été mesuré en cherchant à appréhender d'une part l'ampleur des coopérations mises en œuvre - ou degré de recours « absolu » - et, d'autre part, l'importance des partenariats conclus au regard de l'activité de l'établissement - ou degré de recours « relatif ».

- Troisième dimension : « nature des coopérations entreprises »

La nature des partenariats entrepris a été évaluée par le biais du type de partenaire : établissements de santé concurrents, établissements de santé non concurrents, médecins de ville...

3. RESULTATS

Les résultats obtenus sont de trois types et s'articulent de la manière suivante. Tout d'abord, l'état des lieux des pratiques de coopération dans les hôpitaux publics révèle, globalement, que ces établissements utilisent de manière importante les alliances comme mode de mise en œuvre de leur stratégie (3.1). La réalisation d'une typologie des hôpitaux publics permet pourtant de mettre en évidence l'existence de fortes différences entre établissements dans le degré de recours aux coopérations (3.2). Enfin, nous proposons d'expliquer, par l'analyse des perceptions des acteurs, ces niveaux d'engagement variables dans des pratiques coopératives (3.3).

3.1 Etat des lieux des pratiques de coopération dans les hôpitaux publics

Une première catégorie de résultats, d'ordre descriptif, offre un état des lieux des pratiques de coopération mises en œuvre par les hôpitaux publics français : nombre de démarches, nature et forme juridique.

3.1.1 Autonomie perçue dans les décisions stratégiques

Plus de **69%** des répondants perçoivent l'influence de l'établissement sur les décisions stratégiques comme supérieure ou égale à celle de la tutelle.

Au niveau du mode de mise en œuvre de la stratégie, l'existence possible de coopérations forcées est mentionnée par un peu plus de **25%** des répondants. Près de **75%** d'entre eux ne considèrent pas les coopérations comme le fruit d'une décision imposée par la tutelle. Concernant les coopérations déjà mises en œuvre ou en projet, un peu plus de **8%** des répondants affirment que l'ensemble des démarches coopératives impliquant leur établissement a été imposé par la tutelle. Pour un peu moins de **28%** des répondants, leur établissement a été l'initiateur de toutes les coopérations réalisées. Plus de **73%** d'entre eux perçoivent leur capacité d'initiative en la matière comme relativement importante (score supérieur ou égal à 2 sur une échelle allant de 1 à 3).

3.1.2 Perceptions relatives aux coopérations

- Degré de recours aux coopérations

Près de **4%** des répondants ne mentionnent l'existence d'aucun partenariat dans lequel serait engagé leur établissement, quel que soit le niveau d'avancement de cet accord. Près de **13%** font état d'une démarche de coopération, **27%** de deux démarches, et près de **57%** d'au moins trois démarches de cette nature.

Parmi les personnes ayant mentionné l'existence d'au moins une démarche de coopération, près de **16%** font seulement état de démarches en phase de projet. Pour les personnes ayant mentionné trois démarches de coopération, l'état d'avancement le plus fréquemment cité correspond au score 8 (sur une échelle allant de 3 à 12), ce qui suppose l'existence de deux coopérations mises en œuvre depuis moins d'un an, ou d'une coopération mise en œuvre depuis plus d'un an.

- Forme des coopérations

Parmi les répondants mentionnant le projet ou la mise en œuvre d'au moins une démarche de nature partenariale, près de **78%** citent au moins une démarche de coopération engagée avec

un autre établissement, public ou privé. Une seule réponse (**0,4%** des répondants) ne fait état que de partenariats avec des médecins libéraux. Enfin, près de **22%** des répondants mentionnent à la fois l'existence de coopérations avec d'autres établissements et avec la médecine de ville.

Toujours parmi ces répondants, environ **82%** citent exclusivement des partenariats avec des établissements ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique - alliances concurrentielles. Un peu plus de **1%** ne mentionnent que des coopérations avec des établissements n'exerçant pas ce type d'activité (établissements psychiatriques, centres de rééducation, maisons de repos...), c'est-à-dire des alliances non concurrentielles. Près de **17%** des répondants font état des deux types de partenaires.

La forme juridique de coopération la plus fréquemment citée est la convention : plus de **41%** des répondants concernés par les démarches coopératives ne font état que de conventions. Environ **10%** des réponses révèlent des formes juridiques très impliquantes pour l'activité de l'établissement (par exemple, création d'un GIP ou un GIE, ou encore réalisation d'une fusion entre services).

3.2 Evaluation de l'homogénéité du recours aux coopérations : une typologie des hôpitaux publics

Une représentation plus précise du recours aux coopérations dans le secteur public hospitalier, permettant en particulier d'apprécier l'homogénéité de ce phénomène, peut être obtenue en analysant les résultats d'une typologie des hôpitaux publics français, conduite à partir de l'enquête par questionnaire réalisée. Cette typologie est fondée sur la prise en compte de variables perceptuelles relatives à l'environnement, à l'organisation, et à la stratégie de l'établissement ; elle permet notamment de faire apparaître des différences entre les cinq classes d'établissements identifiés en termes de recours aux coopérations.

3.2.1 Les « passifs »

Les caractéristiques des établissements correspondant à cette classe de répondants suggèrent que l'on a principalement affaire à des hôpitaux locaux⁴. De petite taille, implantés dans des zones à faible poids démographique, les hôpitaux locaux réalisent l'essentiel de leur activité en médecine, long séjour, gériatrie, et soins de suite. Ils bénéficient d'une situation quasi monopolistique sur ces domaines d'activité, pour lesquels les modes de financement sont peu sujets à mutation, ce qui se traduit par un sentiment de concurrence plutôt faible. Dans ces

conditions, la nécessité d'adapter l'organisation au changement n'est pas ressentie, ce qui est cohérent avec une structure décrite, en moyenne, comme relativement fermée au changement. Le degré de recours aux coopérations ne constitue pas une variable discriminante pour cette classe d'établissements⁵.

3.2.2 Les « non coopératifs »

Les établissements décrits par cette classe de répondants sont dans une situation favorable : ils détiennent en effet un plateau technique important, source d'une activité génératrice de points ISA⁶, et donc bien rémunérée⁷. Ils ont ainsi un accès relativement facile à la ressource financière.

Leur stratégie, caractérisée par un faible recours aux coopérations, s'explique par leur positionnement plutôt favorable en termes d'accès aux ressources, qui ne les place pas en position de demandeurs en matière de réalisation de partenariats.

3.2.3 Les « inhibés »

Les établissements correspondant à cette classe de répondants sont soumis à une remise en cause de leur activité et à des menaces de restructuration. Leurs caractéristiques sont proches de celles des anciens Centres Hospitaliers Généraux⁸, héritiers des hôpitaux-hospices. Disposant d'un plateau technique minimal pour l'accueil des urgences, ces établissements souffrent désormais d'un accès difficile au financement. Traditionnellement repliés sur eux-mêmes, habitués à un fonctionnement autarcique, le corps social y semble globalement hostile aux évolutions devenues nécessaires. L'absence de solution stratégique formulée traduit cette difficulté d'adaptation.

Comme pour les établissements de la première classe, le degré de recours aux coopérations ne constitue pas un élément discriminant pour les « inhibés »⁹.

L'établissement E2 correspond à cette classe de répondants.

3.2.4 Les « leaders coopératifs »

Les établissements décrits par la classe 4 des répondants peuvent correspondre à de gros centres hospitaliers, qui jouent le rôle de « pivot » dans leur secteur sanitaire (notion d'hôpital « de référence », ou d'hôpital « tête de secteur sanitaire »). Situés dans des villes relativement importantes, ils subissent la concurrence d'autres établissements, en particulier de cliniques privées. L'accès aux ressources ne constitue néanmoins pas pour eux un problème majeur. La

politique de restructuration va en effet fréquemment dans le sens d'un renforcement des établissements de ce type.

Souvent placés au cœur du dispositif de coopération entre les « offreurs de soins » de leur secteur sanitaire, ces hôpitaux développent une stratégie dont la mise en œuvre repose sur le recours aux coopérations.

On retrouve l'établissement E3 dans cette classe de répondants.

3.2.5 Les « combattifs »

Les établissements décrits par les répondants de la classe 5 peuvent être considérés comme spécialisés dans une activité hors MCO ne reposant pas sur un plateau technique très développé : psychiatrie, long séjour... Cette spécialisation peut résulter d'une politique de reconversion de leur activité, dont la mise en œuvre est facilitée par l'ouverture au changement de l'organisation. Avec une activité centrée sur un « créneau » relativement étroit, ces établissements peuvent mener une stratégie proche de celle d'une clinique spécialisée : exploitation des mutations de l'environnement, corps médical à l'initiative du changement, formulation d'une ambition stratégique forte.

Le degré de recours aux coopérations ne permet pas de discriminer ces établissements¹⁰.

L'établissement E1 correspond à cette classe de répondants.

3.3 Identification et analyse des perceptions d'acteurs modelant le recours aux coopérations

Face à ce constat d'une importante hétérogénéité dans le recours aux pratiques coopératives, nous proposons enfin d'identifier le rôle des perceptions des responsables hospitaliers - concernant à la fois l'environnement de l'établissement et son mode de fonctionnement organisationnel (en termes de structure et de comportement des acteurs notamment) - dans le degré de recours aux coopérations et dans le sentiment d'autonomie vis-à-vis de ces coopérations.

3.3.1 Résultats de l'analyse de contenu des discours des directeurs d'hôpitaux

Les entretiens semi-directifs menés auprès des Directeurs des établissements ont donné lieu à une analyse de contenu. Cette dernière est de nature thématique et porte donc directement sur le sens des propos tenus par les personnes interrogées. Le découpage des retranscriptions verbatim sera donc fondé sur un critère d'ordre sémantique (le « thème »), et non d'ordre

linguistique, tel que le « mot » ou la « phrase » (Bardin, 1977). De plus, l'analyse de contenu effectuée est de caractère qualitatif. Celle-ci ne repose donc pas sur le calcul des fréquences d'apparition de certains éléments du message.

- Codage des retranscriptions verbatim

Le codage des retranscriptions verbatim conduit à l'élaboration de la grille thématique (Ghiglione & al., 1980). La lecture verticale des retranscriptions permet de mettre en évidence des « unités d'enregistrement » (Bardin, 1977), correspondant aux thèmes constitutifs du guide d'entretien (cf. Tableau 1). Ensuite, au fur et à mesure de la lecture, des idées clés (ou sous-thèmes) sont identifiés (cf. Tableau 2). L'analyse que nous proposons est illustrée par quelques retranscriptions sélectionnées, « phrases témoins » particulièrement représentatives des idées clés mises en évidence.

- Perception de l'environnement de l'établissement :

L'intensité concurrentielle perçue, émanant de l'environnement de l'établissement, apparaît tout d'abord comme l'une de ses composantes majeures :

« Les concurrents, je sais ce que c'est : il y a six cliniques privées à Y (la ville d'implantation). La semaine, les gens choisissent, le week-end, ils viennent à l'hôpital parce que les cliniques sont fermées. Je n'ai pas les mêmes clients que les cliniques. » (E3)

Le rôle joué par l'hôpital dans son environnement est souvent analysé par le biais des spécificités perçues du secteur public hospitalier et de la définition de la stratégie d'un hôpital public :

« Il y a le problème de l'inégalité du financement entre le public et le privé (...) La logique financière s'oppose à la logique de qualité. Il faut définir la vocation de l'hôpital par rapport à celle de la clinique. » (E1)

Enfin, la stratégie est souvent définie comme un moyen de s'adapter aux évolutions de l'environnement concurrentiel de l'établissement :

« Le point de départ est d'arriver à attirer des patients, ce qui permet ensuite d'obtenir des ressources, puis d'accroître la notoriété. » (E1)

« C'est une politique offensive en termes de conquête de parts de marché, et une politique de clarification en termes de répartition des marchés, suite à la mise en vente des cliniques. » (E1)

« La stratégie est une stratégie de survie. » (E2)

- Perception de l'organisation :

La question de la prise de conscience, au sein de l'organisation, des mutations de l'environnement par les différents acteurs de l'établissement a été abordée. Les Directeurs interrogés ont également évoqué le comportement de ces acteurs face au changement.

Concernant ces deux premiers sous-thèmes, des distinctions ont souvent été formulées en fonction du corps professionnel des acteurs.

« Il y a prise de conscience des contraintes, mais pas des solutions à apporter. Il y a une inquiétude par rapport à l'avenir : après dix ans de budget global, il y a inquiétude par rapport à la fongibilité des budgets. » (E1)

« Cependant, la manière de réagir est différente : les médecins ont bien perçu l'évolution et ceux qui restent font de leur mieux. Les autres catégories sont dans une logique de défense des acquis, de réaction du type "je ne veux pas savoir". Par exemple, on a trop de personnel de nuit car c'est pratique pour les femmes d'agriculteurs qui ont ainsi peu d'heures à faire à l'hôpital, elles sont chez elles la journée et assurent un revenu régulier. Il a été impossible de faire prendre des horaires de jour, j'ai failli me faire séquestrer. » (E2)

Les propos relatifs à l'impact des mutations de l'environnement sur le mode de fonctionnement de l'organisation peuvent être organisés autour de trois sous-thèmes : la diffusion des préoccupations gestionnaires dans l'établissement, et notamment dans le corps médical ; la mise en œuvre de réflexions transversales ; enfin, le rôle de l'équipe de Direction face au changement.

« Les réflexions transversales existent mais sont très difficiles à implanter. Cet établissement a une structure verticale très forte. » (E1)

« Les centres de responsabilité en gestion, j'y suis favorable, des médecins aussi. On doit être leader en la matière et on a une équipe d'analyse de gestion, des tableaux de bord. » (E3)

« On (l'équipe de Direction) a du mal à valoriser le changement, il est seulement vécu comme négatif. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ce sera pire si on ne le fait pas. » (E1)

- Relations entre mutations de l'environnement de l'établissement et coopérations :

Au cours des entretiens menés, les directeurs évoquent les changements rencontrés depuis une période récente dans la situation concurrentielle de leur établissement. Cette évocation les conduit parfois à mentionner l'impact des démarches de coopération sur leur environnement concurrentiel et sur la définition de la stratégie de l'établissement :

« Il y a eu le regroupement des cliniques suite à la mise en vente de deux d'entre elles. Combien a-t-on d'adversaires? Comment tirer les marrons du feu? (...) Se pose donc la question de la redéfinition du rôle de l'hôpital face à ces changements : hôpital de jour, ou centre de services et de compétences. Sur X (la ville d'implantation) se pose la question de savoir si on sera ou non en situation de monopole. » (E1)

Les Directeurs interrogés ont également parfois évoqué les répercussions des mutations de l'environnement, notamment dans leurs aspects juridiques, sur la mise en œuvre de coopérations :

« Dans l'interprétation logique du texte de loi, la coopération semble la voie logique, en pratique, la coopération est davantage une nébuleuse, une vue de l'esprit. » (E1)

- Autonomie de l'établissement dans ses décisions stratégiques :

Nos interlocuteurs évoquent également, souvent de manière indirecte, la question de l'indépendance de l'établissement à l'égard de la tutelle de l'Etat dans ses décisions stratégiques :

« (Au niveau des médecins), l'attitude générale est : "de toute façon, on va décider pour nous, alors on n'a qu'à nous dire ce qu'on doit faire". » (E1)

« En avril 97, on a eu le retour fait par la DRASS sur notre projet d'établissement. Il n'y a rien eu à discuter, ça a duré 20 minutes, et on nous a annoncé la reprise (la diminution) des crédits. » (E2)

En particulier, l'impact de l'instauration du contrat d'objectifs et de moyens sur le processus stratégique de l'établissement est souvent analysé. Ce sous-thème offre un éclairage sur le mode de décision stratégique :

« Le contrat devient le projet de tous, à la différence du projet d'établissement, puisque l'Etat s'engage, ce qui est un facteur important. » (E3)

« La visibilité est meilleure sur le développement de l'activité, mais ça ne change pas grand chose car le budget est toujours annuel (...). Le contrat ne sera-t-il pas un simple habillage pour faire passer des mesures? Ne sera-t-il pas nécessairement léonin? » (E1)

La question de l'indépendance de l'établissement dans le recours aux coopérations est également parfois abordée :

« La technique de la tutelle est d'attendre que les médecins partent : d'abord les chirurgiens, puis les anesthésistes, puis la radiologie, puis les permanences à la maternité. Alors les normes ne sont plus couvertes et ils ferment des services. » (E2)

« En ce qui concerne les stratégies de collaboration, je ne crois que dans les stratégies d'intérêts. Je crois donc qu'il y a alliance quand il y a intérêt. » (E3)

« Les groupements de coopération, les collaborations sont souvent des stratégies contraintes de survie. Pour les fusions de services, (...) ça instaure souvent une relation dominant-dominé. » (E2)

Tableau 2 : Grille thématique de codage des entretiens avec les Directeurs d'hôpital

<p style="text-align: center;"><u>1. PERCEPTIONS DE L'ENVIRONNEMENT</u> <i>Sous-thèmes identifiés :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Intensité concurrentielle- Rôle de l'hôpital public dans son environnement- La stratégie, moyen d'adaptation à l'environnement concurrentiel <p style="text-align: center;"><u>2. PERCEPTIONS DE L'ORGANISATION</u> <i>Sous-thèmes identifiés :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Prise de conscience des mutations de l'environnement par les différents acteurs et comportement des différents acteurs par rapport à ces mutations- Diffusion des préoccupations gestionnaires (dans l'établissement en général, et dans le corps médical en particulier)- Réflexions transversales : existence et thèmes (qualité, formation, système d'information...)- Rôle de l'équipe de Direction face au changement <p style="text-align: center;"><u>3. AUTONOMIE DE L'ETABLISSEMENT DANS SES DECISIONS STRATEGIQUES</u> <i>Sous-thèmes identifiés :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Impact de l'instauration du contrat d'objectifs et de moyens sur l'autonomie stratégique- Autonomie de l'établissement en matière de recours aux coopérations <p style="text-align: center;"><u>4. MUTATIONS DE L'ENVIRONNEMENT ET RECOURS AUX COOPERATIONS</u> <i>Sous-thèmes identifiés :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Impact de l'existence de démarches de coopération sur l'environnement concurrentiel de l'établissement- Impact des mutation de l'environnement sur la décision de recours aux coopérations
--

- Présentation des résultats de l'analyse de contenu dans une perspective de différenciation des points de vue

La mise en évidence des différences de points de vue pouvant exister entre les acteurs interrogés constitue également un objectif de l'analyse de contenu thématique (Ghiglione & al., 1980). La différenciation repose sur la lecture transversale des retranscriptions d'entretiens, qui permet de comparer les perceptions des personnes interrogées sur chacun des sous-thèmes identifiés. Nous présentons, sous forme de tableau (cf. Tableau 3), la synthèse, effectuée dans une perspective de différenciation des points de vue, de l'analyse de contenu des entretiens avec les Directeurs d'hôpital.

3.3.2 Interprétation des différents résultats : le rôle des perceptions des acteurs dans le recours aux coopérations

Le Tableau 4 présente une synthèse des perceptions des Directeurs d'hôpital interrogés concernant l'environnement de leur établissement et le fonctionnement de leur organisation, une estimation du degré de recours aux coopérations par ces établissements, et l'appréciation portée par ces dirigeants sur l'autonomie en matière de coopération.

Tableau 3 : Synthèse de l'analyse de contenu thématique des entretiens avec les Directeurs d'hôpital
dans une perspective de différenciation des points de vue

	Etablissement 1 (classe des « combattifs »)	Etablissement 2 (classe des « inhibés »)	Etablissement 3 (classe des « leaders coopératifs »)
1. Perception de l'environnement			
- Identification des concurrents et des domaines d'activité soumis à concurrence	- 2 cliniques en ville (avec spécialisation en chirurgie et traumatologie) - Pôle d'attraction de la capitale régionale (CHU, cliniques spécialisées)	Fuite massive vers les établissements de la ville moyenne voisine pour tous les domaines d'activité	- 6 cliniques en ville avec le partage traditionnel des rôles (chirurgie pour les cliniques) et de la population - Proximité du CHU d'une préfecture régionale
- Commentaires sur la notion de concurrence	- Problème de l'inégalité du financement entre le secteur privé (au praticien) et le secteur public (budget global) - Question de la définition de la vocation de l'hôpital par rapport à la clinique	Perte progressive de la clientèle (essentiellement au profit d'une ville moyenne voisine) et de l'équipement technique	- Règles du jeu différentes entre le secteur privé et le secteur public - Caractère spécifique du service offert (non assimilable à un bien ordinaire)
- La stratégie, moyen d'adaptation à l'environnement concurrentiel	- Politique offensive (conquête de parts de marché) - Politique de clarification à la suite de la fusion de 2 cliniques (répartition des marchés) - 2 axes stratégiques : le renforcement du plateau technique et les urgences	- Stratégie de survie avec recours forcé aux partenariats - 3 axes stratégiques : les urgences (en coopération avec un CH voisin), un pôle personnes âgées (en coopération avec d'autres établissements), et la transformation en hôpital de jour (diagnostic et orientation)	- Politique offensive (développement d'activités) autour de 2 axes stratégiques : devenir le pôle de référence dans certaines spécialités, et créer un centre d'aide au diagnostic (via la collaboration entre établissements) - Politique de modernisation générale et de mise en œuvre d'une démarche de management stratégique (objectifs : la qualité en vue de l'accréditation et la mise en valeur des personnes)

	Etablissement 1 (classe des « combattifs »)	Etablissement 2 (classe des « inhibés »)	Etablissement 3 (classe des « leaders coopératifs »)
2. Perception de l'organisation - Prise de conscience des mutations de l'environnement par les acteurs de l'établissement et comportement de ces acteurs face au changement	- Prise de conscience générale des contraintes, mais pas des solutions à apporter, d'où un climat général d'inquiétude - Comportement non offensif par rapport aux mutations de l'environnement, plus défensif que participatif - Prise de conscience de la CME effective, mais incompréhension face au langage "faire plus avec moins"	- Inquiétude générale mais réactions différentes d'un corps professionnel à l'autre - Efforts et bonne volonté de la part des médecins qui restent (comportement lucide de la CME) - Très forte agressivité dans une logique de défense des acquis de la part des autres corps professionnels	- Cependant, forte résistance du corps social, flexibilité très faible (forte syndicalisation) - Médecins considérés comme des alliés du changement, malgré leur attitude parfois peu enthousiaste
- Impact des mutations de l'environnement sur la diffusion des préoccupations gestionnaires (en particulier dans le corps médical)	- Logique de prise en compte de l'environnement partagée uniquement par la Direction et le président de la CME (pas par les médecins)	Entente (forcée, vue la situation) entre le Directeur et la CME	Forte communication entre la Direction et le corps médical, dans l'objectif de mettre place un travail d'équipe entre la CME et les membres de la Direction
- Impact des mutations de l'environnement sur la mise en œuvre de réflexions transversales	- Réflexions conduites d'abord au niveau des outils (en particulier, sur l'harmonisation du système d'information) - Difficultés pour passer de la réflexion à la mise en pratique (organisation très "verticale" et comportements très corporatistes)	Services totalement repliés sur eux-mêmes, attitude craintive et défensive	Groupes de réflexion sur des projets communs (phase de passage de la réflexion à l'action)
- Rôle de l'équipe de Direction (ED) face au changement	- Bonne entente au sein de l'ED - Volonté de changement, issue de l'ED, bien perçue par les services - Mais difficulté à valoriser le changement, vécu seulement comme négatif	- Absence d'ED - Directeur intérimaire en charge de toutes les fonctions (difficulté de la tutelle à trouver une personne acceptant le poste de Directeur)	- Forte volonté de changement émanant de l'ED bien perçue, ainsi que la sérénité et l'enthousiasme qui l'accompagnent - Adhésion à la ligne de conduite pour 5 membres de l'ED sur 8, attitude de "suiveurs" pour 2, départ d'1 opposant

	Etablissement 1 (classe des « combattifs »)	Etablissement 2 (classe des « inhibés »)	Etablissement 3 (classe des « leaders coopératifs »)
3. Autonomie de l'établissement dans ses décisions stratégiques - Rôle du contrat d'objectifs et de moyens	Visibilité meilleure sur le développement de l'activité, mais peu de changements en pratique (risque d'un contrat léonin)	Caractère positif d'une orientation à 3 ou 5 ans, mais contrat perçu avant tout comme un moyen de faire des économies	- Différence nette entre le contrat et le projet du fait de l'engagement de l'Etat - Cadre pluriannuel, à la fois plus calme, mais aussi plus contraignant - Contrat vu aussi comme un élément de tactique à utiliser par la Direction pour faire passer des décisions en interne
- Autonomie de l'établissement dans le recours aux coopérations	- Coopération vécue en pratique comme peu satisfaisante (politique du donnant-donnant) et difficile à mettre en œuvre, du fait du clivage culturel entre le public et le privé	- Mais pour les regroupements de services, collaboration vécue comme une stratégie contrainte de survie (conduisant à une relation dominant-dominé)	- Doute sur la possibilité d'envisager des stratégies contraintes de collaboration
4. Mutations de l'environnement et recours aux coopérations - Modelage de l'environnement par l'existence de coopérations	Situation concurrentielle à redéfinir à la suite de la fusion de 2 cliniques de la ville : répartition des activités et des lits à mettre en place (modification du schéma concurrentiel et du positionnement stratégique)	- 1994 : perte du plateau technique - 1997 : fermeture de 2 services et de la maternité, coopération forcée avec un CH voisin pour le partage des urgences	Alliance entre l'établissement et les cliniques privées pour le partage d'équipements lourds (GIE)
- Répercussion des mutations de l'environnement sur la mise en œuvre de coopérations	- Coopération perçue comme la voie théoriquement logique : conscience du lien entre les possibilités d'expansion et les démarches de partenariat	- Coopération forcée avec un CH voisin pour le partage des urgences - Pour les activités logistiques et les équipements lourds, existence d'une collaboration réelle et souhaitée par les 2 partenaires	- Réalisation d'alliances stratégiques si conformes à l'intérêt de l'établissement (<i>ie.</i> perçues comme un moyen de renforcer ses positions stratégiques)

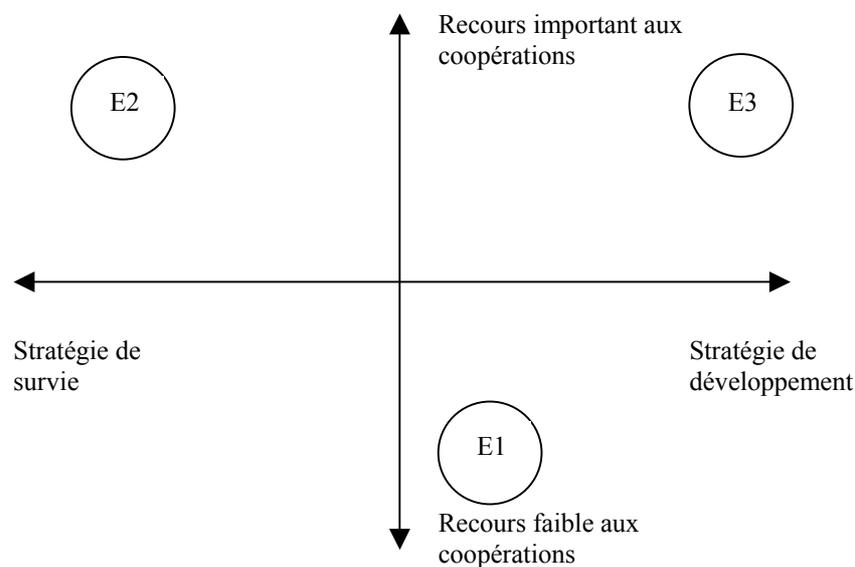
Tableau 4 : Perceptions des Directeurs d'hôpital et recours aux coopérations

	Perception de l'environnement	Perception de l'organisation	Degré de recours aux coopérations	Autonomie dans le recours aux coopérations
Etablissement 1 (classe des « combattifs »)	<ul style="list-style-type: none"> - Concurrence objectivement forte pour l'accès aux clients et aux ressources financières - Effort d'analyse de l'environnement, volonté de faire face (conduite d'une analyse stratégique de l'environnement) 	<ul style="list-style-type: none"> - Climat d'inquiétude, opposition du corps médical au changement - Organisation cloisonnée, mais réflexions dans le but de développer la transversalité - Equipe de Direction soudée, cherchant à impulser le changement (avec difficulté) 	<p>Non (même si la coopération est perçue comme la voie théoriquement logique)</p> <p>Stratégie de maintien voire de développement de l'activité</p>	Pas de logique gagnant-gagnant possible
Etablissement 2 (classe des « inhibés »)	<ul style="list-style-type: none"> - Environnement objectivement très hostile et ressenti comme tel - Absence d'analyse stratégique de l'environnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Climat d'agressivité, hostilité à l'égard du changement, mais soutien du corps médical résiduel au processus de changement - Organisation cloisonnée, absence de projets de management - Absence d'équipe de Direction 	<p>Oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - convention de partage des équipements lourds et de certaines activités logistiques - partage du service des urgences avec un CH voisin <p>Stratégie de survie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - autonomie forte (logique gagnant-gagnant) - autonomie très faible
Etablissement 3 (classe des « leaders coopératifs »)	<ul style="list-style-type: none"> - Concurrence objectivement forte pour l'accès aux clients - Analyse stratégique de l'environnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation rigide, « résistante » au changement, mais avec appui du corps médical - Développement de projets de management - Equipe de Direction unie, soucieuse de communiquer avec l'ensemble des acteurs et d'insuffler le changement 	<p>Oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coopération avec les cliniques privées pour le partage d'équipements lourds (GIE) <p>Stratégie de développement</p>	- autonomie forte (logique gagnant-gagnant)

A partir de cette matrice descriptive ordonnée par site (telle que définie par Huberman & Miles, 1991), sont extraits cinq graphiques (cf. Figures 1, 2, 3, 4 et 5), croisant deux dimensions importantes évaluées dans la matrice. L'analyse de ces « circomplex » conduit à l'énoncé d'un ensemble de constatations.

- Relation entre l'ambition stratégique formulée et le degré de recours aux coopérations

Figure 1 : Relation entre le degré de recours aux coopérations et l'ambition stratégique dans chacun des trois sites



L'analyse de la Figure 1 conduit à énoncer la constatation suivante :

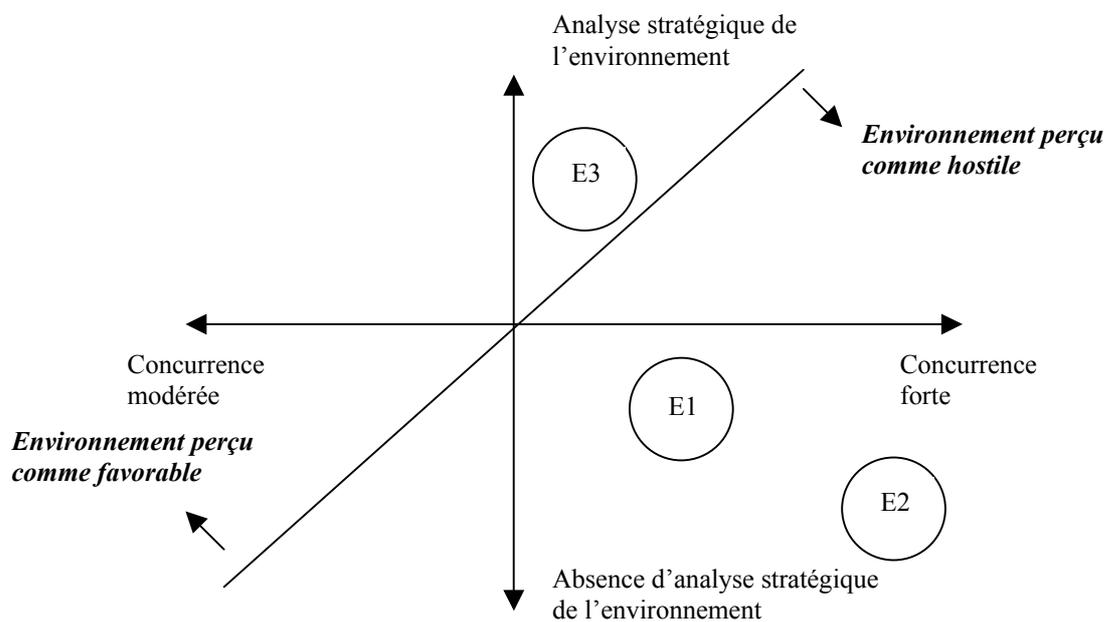
CI : La poursuite d'objectifs stratégiques similaires (développement de l'activité) peut conduire à des degrés très différents de recours aux coopérations (cf. E1 et E3).

Cette constatation suggère l'exercice d'un réel choix de mode de mise en œuvre de la stratégie dans les hôpitaux, indépendant de l'ambition stratégique formulée.

- Relations entre les perceptions relatives à l'environnement et à l'organisation et les variables relatives aux coopérations

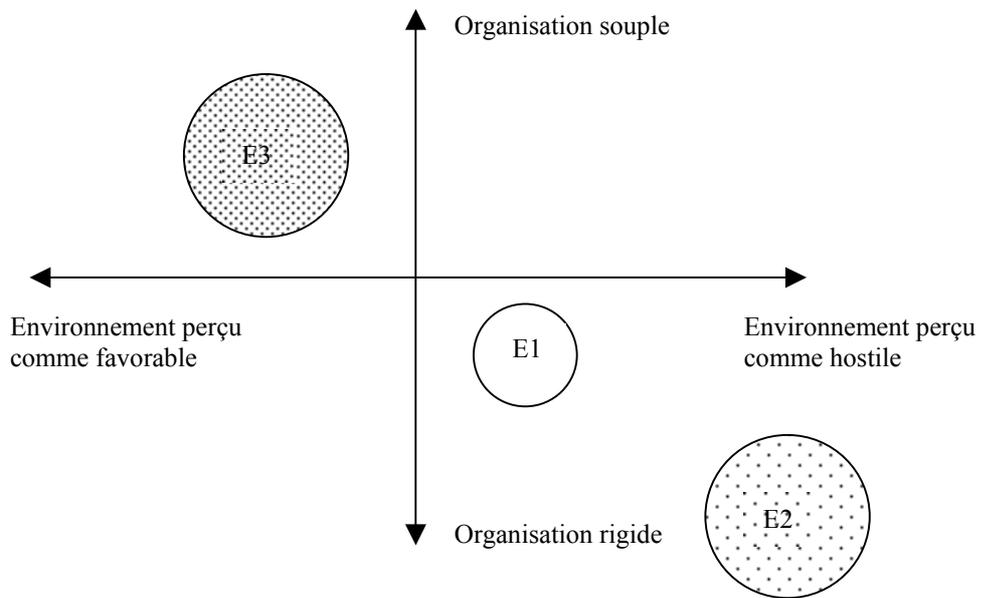
Ces relations sont étudiées à l'aide de trois « circomplexes », le premier d'entre eux (cf. Figure 2) servant à évaluer la notion d'hostilité perçue de l'environnement.

Figure 2 : Relation entre l'intensité concurrentielle et le niveau d'analyse stratégique de l'environnement déterminant le niveau perçu d'hostilité de l'environnement dans chacun des trois sites



Le croisement entre l'intensité concurrentielle subie par l'établissement, appréhendée par le biais d'indicateurs relativement objectifs (nombre de concurrents sur la ville d'implantation et sur la zone d'attraction des patients de l'établissement), et le niveau d'engagement dans une pratique d'analyse stratégique de l'environnement de l'hôpital permet de proposer une évaluation de l'hostilité perçue de l'environnement. Cette évaluation est utilisée dans la Figure 3.

Figure 3 : Relation entre le niveau perçu d'hostilité de l'environnement et le degré d'ouverture au changement de l'organisation dans chacun des trois sites



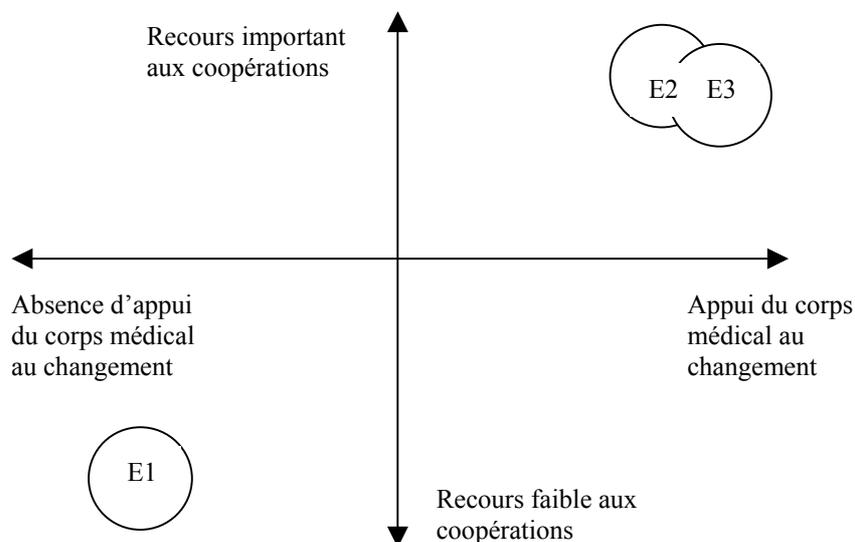
- La taille des cercles indique le degré de recours aux coopérations
- L'intensité de la trame de fond indique, pour E2 et E3, le degré d'autonomie dans le recours aux coopérations

L'analyse de la Figure 3 conduit à formuler les constatations suivantes :

C2 : Le recours aux coopérations peut résulter de perceptions environnementales et organisationnelles contrastées (cf. E2 et E3).

C3 : Cependant, le degré d'autonomie dans le recours aux coopérations est également différent.

Figure 4 : Relation entre le degré de recours aux coopérations et l'appui du corps médical au processus de changement dans chacun des trois sites

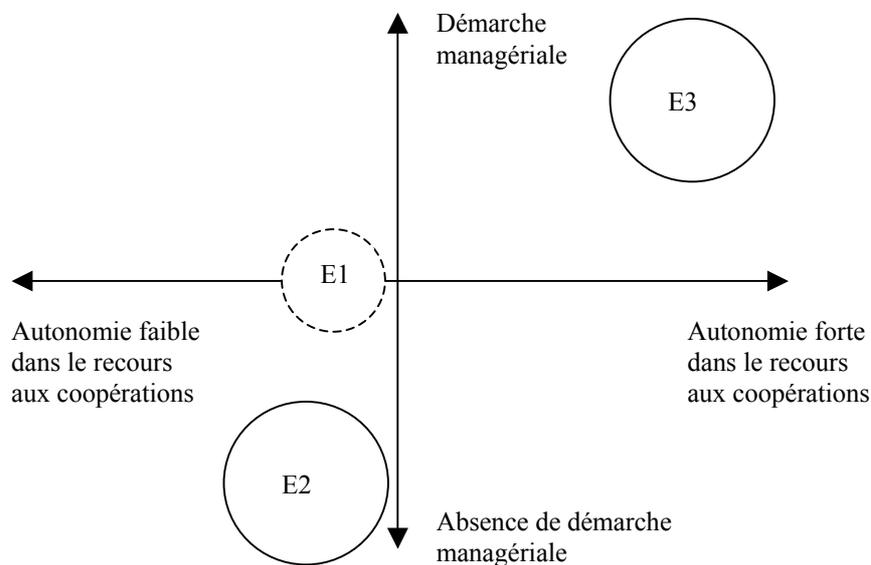


L'analyse de la Figure 4 conduit à l'énoncé de la constatation suivante :

C4 : L'appui du corps médical au processus de changement semble favoriser le recours aux coopérations (cf. E1 et E3).

Ce résultat suggère l'importance de la mobilisation d'un réseau relationnel associant des « professionnels » dans la réalisation de pratiques coopératives dans le secteur sanitaire. Il témoigne du fait que l'impulsion gestionnaire, qu'elle émane des autorités de tutelle ou de la direction de l'établissement, ne peut à elle seule conduire au développement de partenariats.

Figure 5 : Relation entre la mise en œuvre d'une démarche managériale et le degré d'autonomie dans le recours aux coopérations dans chacun des trois sites



- La taille des cercles indique le degré de recours aux coopérations

Enfin, l'analyse de la Figure 5 conduit à formuler la constatation suivante :

C5 : La transmission d'un projet managérial au sein de l'organisation (cf. E3) semble favoriser l'autonomie dans le recours aux coopérations.

Cette constatation suggère qu'un établissement hospitalier doté d'une organisation favorable au changement peut plus facilement procéder à l'élaboration de choix stratégiques et en concevoir des modes de mise en œuvre (fondés par exemple sur le recours à la coopération) avant que ce type de décision ne lui soit imposé par la tutelle.

CONCLUSION

Cette étude conduit tout d'abord à identifier, de manière quantitative, l'importance globale du recours aux coopérations dans les hôpitaux publics français.

Une approche qualitative met ensuite en évidence que, par delà l'incitation institutionnelle, l'interprétation de la réalité par les acteurs hospitaliers conduit à des engagements d'ampleur variée dans des démarches de coopération. Ces situations contrastées témoignent de l'exercice d'un choix stratégique réel, de la part des établissements, en matière de coopération. Notre étude confirme ainsi les résultats de travaux antérieurs identifiant, dans la pratique, une autonomie décisionnelle des hôpitaux publics dans le recours aux coopérations. Dans ces conditions, le recours à la coopération ne peut constituer un outil de reconfiguration du système de santé français imposé par les autorités de tutelle, ni une « recette managériale », pouvant être appliqués de manière systématique.

Enfin, l'analyse des perceptions des acteurs révèle que les pratiques coopératives sont utilisées pour remplir des objectifs stratégiques témoignant d'une ambition d'ampleur très variable. Ces pratiques sont également issues de perceptions environnementales et organisationnelles diverses. Il apparaît ainsi que le recours aux coopérations ne résulte pas d'un schéma interprétatif unique et ne correspond pas à un choix particulier d'orientation stratégique. Toutefois, l'analyse permet de mettre en évidence que l'appui du corps médical aux démarches de changement engagées dans l'établissement favorise son intégration dans un réseau. L'analyse suggère également que l'autonomie en matière de coopérations est accrue lorsque les perceptions environnementales et organisationnelles sont favorables. En particulier la transmission d'un projet managérial d'ensemble au sein de l'établissement, en renforçant sa capacité à jouer le rôle d'acteur stratégique, va de pair avec l'autonomie dans le recours aux coopérations. La conclusion d'alliances résulterait ainsi d'une assimilation, de la part des acteurs de terrain, des réalités environnementales et organisationnelles des établissements.

BIBLIOGRAPHIE

- Ansoff H.I. et al.** (ed.) (1976), *From Strategic Planning to Strategic Management*, John Wiley
- Bardin L.** (1977), *L'analyse de contenu*, PUF, Paris
- Berthier N et Berthier F.** (1971), *Le Sondage d'opinion*, Bordas, Paris
- Bielefeld W.** (1992), "Funding Uncertainty and Nonprofit Strategies in the 1980s", *Nonprofit Management & Leadership*, vol. 2, n°4, Summer
- Chaffee E.E.** (1985), "Three models of Strategy", *Academy of Management Review*, vol. 15, n°1, pp. 89-98
- Coulon A.** (1987), *L'Ethnométhodologie*, PUF, Paris
- Crozier M. et Friedberg E.** (1977), *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris
- Denis H.** (1990), *Stratégies d'entreprise et incertitudes environnementales*, Economica, Paris
- Direction des Hôpitaux** (1992), *Les nouvelles formes juridiques de coopération interhospitalière*, Direction des Journaux Officiels, Paris, fascicule spécial n°92-17 bis, novembre
- Dussauge P. et Garette B.** (1997), "Alliances stratégiques", *Encyclopédie de Gestion*, 2ème édition, article 2, pp. 16-33, Economica, Paris
- Ghiglione R. et al.** (1980), *Manuel d'analyse de contenu*, Armand Colin, Paris
- Granovetter M.S. et al.** (2000), "Social Networks in Silicon Valley", in L. Chong-Moon et al., *The Silicon Valley Edge*, Stanford University Press, Stanford
- Hamel G. et Prahalad C.K.** (1989), "Strategic Intent", *Harvard Business Review*, May-June
- Hofer C.W.** (1973), "Some preliminary research on patterns of strategic behavior", *Academy of Management Proceedings*, pp. 46-59
- Huberman A.M. et Miles M.B.** (1991), *Analyse des données qualitatives – Recueil de nouvelles méthodes*, De Boeck Université, Bruxelles
- Kalika M.** (1987), "Structure organisationnelle et environnement de l'entreprise", *Cahiers de Recherche*, Institut de Gestion de Touraine, octobre
- Kerleau M., Fargeon V. et Le Vaillant M.** (1996), "Déterminants et conditions locales de la coopération entre offreurs de soins", in Contandriopoulos A.P. et Souteyrand Y., *L'hôpital stratège*, John Libbey, Paris
- Koenig G.** (1996), *Management stratégique - Vision, manœuvres et tactiques*, 3ème édition, Nathan, Paris
- Lawrence P.R. et Lorsch J.W.** (1973), *Adapter les structures de l'entreprise*, Editions d'Organisation (traduit de : *Organization and environment*, Harvard University Press, 1967)
- Le Ludec T. et Massiot J.L.** (1996), "Partenariat et ouverture des plateaux techniques des établissements de santé", *Gestions Hospitalières*, Cahiers n° 126 et 127, mars et avril

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, *Journal Officiel de la République Française* du 2 août 1991, pp. 10255

Miles R.E. et Snow C.C. (1978), *Organizational Strategy, Structure, and Process*, McGraw Hill, New York

Mintzberg H. et Waters J.A. (1985), “Of strategies, deliberate and emergent”, *Strategic Management Journal*, vol. 6, n° 3

Moisdon J.C. et Tonneau D. (1996), “Concurrence et complémentarité : stratégies de l’hôpital et de sa tutelle”, in Contandriopoulos A.P. et Souteyrand Y., *L’hôpital stratège*, John Libbey, Paris

Morgan G. (1989), *Images de l’organisation*, Eska, Québec

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l’hospitalisation publique et privée, *Journal Officiel de la République Française* du 25 avril 1996, pp. 6320

Valette A. (1996), “La formation de l’offre de soins à l’heure de la stratégie : quelle autonomie dans les établissements de soins?”, in Contandriopoulos A.P. et Souteyrand Y., *L’hôpital stratège*, John Libbey, Paris

Weick K.E. (1962, 1979), *The social psychology of organizing*, Addison-Wesley, Reading (MA)

¹ La prise de décision au sein des établissements hospitaliers est un phénomène particulièrement complexe, caractérisé par l’association, à l’intérieur de l’organisation, de nombreux acteurs, appartenant à des catégories professionnelles différentes, ayant chacune ses propres préoccupations et logiques de fonctionnement. Parmi ceux-ci, le Directeur de l’établissement, le Président de la Commission Médicale d’Etablissement (CME) et le Président du Conseil d’Administration, qui est le plus souvent le maire de la commune d’implantation, sont particulièrement influents.

² La taille des établissements est appréhendée à l’aide du nombre de Résumés de Sortis Anonymes (RSA) réalisés (correspondant approximativement au nombre d’entrées en médecine, chirurgie, obstétrique) ; mis à part les Centres Hospitaliers Universitaires, les Centres de Lutte contre le Cancer et les Etablissements à but non lucratif, les établissements sont répartis selon quatre classes de taille.

³ Programme de Médicalisation du Système d’Information.

⁴ Catégorie d’établissement, identifiée par la Loi n°78-11 du 4 janvier 1978, caractérisée par un fonctionnement médical minimum, l’absence de service de chirurgie et d’obstétrique, et comportant généralement des unités de moyen et long séjour.

⁵ Il est donc possible de trouver dans cette classe des établissements ayant un faible recours aux coopérations et des établissements utilisant massivement ce mode de mise en œuvre de la stratégie.

⁶ Indice Statistique d’Activité, indicateur de la rentabilité de l’activité, pouvant influencer la dotation budgétaire accordée à l’établissement.

⁷ Les activités fondées sur une technicité forte génèrent en effet un nombre important de points ISA.

⁸ Catégorie d’établissement, identifiée par la Loi n°78-11 du 4 janvier 1978, disposant d’un plateau technique minimum pour permettre l’accueil des urgences et bénéficiant de services médico-chirurgicaux étendus.

⁹ Il est donc possible de trouver dans cette classe des établissements ayant un faible recours aux coopérations et des établissements utilisant massivement ce mode de mise en œuvre de la stratégie.

¹⁰ Il est donc possible de trouver dans cette classe des établissements ayant un faible recours aux coopérations et des établissements utilisant massivement ce mode de mise en œuvre de la stratégie.