



HAL
open science

Les partenariats public-privé et leur place dans l'innovation hospitalière : quels enseignements pour le management hospitalier ?

Faïz Gallouj, Céline Merlin, Anne-Catherine Moursli-Provost

► To cite this version:

Faïz Gallouj, Céline Merlin, Anne-Catherine Moursli-Provost. Les partenariats public-privé et leur place dans l'innovation hospitalière : quels enseignements pour le management hospitalier ?. 2013. hal-01111683

HAL Id: hal-01111683

<https://hal.science/hal-01111683>

Preprint submitted on 30 Jan 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.

Les partenariats public-privé et leur place dans l'innovation hospitalière : quels enseignements pour le management hospitalier ?

Faïz GALLOUJ
Clersé (UMR 8019), Université Lille 1

Céline MERLIN-BROGNIART
Clersé (UMR 8019), Université de Lille 1

Anne-Catherine MOURSLI-PROVOST
Louvain School of Management
Université catholique de Louvain – UCL Mons

A paraître dans Cahiers d'économie et de management de l'innovation

Résumé

Les partenariats public-privé (PPP) sont des formes de coopération entre le public et le privé, qui ont connu un indéniable succès ces dernières années dans toute l'Europe. Ils sont fondés en particulier sur l'hypothèse d'une influence positive des organisations privées sur l'efficacité des organisations publiques ou du nouveau système constitué par le partenariat. Les PPP sont désormais également envisagés comme des dispositifs permettant d'accroître la qualité et de produire des innovations dans le domaine des services. L'objectif de cet article est de rendre compte de la place qu'occupent les PPP dans les dynamiques d'innovation à l'hôpital en mobilisant les modèles théoriques de l'innovation dans les services et en les appliquant à l'étude de cas approfondie d'un PPP d'innovation complexe. Il s'agit d'appréhender à différents niveaux analytiques (inter-organisationnel, organisationnel et intra-organisationnel), le caractère complexe et multiforme de l'innovation hospitalière associée aux PPP. Il s'agit également d'examiner les implications en termes de management hospitalier de la représentation théorique mobilisée et du cas exploré. Un défi important réside dans l'opposition entre les cultures managériales et/ou organisationnelles du public et du privé qu'il s'agit de réconcilier. Un autre défi est celui de l'horizon temporel dans la mesure où le partenariat, tout comme l'innovation qui en découle, sont des processus séquentiels qui s'inscrivent dans le temps et qui sont donc complexes et incertains. Il ressort également de notre analyse que les PPP peuvent accueillir certes des innovations médicales, technologiques, programmées et descendantes, mais qu'ils sont aussi des terrains propices pour des innovations non médicales, non technologiques, ascendantes, non programmées (émergentes), et ascendantes, dont il ne faut pas négliger les acteurs.

Mots-clefs : Innovation, Service, Hôpital, partenariat public-privé

Abstract

Public-private partnerships (PPPs) are forms of cooperation between the public and private sectors that have been undeniably successful in Europe in recent years. The main assumption underpinning them is that private sector organizations would have a positive impact on the efficiency of public sector organizations or of the new system resulting from the partnership. More recently, PPPs have also been regarded as mechanisms for improving the quality and producing innovations in services. The goal of this paper is to highlight the place of PPPs in innovation dynamics in hospitals by mobilizing and applying theoretical models of innovation in services to an in-depth case study of a complex innovation-oriented PPP. This is about un-

covering the multifaceted and complex nature of innovation in hospitals involved in PPPs at different analytical levels, that is of the organization itself as well as at the intra- and inter-organizational levels. The aim is also to discuss the implications of our theoretical framework and case study for hospital management. One significant challenge lies in the contrast between managerial and/or organizational cultures of the public and private sectors which must be reconciled. The time frame is yet another challenge in the sense that the partnership, like the resulting innovation, are sequential processes that unfold over time and which are therefore complex and uncertain. Hence our research demonstrates that PPP can be a fertile terrain indeed not only for medical, technological, programmed and top-down innovations, but that it is also a favorable field for non-medical, non-technological, bottom-up and non-programmed (emergent) innovations, and that we shouldn't neglect the actors involved in the latter.

Key words: Innovation, services, hospital, public-private partnership.

Introduction

Dans tous les pays développés, les organismes de santé sont confrontés à une transformation de la demande de soins, engendrée par la conjonction de multiples facteurs, démographiques, médicaux et socioéconomiques. Les dépenses de santé connaissent quant à elles une croissance effrénée à laquelle les Etats doivent faire face. D'après les statistiques d'Eco-Santé OCDE (2011), en 2009, la France enregistrait, après les Etats-Unis et les Pays-Bas, le troisième plus haut niveau de dépenses de santé (parmi les pays de l'OCDE) par rapport au PIB. Près de 80 % de ces dépenses sont financées par des fonds publics.

Pour faire face à ces défis, le gouvernement français a entrepris, cette dernière décennie, une grande réforme du secteur hospitalier. En 1996, une régulation régionale du système hospitalier est mise en place avec la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) ainsi que l'obligation d'accréditation pour tous les établissements. En 2003, le Plan Hôpital 2007 est lancé avec trois objectifs : 1) remédier à la vétusté des établissements, 2) rapprocher financement et activité (passage à la tarification à l'activité, T2A), et 3) améliorer le fonctionnement interne des établissements en favorisant un meilleur dialogue entre les médecins et la direction hospitalière (Molinié, 2005).

En 2004, les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) sont créés pour servir d'instrument juridique de coopération entre les établissements publics et privés de santé¹. Les ARH qui avaient pour mission de faciliter la mise en œuvre de montages innovants comme les partenariats public-privé (PPP), viennent d'être remplacées en avril 2010 par les Agences Régionales de Santé (ARS). Ces dernières bénéficient de compétences élargies visant à faciliter les restructurations et à améliorer l'efficacité hospitalière.

Ces PPP sont envisagés avant tout, il faut le reconnaître, dans une logique économique de réduction de coûts ou d'« optimisation de moyens ». Cette logique s'appuie sur deux postulats plus ou moins explicites. Le premier (explicite) est celui de l'économie par la réduction des doublons, la recherche de complémentarité, la mutualisation de moyens coûteux. Le deuxième repose sur l'idée selon laquelle le privé serait plus efficace que le public, et que, par consé-

¹ Bien que les GCS aient été créés en 1996, le champ d'application n'a été défini et appliqué qu'en 2004.

quent, une hybridation, quelle qu'en soit la forme, du public et du privé est en mesure d'améliorer l'efficacité globale du système (logique du nouveau management public).

Tels qu'ils sont envisagés, ces PPP constituent en réalité une boîte noire en matière d'innovation (Rosenberg, 1982), pour leurs promoteurs comme pour les pouvoirs publics. En effet, pour l'essentiel, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'hypothèse sous-jacente est que le rapprochement des ressources publiques et privées est susceptible d'accroître l'efficacité du système de soins, selon des mécanismes qui, somme toute, importent peu.

L'objet de cet article est de montrer que la mise en œuvre des PPP peut engendrer une dynamique d'innovation complexe. Celle-ci peut toucher des facettes multiples du produit hospitalier, que ce soit dans ses composantes quantitatives (efficacité des soins) ou qualitatives (efficacité de la prise en charge globale, c'est-à-dire au-delà des seuls soins médicaux). Elle peut être envisagée à différents niveaux analytiques (organisationnels, intra- et inter-organisationnels²). Une telle dynamique d'innovation est particulièrement multiforme. Les PPP peuvent être à l'origine d'un assemblage (« package ») complexe et multiforme d'innovations et de processus d'apprentissage divers dont il faut comprendre les contenus et les mécanismes. La complexité de ce « package » s'explique par la multiplicité des formes d'innovations mises en œuvre, par l'éventail de leur intensité, par la diversité des sources de l'innovation, par la diversité des métiers de l'hôpital et des acteurs concernés par l'innovation ainsi que par la multiplicité de leurs objectifs et de leurs registres de justification.

Dans cet article, nous renonçons à une approche de l'innovation « standard » par défaut (envisagée uniquement en termes de réduction des coûts) pour entrer dans la boîte noire de l'innovation hospitalière. Pour opérer cette effraction, nous nous appuyons sur la grille d'analyse du produit et de l'innovation hospitalière proposée par Djellal et al. (2004) (voir aussi Djellal et Gallouj, 2005, 2008a), que nous appliquons à une étude de cas approfondie de PPP d'innovation (PPPI). Nous espérons ainsi rendre compte sur le plan théorique et empirique du caractère complexe et multiforme de l'innovation hospitalière, mais aussi en dégager un certain nombre d'enseignements généraux pour le management hospitalier confronté aux PPPI.

Cet article est organisé en quatre parties. Dans la première partie, nous présentons une grille théorique d'analyse du produit hospitalier que nous considérons être en mesure de rendre compte non seulement de la complexité de l'innovation dans cette activité mais aussi de sa dynamique dans un contexte de PPP. Nous proposons en effet d'explorer l'hypothèse selon laquelle les PPP – et plus particulièrement les PPP d'innovation complexe ou architecturale (PPPI) – sont susceptibles de répondre aux caractéristiques des dynamiques d'innovation présentées dans cette grille théorique d'analyse du produit hospitalier. Dans la deuxième partie, nous rappelons la multiplicité des situations visées par la notion de « PPP » et discutons plus particulièrement des notions de PPP et de PPP d'innovation à l'hôpital. Nous identifions également la forme de PPP qui nous intéresse, à savoir, le PPPI, c'est-à-dire un PPP qui recouvre une dynamique d'innovation complexe ou architecturale au sens de Henderson et Clark (1990). Dans la troisième partie, sur la base d'une étude de cas approfondie d'un PPPI entre un hôpital public et une clinique, et en mobilisant la grille analytique retenue, nous rendons

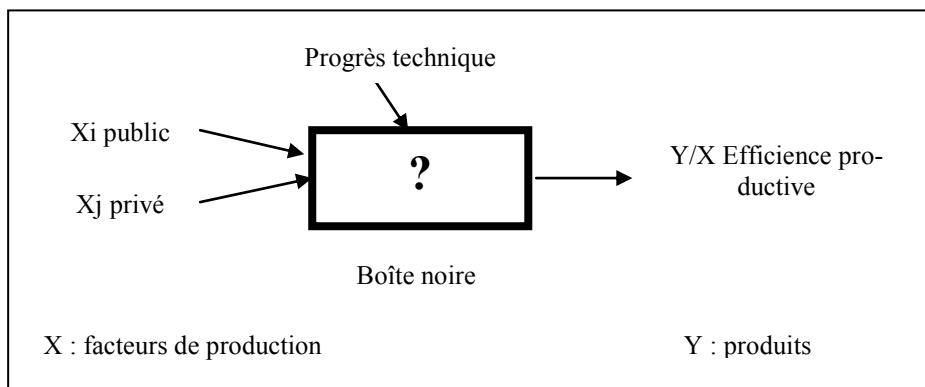
² Le niveau organisationnel est celui de l'hôpital, le niveau intra-organisationnel est par exemple celui d'un département ou d'un service hospitalier.

compte du caractère multidimensionnel de l'innovation hospitalière. Enfin, nous consacrons la dernière partie de cet article aux implications de notre représentation théorique et de notre cas en termes de management hospitalier en mettant en exergue les retombées directes et indirectes ainsi que les effets attendus et inattendus.

1. La dynamique d'innovation au sein de l'hôpital défini comme un système de service complexe

L'analyse économique traditionnelle envisage l'activité hospitalière comme une fonction de production comme les autres (pour un bilan voir Djellal et Gallouj, 2007). Ainsi, l'introduction de l'innovation est envisagée, pour l'essentiel, sous l'angle de la réduction des coûts de production. Dans une telle perspective, les PPP visent à augmenter l'efficacité des organisations en réduisant leurs coûts de production. L'innovation est ainsi envisagée de manière exogène, l'essentiel étant le résultat en termes d'efficacité économique (cf. Figure 1) d'un processus invisible.

Figure 1 : Une vision exogène de l'innovation : la boîte noire de l'innovation hospitalière et du PPPI



Cette approche du produit et de l'innovation n'est pas satisfaisante pour rendre compte de la complexité des phénomènes en jeu dans un PPPI. Nous proposons par conséquent une autre représentation du produit hospitalier, qui nous permette d'entrer dans la boîte noire, afin de mieux appréhender toute la complexité de l'innovation et d'identifier des leviers d'action pour les praticiens et les pouvoirs publics.

1.1 L'hôpital comme assemblage complexe

L'hôpital peut être envisagé comme un assemblage de biens, de services, de compétences, de technologies matérielles et immatérielles, mis en cohérence pour (co)produire avec le client des utilités ou caractéristiques de services (Djellal et al. 2004 ; Djellal et Gallouj, 2005, 2008a). Cette représentation du produit hospitalier trouve son inspiration dans deux champs de recherche complémentaires.

Le premier champ théorique est celui de la définition des services. Il s'agit, pour l'essentiel, des travaux de Gadrey (1996a, 2000) et Hill (1977), qui définissent le service comme un processus de transformation d'état d'une réalité donnée. Ce processus implique que le client et les réalités transformées appartiennent à un ensemble fini. Il peut s'agir en effet d'un objet matériel, d'une information codifiée, de l'individu ou de l'organisation dans ses composantes cognitives. Une telle définition accorde une place centrale à l'interaction avec le client (co-

production) en même temps qu'elle permet de décomposer le service en différentes fonctions ou opérations (Gadrey, 1991 ; Gallouj, 1999a) :

- des opérations de logistique et de traitement de la matière (M), relatives au déplacement, au transport, à la transformation et à toute autre forme de traitement d'objets tangibles ;
- des opérations de logistique et de traitement de l'information codifiée (I) (production, transformation, transfert, archivage, etc.) ;
- des opérations de traitement de la connaissance (K) par des techniques immatérielles, des méthodes, des routines codifiées ;
- et enfin, des opérations de service en contact ou relationnelles (R), qui consistent en un service direct en contact plus ou moins interactif avec le patient.

Le second champ est celui de l'approche du produit et de l'innovation en termes de caractéristiques. Il s'agit d'une perspective théorique d'inspiration lancastérienne qui définit le produit comme la mise en relation de vecteurs de caractéristiques et de compétences. Proposée initialement par Saviotti et Metcalfe (1984) pour décrire un système technique et son évolution (une automobile, par exemple), cette approche a été généralisée aux services par Gallouj et Weinstein (1997) (voir aussi Gallouj, 2002). Gallouj et Weinstein définissent ainsi le produit, qu'il s'agisse d'un bien ou d'un service, comme la mise en correspondance de vecteurs de caractéristiques et de compétences : caractéristiques de service [Y], caractéristiques techniques internes [T] et externes [T']³, compétences internes [C] et externes [C'] (cf. Figure 2).

La représentation de la figure 2 peut faire l'objet d'un usage très flexible. Elle peut permettre de rendre compte d'un artefact matériel (un scanner, par exemple), comme d'un produit immatériel (une consultation médicale), ou d'un service pur, comme d'un service moins pur ou encore d'une prestation de self-service (qui peut être formalisée de la manière suivante : [C']—[T]—[Y]). Elle est également en mesure d'illustrer la fourniture de solutions hybrides (biens et services) : par exemple, un appareillage d'IRM et différents types de services associés en amont ou aval (assurance, garanties, ...).

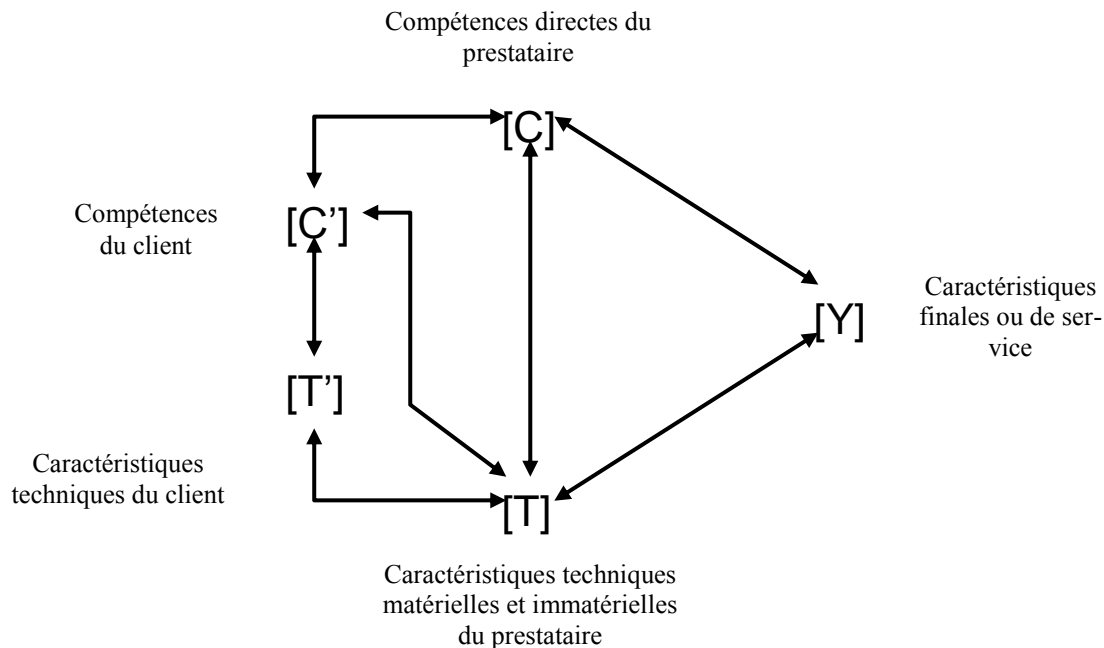
Dans la représentation lancastérienne du produit (bien et/ou service) en termes de caractéristiques, l'innovation s'opère par un certain nombre de jeux élémentaires sur les caractéristiques : addition, soustraction, association, dissociation, formatage. Selon la nature de l'action sur les caractéristiques, on peut ainsi mettre en évidence différents modèles d'innovations :

- L'innovation radicale qui décrit la création d'un nouvel ensemble de caractéristiques $S = \{[C^*], [C^*], [T^*], [T'^*], [Y^*]\}$
- L'innovation d'amélioration qui traduit l'augmentation du " poids " (ou de la qualité) de certaines caractéristiques sans modification de la structure du système S.
- L'innovation « incrémentielle » qui décrit l'adjonction (mais aussi éventuellement la suppression ou la substitution) de caractéristiques.
- L'innovation de recombinaison. Cette modalité de l'innovation s'appuie sur les principes élémentaires de dissociation et d'association des caractéristiques finales et techniques.
- L'innovation de formalisation qui traduit le formatage et la standardisation des caractéristiques.

³ La prise en compte des caractéristiques techniques du client a été suggérée par De Vries (2006) afin de prendre en compte les nouveaux canaux de consommation et de livraison (par exemple lorsque les consommateurs utilisent leurs propres technologies pour accéder aux services sur le web).

On notera que cette représentation lancastérienne permet d'envisager une perspective intégratrice (ou de synthèse) de l'innovation technologique et non technologique dans les biens et dans les services. Une telle perspective est particulièrement bien adaptée à la diversité des formes d'innovations hospitalières. Elle est en phase avec un certain nombre de courants théoriques récents qui rendent compte de la convergence entre les biens et les services en termes d'économie des fonctionnalités (Stahel, 1997, Du Tertre, 2007), économie de l'expérience (Pine et Gilmore, 1999) ou de Service-Dominant Logic (Vargo et Lusch, 2004).

Figure 2 : Le produit comme vecteurs de caractéristiques et de compétences mis en correspondance (d'après Gallouj et Weinstein, 1997)



Cette approche en termes de caractéristiques est fidèle à la définition théorique des services (évoquée précédemment), dans la mesure notamment où le client représenté par ses compétences en est une composante endogène et où les caractéristiques techniques [T] peuvent être associées aux différentes opérations composant le produit.

Cette représentation générale du produit peut être améliorée en introduisant les compétences et les technologies des autres prestataires lorsque la prestation est réalisée en réseau (De Vries, 2006). Il peut également être utile, d'y introduire les pouvoirs publics (Windrum et Garcia-Goni, 2008) dans une perspective multi-agents.

Ces perspectives théoriques élaborées dans le champ de l'économie de l'innovation dans les services nous permettront non seulement d'analyser l'hôpital en tant qu'assemblage complexe, mais aussi d'appréhender les potentialités d'innovation des PPP. Elles sont en mesure de rendre compte des dynamiques d'innovation (additives, soustractives, associatives, dissociatives) impliquant les différentes opérations élémentaires (matérielles, informationnelles, cognitives, relationnelles) composant les services fournis par les PPP, de mettre en évidence les modifications dans les caractéristiques de services et de compétences (C, T, Y, C*, T*, Y*) des produits (biens et services) et de souligner la complexité des structures (publiques, privées) constituant le partenariat (hôpital, clinique, prestataire libéral, etc.).

Les deux champs évoqués précédemment restent cependant relativement théoriques. L'idée de Djellal et Gallouj (2005) est de les articuler pour élaborer une grille d'analyse plus opérationnelle. Ces auteurs proposent ainsi un modèle analytique qui représente le produit hospitalier comme l'articulation des différentes composantes suivantes (cf. Tableau 1) :

1) Une combinaison de services élémentaires (S_i) appartenant à des groupes différents : des services de santé de différents types, mais aussi des services périphériques indispensables à la réalisation des soins (exemple : des services administratifs, des services de restauration, d'hôtellerie, de nettoyage, etc.). Il s'agit des lignes du tableau analytique.

2) Une décomposition fonctionnelle des services élémentaires, fondée sur l'hypothèse selon laquelle toute activité de service peut être décomposée en opérations ou fonctions de traitement de la matière (M), de l'information (I), de la connaissance (K) ou de l'individu (opérations relationnelles (R)). Ces différentes opérations sont associées à des technologies particulières. Cette décomposition fonctionnelle, qui est ainsi aussi une décomposition technologique, est représentée par les colonnes du tableau analytique.

3) Les compétences (C) mobilisées par le fournisseur du service. Il peut s'agir de l'individu ou d'un collectif restreint. Ces compétences se situent « en amont » de la décomposition du service. Il peut s'agir de compétences sur les techniques et les différents types d'opérations réalisées ou de compétences mobilisées directement (sans médiation technique) pour produire des utilités ou caractéristiques de service (Y). On a affaire dans ce second cas à une prestation de service « pur ».

4) Les caractéristiques de service ou d'usage (Y) de la prestation, considérées du point de vue du client. Ces caractéristiques décrivent les utilités dérivées de la mobilisation des composants techniques internes et/ou des compétences. Elles se situent « en aval » de la décomposition du produit.

Le tableau 1 fournit ainsi une représentation du produit hospitalier, dans toute sa diversité fonctionnelle et technologique. Ainsi, la prestation de service hospitalier peut être représentée simplement comme l'agrégation de services élémentaires de différents types (S_i). Chacun de ces S_i peut lui-même être envisagé comme la combinaison, à des degrés divers, d'opérations élémentaires portant sur des objets, de l'information, de la connaissance ou des individus. Les colonnes du tableau, (les variables C, Y et le groupe (M, I, K et R)) ne se situent pas au même niveau analytique. En effet, M, I, K et R sont des fonctions ou des composantes « internes » du produit, tandis que C se situe en quelque sorte en amont de la prestation et Y en aval (il s'agit de fonctions externes). Ceci signifie que les compétences concourent à la mise en œuvre des opérations et des technologies correspondantes, qui se traduisent par la fourniture de caractéristiques de services.

Cette grille analytique du produit hospitalier est intéressante pour différentes raisons. 1) C'est une heuristique simple qui repose sur des fondements théoriques bien établis (économie des services, approche lancastérienne). 2) Elle ne réduit pas l'hôpital à sa seule fonction de soins médicaux, mais élargit l'analyse de l'innovation à d'autres fonctions (restauration, hôtellerie...). 3) Elle envisage l'hôpital et ses composantes sous l'angle de différents types de fonctions et technologies qu'ils mettent en œuvre, ce qui étend l'éventail des formes et trajectoires d'innovation. 4) Cette grille constitue également un outil flexible qui permet d'envisager le produit hospitalier à différents niveaux : au niveau intra-organisationnel, celui des services élémentaires (S_i), qui peuvent être eux-mêmes subdivisés en sous-services élémentaires (s_i) ;

au niveau organisationnel (par exemple, un hôpital) ; au niveau inter organisationnel (les réseaux établis entre différents établissements et acteurs de la santé).

1.2 Les logiques d'innovation hospitalières

La littérature consacrée à l'hôpital, en particulier lorsqu'elle adopte (selon la distinction établie par Djellal et Gallouj, 2007) les perspectives de l'hôpital comme fonction de production, comme système d'information ou comme plateau technique, privilégie une conception technologique et médicale de l'innovation.

La représentation du produit envisagée précédemment (Tableau 1) peut être utilisée pour mettre en évidence, au-delà de ces perspectives technologiques et médicales, toute la diversité des formes et des trajectoires d'innovation à l'hôpital. L'innovation peut en effet être définie comme une action sur les cases, les lignes et les colonnes du tableau. Ces actions permettent d'envisager un nombre considérable de configurations. Selon Djellal et al. (2004), elles sont cependant réductibles à un certain nombre de logiques élémentaires : extensive, régressive, intensive et combinatoire.

La logique extensive consiste à ajouter des lignes au tableau, c'est-à-dire des services élémentaires (soins médicaux ou autre type de services élémentaires). La logique régressive décrit le principe inverse, qui consiste à éliminer certains services élémentaires. La logique intensive consiste quant à elle à enrichir les colonnes du tableau. En fonction du support privilégié, cette logique permet de mettre en évidence différentes trajectoires d'innovation : informationnelles, matérielles, cognitives, relationnelles et servicielles. La logique combinatoire s'appuie sur les différentes logiques précédentes. Elle se manifeste par la mise en œuvre répétée et conjointe des différentes logiques pures (cf. Tableau 1) :

- l'adjonction et/ou la suppression (l'association ou la dissociation) de services élémentaires (action sur les lignes du tableau analytique),
- l'intensification technologique et/ou son inverse (action sur les colonnes du tableau analytique). Cette logique se traduit concrètement, de la même manière que précédemment, par l'adjonction et/ou la suppression (l'association et/ou la dissociation) de technologies et/ou de compétences. Ces mécanismes peuvent s'exprimer au sein d'un domaine technologique donné ou mobiliser plusieurs champs (colonnes).

La logique combinatoire est la logique la plus fréquente. Elle peut se manifester à différents niveaux analytiques. Elle est ainsi à l'œuvre dans l'hybridation fréquente à l'hôpital entre les trajectoires logistiques matérielles (colonne M) et informationnelles (colonnes I). La vidéo-chirurgie est un exemple de technologies médicales hybrides, fondée sur la combinaison de la robotique (un instrument remplace la main) et des technologies de l'information (la caméra se substitue à l'œil). La plupart des expériences de type réseau (réseaux ville-hôpital, réseaux de soins coordonnés,...) relèvent également d'une logique d'innovation combinatoire. Elles se traduisent en effet par l'association de services élémentaires plus ou moins nombreux et l'approfondissement et l'articulation de trajectoires d'innovations multiples.

Tableau 1 : Une grille d'analyse du produit hospitalier (d'après Djellal et al., 2004)

	Organisations	Services élémentaires	Action sur les colonnes : logiques d'innovation intensives (+ ou -)					
			Compétences	Supports de service et opérations ou fonctions correspondantes et technologies associées			Utilités	
	O	S	C	M	I	K	R	Y
<p><i>Action sur les lignes :</i></p> <p><i>Logiques d'innovation extensives (+)</i></p> <p><i>Logiques d'innovation régressives (-)</i></p>	O1	S ₁₁ s ₁						
		S ₂						
		S ₃						
		S ₄						
		S ₁₂						
		S ₁₃						
		S ₁₄						
	S ₁₅							
	O2	S ₂₁						
		S ₂₂						
		S ₂₃						
		S ₂₄						
		S ₂₅						
		S ₂₆						
	O3	S ₃₁						
		S ₃₂						
		S ₃₃						
S ₃₄								
S ₃₅								
S ₃₆								

La mise en œuvre des PPP contribue à renforcer la complexité des dynamiques d'innovations dans les structures hospitalières. Parce qu'elle ne néglige aucune fonction hospitalière (qu'elle soit du domaine médical ou non) et parce qu'elle prend en compte différents niveaux organisationnels, la grille analytique que nous nous proposons de mobiliser est particulièrement adaptée aux innovations générées par les partenariats et aux innovations qui sont éventuellement à l'origine de ceux-ci. Nous proposons dans le point suivant d'examiner la manière dont les PPP, et en particulier les PPP d'innovation complexe ou architecturale, s'inscrivent dans les dynamiques d'innovation évoquées précédemment.

2. Des PPP de production aux PPP d'innovation à l'hôpital

Les concepts de PPP à l'hôpital (comme ailleurs) sont difficiles à appréhender car ils recouvrent des périmètres qui ne sont pas toujours bien établis. Dans le domaine de la santé, en France, les PPP peuvent être entendus au sens large, en englobant toutes les modalités de collaboration (ou de mutualisation) entre des établissements de soins publics et privés (hôpitaux et cliniques). Une définition plus restreinte des PPP correspond aux « Contrats de partenariat » de l'ordonnance du 17 juin 2004. Cette définition reflète plutôt la dimension comptable et financière du PPP. De tels contrats ont conduit à la constitution de montages innovants, autorisant notamment les établissements publics de santé ou les structures de coopération sa-

nitaires dotées de la personnalité morale publique, à conclure des Baux Emphytéotiques Hospitaliers (BEH)⁴.

Ces concepts de PPP à l'hôpital sont également souvent utilisés pour décrire des formes très variées de relations entre le public et le privé (Reich, 2002 ; Bradford, 2003 ; Wettenhall, 2003; Saves et Scheid, 2008 ; Mazouz et al., 2008 ; Mazouz, 2009). Les PPP diffèrent selon de nombreuses variables : le nombre de partenaires impliqués, la nature, l'intensité, la durée de la relation établie, l'objet de cette relation, etc. Il existe ainsi des PPP de production (ce sont les plus anciens et les mieux connus), mais aussi des PPP d'innovation. Ce sont ces derniers sur lesquels nous nous concentrons après avoir évoqué brièvement les PPP de production.

C'est donc une définition large des PPP que nous retiendrons dans ce travail dans la mesure où les PPP innovants et les montages complexes ne se limitent pas aux seuls contrats de partenariat cités précédemment. L'étude de cas d'un PPPI complexe présentée dans cet article ne relève d'ailleurs pas de l'ordonnance du 4 septembre 2003 (Bail emphytéotique administratif hospitalier), bien que cette formule juridique ait été envisagée par les deux partenaires⁵.

2.1 Les PPP de production (PPPP)

Dans ce que nous avons proposé d'appeler PPP de production, le terme « production » peut renvoyer à des contenus différents. Il peut s'agir tout d'abord de la production d'une infrastructure (un pont, un immeuble...). C'est le cas de la plupart des premiers PPP historiques. Il peut s'agir ensuite de la production d'un service selon différentes modalités : par exemple, la concession ou la « joint venture ». Dans ce second cas, la production n'englobe pas seulement la production de la prestation de service, mais aussi toutes les activités qui peuvent lui être liées (management, maintenance, investissement, etc.).

Si ces deux activités de production de l'infrastructure et de production du service peuvent être séparées, il est fréquent qu'elles soient au contraire associées. Dans tous les cas, pour l'essentiel, les activités dont sont en charge les PPP de production sont connues et contractualisables⁶. Quelle que soit leur forme et leur finalité, les justifications de l'acteur public sont soit une stratégie de maîtrise des coûts et de recherche d'efficacité, soit un manque d'expertise ou de ressources financières. En fonction du facteur privilégié, Mazouz et al. (2008) distinguent respectivement des PPP élémentaires et des PPP circonstanciels. Ces PPP peuvent donner lieu à de l'innovation, mais ce n'est pas leur finalité première. L'innovation peut éventuellement émerger comme produit joint de l'activité principale pour laquelle le PPP de production a été noué.

⁴ L'ordonnance du 17 juin 2004 (correspondant aux Contrats de partenariat) a étendu la possibilité accordée depuis 2003 aux hôpitaux pour la construction d'équipements et de services publics à l'ensemble des secteurs économiques (Ordonnance du 4 septembre 2003 sur les baux emphytéotiques administratifs hospitaliers).

⁵ Ces derniers ne l'ont pas choisi car les locaux destinés à la clinique Teissier ne sont pas situés dans un bâtiment distinct de l'hôpital. La loi du 4 septembre 2003 a cependant accéléré le passage d'un GIE à un GCS (Devillers, 2005).

⁶ Le numéro 130 de la Revue française d'administration publique (2009) consacré à la gestion des partenariats public-privé propose à ce titre de nombreux exemples de PPP de production.

2.2 Les PPP d'innovation (PPPI)

Au contraire des PPP de production, les PPP d'innovation ont pour mission première et explicite la mise en œuvre de l'innovation. Cependant, l'innovation doit être envisagée sous des acceptions multiples. On propose de distinguer, selon un ordre de complexité croissante, quatre types de PPP d'innovation (PPPI) : 1) Les PPPI simples d'adoption technologique ; 2) les PPPI simples de production d'innovation technologique ; 3) les PPPI simples de production d'innovation non technologique ; 4) Les PPPI complexes architecturaux. Ce qui distingue un PPPI simple d'un PPPI complexe c'est le nombre d'objets d'innovation. Dans le cas des PPPI simples, les objets sont uniques, tandis que les PPPI complexes combinent généralement différents objets d'innovation (ceux des PPPI simples). En passant du premier cas au dernier, on évolue d'un contrat explicite simple à une combinaison de contrats implicites et explicites. Les PPPI, même s'ils ont comme finalité principale une activité d'innovation, réalisent bien entendu, également une activité de production.

2.2.1 Les PPPI simples

Les PPPI simples ont des objets d'innovation clairement identifiables, souvent uniques et réductibles à un contrat. Cependant, même dans ces PPPI simples, on peut introduire une gradation dans le degré de simplicité, à la fois par la source de l'innovation et la nature de celle-ci. Ainsi les PPPI consacrés à l'adoption d'une technologie innovante sont plus simples que ceux qui sont destinés à la production d'une telle innovation. Et dans ce second cas, les PPPI établis en vue de la production d'une innovation technologique sont plus simples que ceux établis en vue de la production d'une innovation non technologique.

- Les PPPI simples d'adoption technologique décrivent des partenariats entre un hôpital public et un établissement privé en vue d'acquérir une technologie innovante lourde, qui nécessite un investissement important, et pour organiser un usage conjoint de cette technologie. Il s'agit de PPP dans la sphère de la consommation de l'innovation. La littérature professionnelle fournit de nombreux exemples de ce type de PPP. Les institutions de régulation hospitalière ont favorisé ce type de collaboration minimale entre le public et le privé. On notera que l'adoption conjointe de technologie peut néanmoins induire un certain nombre d'innovations non technologiques (organisationnelles ou de services) chez les partenaires concernés.

- Les PPPI simples de production d'innovation technologique se nouent lors de la participation de l'hôpital à des projets d'innovations technologiques. Il ne s'agit plus cette fois d'adoption, mais de coproduction. Autrement dit, l'hôpital public est inséré dans un réseau d'innovation (qui peut comporter des laboratoires privés, des fournisseurs d'équipement, etc.) visant une finalité d'innovation technologique. Les innovations dont il est question sont souvent des innovations médicales (systèmes techniques de soins, produits pharmaceutiques, etc.). Par certains aspects, ces PPPI simples de production d'innovations technologiques s'apparentent à ce que Mazouz et al. (2008) appellent des PPP prospectifs, pour décrire, à un niveau national, il est vrai, des PPP stratégiques noués dans le domaine des hautes technologies, de la défense et de la sécurité nationale. La littérature consacrée à ces réseaux d'innovations scientifiques et techniques, associant des organismes publics et privés, dans le domaine médical, est extrêmement abondante. Elle constitue un sous-groupe du groupe bien plus vaste de travaux sur les réseaux et systèmes d'innovation : réseaux technico-économiques (Callon, 1991 ; Hakansson et Snehota, 1997), systèmes nationaux, locaux, sectoriels d'innovation (Lundvall, 1992 ; Nelson, 1993, Edquist, 1997 ; Breschi et Malerba, 2005), clusters (Porter, 1990), etc. On peut également élargir ces réseaux en y intégrant les innovations relatives aux systèmes d'information des établissements de santé. Cette produc-

tion d'innovation technologique peut induire une réorganisation plus large des modes de communications entre institutions, et donc des innovations plus complexes.

- Les PPPI simples de production d'innovation non technologique sont quant à eux établis pour élaborer des innovations non technologiques (organisationnelles, sociales, méthodologiques). On retrouve dans cette catégorie certains aspects de ce que Mazouz et al. (2008) nomment des « PPP adhésifs ou symbiotiques », justifiés par la convergence des valeurs et des missions, et ayant une certaine finalité socio-civique. On peut citer, en leur temps, les nombreux cas de PPP établis en vue de constituer des réseaux de soins innovants. Ces réseaux sont généralement centrés sur des problèmes d'accompagnement du patient. Les exemples dans ce domaine abondent, qu'il s'agisse de réseaux gérontologiques (Billard, 2001; Rapiou et Riondet, 2004), de réseaux VIH (Domin, 2002), ou de réseaux créés autour d'autres domaines médicaux ou médico-sociaux (le diabète, l'obésité, le cancer...) associant des médecins libéraux et des médecins hospitaliers. D'autres réseaux d'accompagnement peuvent se constituer à l'intersection de différentes problématiques (exemple : périnatalité, précarité et prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants). Ces réseaux de santé prennent bien souvent la forme de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) ou d'associations Loi 1901 (Plu et al., 2009). Ces réseaux innovants peuvent couvrir un territoire plus ou moins vaste. Ils peuvent se limiter au niveau micro-local ou s'étendre sur un territoire régional, voire national.

Ces PPPI sont les plus complexes des PPPI simples. Cette complexité tient à l'immatérialité des innovations mises en œuvre, au rôle important joué par les connaissances et les techniques tacites et au nombre important ainsi qu'à la diversité des acteurs impliqués. Les relations établies dans ce contexte s'inscrivent plus difficilement dans un contrat explicite.

2.2.2 Les PPPI complexes

Ce sont les PPPI complexes architecturaux qui nous intéressent ici. Ils obéissent à la logique d'innovation combinatoire ou architecturale que nous avons évoquée précédemment. Ils combinent en effet l'ensemble des mécanismes opérant dans les cas précédents. Il s'agit de PPPI qui sont constitués pour mettre en place ce qu'on pourrait appeler un méta changement organisationnel dans la mesure où il intègre la plupart des logiques mises en œuvre dans les PPPI simples : qu'il s'agisse de l'adoption conjointe d'une ou plusieurs technologies, ou de la co-production de différentes formes d'innovations technologiques ou non technologiques. Les PPPI complexes doivent leur complexité à la multiplicité des formes de l'innovation qu'ils entraînent. Ils ne se limitent pas à un seul type d'innovation (dominant), mais ils combinent différentes formes d'innovations technologiques et non technologiques. Celles-ci (en particulier les innovations technologiques) ne sont pas nécessairement sophistiquées. Les PPPI complexes posent de nombreux problèmes managériaux liés aux interactions entre ces différentes formes d'innovation, au caractère émergent de certaines d'entre elles.

Les différents types de PPPI mis en évidence précédemment s'inscrivent dans la grille analytique « assimilation, démarcation, intégration » suggérée par Gallouj (1994) pour rendre compte des différentes manières d'envisager l'innovation dans les services (pour un survey récent de la littérature consacrée à l'innovation dans les services cf. Gallouj et Djellal, 2010, Gallouj et Savona, 2009).

Les PPPI d'adoption et les PPPI de production d'innovation technologique relèvent ainsi de la perspective d'assimilation. Cette perspective signifie que l'innovation dans les services renvoie, comme bien souvent dans l'industrie, à l'innovation technologique. Il s'agit dans la plu-

part des cas d'une innovation adoptée. Mais il peut s'agir aussi de la production d'innovations technologiques. Cette activité autonome de production (ou de coproduction) d'innovations technologiques est relativement fréquente dans les services de santé contrairement à la plupart des services qui demeurent simples adopteurs de systèmes techniques.

Les PPP de production d'innovations non technologiques relèvent quant à eux de la perspective de démarcation ou de différenciation. Ils mettent en effet l'accent sur les spécificités de la nature de l'innovation, sur les formes « invisibles » ou « cachées » de l'innovation (innovation immatérielle de produit, innovation organisationnelle, sociale, stratégique...), celles qui échappent aux outils traditionnels de l'économie de l'innovation : elles ne s'appuient pas en effet sur des dépenses de R&D et elles ne conduisent pas aux dépôts de brevets.

Les PPP d'innovation complexe ou architecturale s'inscrivent quant à eux dans une conception intégratrice de l'innovation dans les services, c'est-à-dire une conception qui prend en compte les formes visibles et invisibles, technologiques et non technologiques de l'innovation (Gallouj et Weinstein, 1997). Le type de PPPI qui nous intéresse dans le cadre de ce travail est le PPPI complexe, dans la mesure où il intègre les mécanismes sous-jacents à tous les autres. La grille analytique que nous avons proposée semble à même d'en rendre compte. Nous allons dans la section suivante le vérifier sur une étude de cas concrète.

3. Un cas de PPP d'innovation complexe à l'hôpital

Le partenariat public-privé dont nous rendons compte ici s'est établi entre un hôpital public et une clinique privée, dans le Nord de la France. Il a été initié en 1999. La philosophie initiale qui l'oriente est celle de la réduction des coûts par suppression des doublons et établissement d'une coopération fondée sur la complémentarité, dans un contexte régional de concurrence entre les établissements de santé. Cependant, les processus mis en œuvre ont enclenché des dynamiques complexes de changement et d'innovation. Nous rendons compte ici d'un certain nombre d'évènements marquants de ce PPP en resserrant progressivement la focale analytique, selon les trois niveaux autorisés par notre grille théorique à savoir les niveaux inter-organisationnels, organisationnels et intra-organisationnels. Ce choix délibéré de ne pas présenter ici l'application des trois niveaux analytiques à l'ensemble du cas étudié et de s'en tenir à quelques faits marquants du PPP en suivant son déroulement chronologique a été opéré sous une contrainte d'espace et dans un souci de clarté. L'objectif ici est en effet de montrer qu'en mobilisant le cadre analytique proposé et en l'appliquant à une étude de cas approfondie, il est possible d'analyser en profondeur toute la complexité de la dynamique d'innovation associée à la mise en œuvre d'un PPP hospitalier.

Le premier paragraphe est consacré à une brève présentation du cas et de la méthodologie. Une perspective inter-organisationnelle permet d'identifier au moyen de notre grille analytique les doublons et les possibles complémentarités, mais aussi de rendre compte des premières conventions de coopération. Le point culminant de ce PPP est sans doute la construction d'un hôpital commun, qui établit une matérialisation et un certain verrouillage (une irréversibilité) du partenariat. La focale analytique de notre modèle est déplacée ici vers le niveau organisationnel, puisqu'il s'agit de rendre compte de la construction d'une nouvelle organisation. Enfin, nous resserrons la focale sur certaines conséquences intra-organisationnelles du partenariat et en particulier sur le caractère multidimensionnel de la dynamique de l'innovation au sein des prestations de services élémentaires. Notre cas permet ainsi de valider la grille de Djellal et Gallouj (op. cit.) et d'en tirer un certain nombre d'enseignements managériaux dans le cas particulier des PPP.

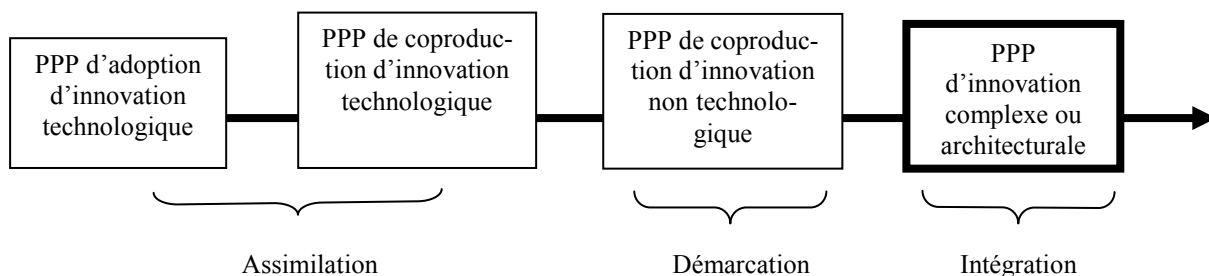
3.1 Une étude de cas exploratoire

Dans la mesure où notre objectif est d'entrer dans la boîte noire de l'innovation engendrée par les PPP, nous avons privilégié la méthode de l'étude de cas approfondie et l'analyse qualitative. Les critères qui ont orienté la sélection de notre cas sont, d'une part, la nature de l'innovation et, d'autre part, la temporalité suffisante du partenariat (10 ans).

Le cas retenu est celui du PPP établi entre un hôpital public français (le centre hospitalier de Valenciennes), et une clinique privée (la clinique Teissier) ayant un statut d'hôpital privé sans but lucratif participant au service public hospitalier (PSPH). Ce rapprochement entre ces deux organisations pourrait être simplement décrit comme une innovation organisationnelle. Cependant, cette désignation ne rendrait pas justice à toutes les dynamiques d'innovation et d'apprentissage à l'œuvre. En effet, ce méta-changement s'inscrit dans le temps et recouvre une multitude de changements relatifs aux produits-services, aux process, aux organisations internes, aux modes de relations avec l'extérieur. Il s'agit donc d'une innovation complexe ou architecturale (cf. Figure 3). Compte-tenu de la situation de complexité, ce méta-changement peut nécessiter un méta-management au sens de Hafsi (2009).

Un partenariat public-privé est un processus qui s'inscrit dans le temps. Il se formalise progressivement. Ainsi, dans le cas retenu, on est passé d'une série de simples conventions, à un groupement d'intérêt économique (GIE), puis à un groupement de coopération sanitaire (GCS), ce qui traduit une élévation du degré de formalisation de la coopération au fur et à mesure de son évolution.

Figure 3 : Les PPP d'innovation par degré de complexité



Le centre hospitalier de Valenciennes (CHV) est un hôpital public qui comportait, avant l'établissement du PPP, 1916 lits et employait 3500 personnes dont plus de 300 médecins. Ce centre hospitalier est le second fournisseur de soins de la Région Nord-Pas de Calais et parmi les 30 plus importants hôpitaux de France. La clinique Teissier appartient au groupe AHNAC (Association Hospitalière Nord-Artois-Cliniques)⁷. Elle compte 170 lits et 300 employés parmi lesquels 25 médecins.

La collecte des données s'est effectuée par entretiens semi-directifs (enregistrés et retranscrits). Le guide d'entretien a été conçu autour des huit thèmes suivants : le déroulement du partenariat, les déterminants / freins / facilitateurs, les clés de réussite des PPP, les acteurs clés

⁷ L'AHNAC est composée de 12 institutions qui comptent au total 1738 lits et 3200 employés parmi lesquels 231 médecins.

et le rôle du leadership, l'impact des réformes hospitalières, la nature de l'innovation, les arrangements contractuels, la nouvelle organisation interne.

3.2 La perspective inter-organisationnelle : le constat des doublons et les premières expressions du partenariat

Avant le partenariat (en 1998), la clinique Teissier offrait un service de pneumologie, de la chirurgie vasculaire et viscérale et elle disposait d'un service d'urgence. Localisé dans la même rue, le centre hospitalier de Valenciennes offrait quant à lui toutes les spécialités à l'exception de la chirurgie cardiaque et des « grands brûlés ».

Comme l'illustre le tableau 2 (situation avant le PPP), ces deux organisations présentaient un certain nombre de doublons (services élémentaires ou systèmes techniques). Sous un angle plus qualitatif, les deux établissements étaient vétustes et leurs plateaux techniques obsolètes. L'Agence Régionale d'Hospitalisation, en charge de mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers, a ainsi conditionné son intervention financière, au développement du partenariat entre les deux établissements. En 1999, les deux établissements signent un accord de partenariat avec pour objectif de supprimer les doublons de services, moderniser les deux hôpitaux devenus vétustes et atteindre une taille critique pour faire face à la concurrence accrue du secteur privé commercial.

**Tableau 2 : Le partage des services élémentaires entre le CHV
et la clinique Teissier avant et après le PPP**
SITUATION AVANT LE PPP (liste non exhaustive)

Organisations (O)	Services élémentaires (Si)	Techniques (Ti)			
		T1 PT		T2 SI	
O1. CHV	S1. Chirurgie				
	S2. Psychiatrie enfants et adultes				
	S4. Secteur Personnes âgées				
	S5. Soins de suite et de Réadaptation				
	S6. Cardiologie				
	S7. Traumatologie				
	S8. Urgences				
	S9. Pneumologie				
	S10. Hôtellerie				
	S11. Blanchisserie				
	S12. Restauration				
	S13. Administration-Gestion				
	S14. Pharmacie				
	S15. Laboratoires				

Organisations (O)	Services élémentaires (S)	Techniques (T)			
		T1 PT		T2 SI	
O2. Teissier	S1. Chirurgie thoracique, digestive et viscérale				
	S8. Urgences				
	S9. Pneumologie				
	S10. Hôtellerie				
	S11. Blanchisserie				
	S12. Restauration				
	S13. Administration-Gestion				
	S14. Pharmacie				
	S15. Laboratoires				

PT = plateau technique SI = système d'information. En grisé : les services en doublons

SITUATION APRES LE PPP (liste non exhaustive)

Organisation	Organisations (O)	Services élémentaires (Si)	Techniques (Ti)			
			T1 PT	T2 PT	T3 SI	
Hôpital « Jean-Bernard »	O1. CHV	S1. Chirurgie	X			
		S2. Psychiatrie enfants et adultes	X			
		S4. Secteur Personnes âgées	X			
		S5. Soins de suite et de Réadaptation	X			
		S6. Cardiologie	X			
		S7. Traumatologie	X			
		S16. Neurologie	X			
		(mutualisation) S8. Urgences	X			
		(mutualisation) S10 Hôtellerie				
		(mutualisation) S11. Blanchisserie				
		(mutualisation) S12. Restauration				
		(mutualisation) S14. Pharmacie				
		(mutualisation) S15. Laboratoires				
		O2. Teissier	S9. Pneumologie		X	
			S17. Soins de suite et réadaptation (spécialité pneumologique)		X	
		S18. HAD		X		

Source : inspiré de Djellal et Gallouj (2005) et adapté au cas étudié

Une des premières expressions de ce partenariat a été la mise en place (parfois le renforcement) de réseaux de soins (entre les deux hôpitaux et des médecins libéraux) selon une logique d'innovation combinatoire inter organisationnelle (Djellal et al. 2004). Dans notre cas, le réseau le plus significatif est celui qui s'est établi entre le CHV, la clinique Teissier et les médecins libéraux autour des prestations pneumologiques. Ce réseau permet aux médecins libéraux d'utiliser le plateau technique du nouvel hôpital ou les chambres de la clinique. Les praticiens libéraux réalisent certains actes (tels que les fibroscopies ou les épreuves d'effort) de façon « open clinique » à la clinique Teissier. La prestation de radiologie, si elle est nécessaire, est effectuée au CHV qui dispose de scanners et IRM. Comme l'illustre le tableau 3, dans ce réseau de prestations pneumologiques, les organisations de santé sont bien distinctes, mais les prestations de services s'appuient sur la logistique des autres établissements.

Pour préparer la construction d'un nouveau bâtiment de haute technologie, chaque partenaire se lance dans la réalisation de plusieurs opérations préalables (Devillers, 2005). Ainsi, en 2003, le CHV ouvre une nouvelle structure de soins de longue durée ; en 2005, il inaugure le nouveau pôle mère-enfant et regroupe tous les laboratoires dans un même bâtiment spécialisé. Il opère une restructuration totale de la logistique (il ouvre en 2001 une nouvelle blanchisserie centrale ; en 2004 un logipôle ; en 2005, une nouvelle cuisine centrale). Un parking de 850 places est construit en superstructure en 2005. Le CHV établit de très nombreuses conventions avec la clinique, par exemple pour l'usage de la nouvelle blanchisserie et des laboratoires. Ces conventions constituent la deuxième expression ou modalité opératoire initiale du partenariat.

Tableau 3 : Le réseau de prestations pneumologiques au niveau du bassin valenciennois

Organisations (O)	Services élémentaires (Si)	Détail du service et technologies correspondantes
O1. CHV	S1. Chirurgie S3. Radiologie....	- Plateau technique (scanner, IRM, ...) - Equipement spécifique
O2. Teissier	S9. Pneumologie S14. Soins de suite et de réadaptation	- Plateau technique en pneumologie - Equipement spécifique - Chambres
O3. Prestataires privés	S9. Pneumologie	- Compétence médicale mais pas de plateau technique - Pas de chambres

Source : inspiré de Djellal et al. (2004), appliqué au cas étudié

3.3 La perspective organisationnelle : la création d'un nouvel hôpital

Alors que la première étape du partenariat pourrait être qualifiée d'« intangible » (création de réseaux de soins), la deuxième étape, initiée en 2002, est quant à elle particulièrement tangible puisqu'elle se concrétise par la création du nouvel hôpital commun et d'une nouvelle plateforme commune aux deux établissements (investissement de 190 millions d'Euros, financé par le « Plan Hôpital 2007 »).

Ce projet qui aura nécessité 10 ans pour se réaliser, aboutit à la construction d'un bâtiment commun de Haute Technologie Médicale (HTM), dénommé « l'hôpital Jean Bernard »⁸. Il est le reflet d'une innovation organisationnelle sans précédent dans le secteur hospitalier français. La mise en œuvre de ce PPP va au-delà d'un simple contrat de collaboration sur des activités particulières ou d'un projet architectural. Il s'agit d'offrir des pôles médicaux de référence qui s'appuient sur un projet médical commun, un partage des activités sans concurrence. Les travaux ont commencé en 2006 et se sont achevés en 2010. Le nouvel hôpital abrite 735 lits et est constitué d'un plateau technique comportant 15 blocs opératoires, un bloc pour la neurochirurgie et un plateau imagerie avec 5 salles d'imagerie interventionnelle, 3 IRM, 3 scanners et un TEP Scan. On notera également que la conception de ce nouvel hôpital s'est inscrite dans une trajectoire d'innovation écologique et environnementale (en particulier en ce qui concerne le choix des matériaux).

C'est la perspective organisationnelle du modèle analytique retenu qui est la plus adaptée pour analyser cette seconde étape du partenariat. Elle permet de rendre compte de la nouvelle organisation interne et de l'agencement des multiples prestations et acteurs en son sein. Dans le tableau 2 qui illustre cette nouvelle organisation, on peut ainsi observer le partage des activités qui s'est opéré entre les deux établissements (O1 et O2) et la disparition des doublons (tels que S1, T1, S8, S9, ou encore S10, S11).

Cette nouvelle organisation est le reflet d'une logique d'innovation combinatoire au sens de Djellal et al. (2004), qui se manifeste par la mise en œuvre répétée et conjointe des différentes logiques élémentaires (intensive, extensive, régressive). Elle intègre des mécanismes d'innovation régressive (suppression de plusieurs services élémentaires (Si) : la clinique s'est ainsi séparée de la chirurgie vasculaire et viscérale alors que le CHV a fermé son service de pneumologie). D'autres services sont mutualisés (c'est le cas des urgences, de la pharmacie, des laboratoires, des plateaux techniques, ou des services élémentaires non médicaux, tels que les services d'hôtellerie et de restauration). Elle comprend aussi des mécanismes d'innovation extensive, c'est-à-dire l'adjonction de services élémentaires (Si). Depuis 2003, une trentaine d'activités nouvelles ont été développées au niveau organisationnel (ex : la neurologie, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation liés à la pneumologie) mais aussi et surtout, comme on le verra dans le paragraphe suivant, au niveau intra-organisationnel des sous-services élémentaires si. Cette logique combinatoire s'appuie également, sur une logique d'innovation intensive, c'est-à-dire un renforcement des technologies (M, I, K) et des compétences C, autrement dit des colonnes du tableau (ex : introduction d'un plateau technique, mise au point d'un système d'information commun).

Ce PPP va au-delà de la simple collaboration ponctuelle entre deux partenaires puisqu'il met en œuvre une restructuration globale des prestations de soins entre deux hôpitaux (partage des Si ; Si commun), tout en maintenant des entités administratives distinctes (O1 et O2), qui conservent leur identité juridique.

Cette intégration du processus de soins met également en évidence le besoin d'un système d'information commun informatisé afin de faciliter les échanges. La mise au point de ce système constitue la dernière phase de ce partenariat. Ainsi un dossier unique du patient pu-

⁸ Ce nouveau bâtiment est construit sur le site du CHV et les activités principales de la clinique y seront déplacées à l'exception des bureaux administratifs.

blic/privé informatisé est en cours de développement. Ce projet dénommé CADUCEE devrait permettre de maîtriser et d'optimiser le parcours de soins du patient, en y intégrant le médecin référent.

3.4 La perspective intra-organisationnelle : une diversité de formes d'innovation au niveau d'une prestation de service

La perspective intra-organisationnelle permet d'analyser la dynamique du changement au sein d'une unité élémentaire (sij) composant la nouvelle organisation : un service ou un département de l'hôpital ou un service élémentaire (Si), qu'il s'agisse d'un service de soins ou d'un service hors soins.

Les différents services élémentaires accueillis par le nouvel hôpital sont eux-mêmes par la force des choses modifiés, de différentes manières, compte tenu des recompositions des forces de travail (C), du nouvel environnement architectural et technique (M, I, K, R). Ce constat est vrai pour tous les services élémentaires constitutifs de la nouvelle organisation (médecine, hôtellerie, maintenance, nettoyage, etc.). Ces modifications des composants de la décomposition fonctionnelle conduisent à des changements des caractéristiques de services (Y).

Le service des urgences fournit un exemple des changements complexes et multiples qui affectent un service élémentaire. Tout d'abord, sa surface est nettement agrandie (plus de 3000 m² désormais), ce qui entraîne une amélioration significative de cette variable (action sur la colonne correspondante du tableau analytique). Les urgences sont désormais subdivisées en trois secteurs (sous-services élémentaires) distincts : 1) la traumatologie, (plâtres, sutures,...), 2) le service médicochirurgical (crises d'asthme, douleurs thoraciques ou abdominales) au sein duquel s'est développée en tant que sous-service nouveau et autonome, la prise en charge des AVC, et 3) le secteur du lit porté pour des soins ponctuels qui nécessitent une hospitalisation de jour (alcoologie, intoxication, réaction anaphylactique) (logique d'innovation extensive). Les urgences sont également équipées désormais d'un secteur d'imagerie qui leur est totalement dédié (logique d'innovation intensive). On notera également la stratégie de mise en place d'une médecine urgentiste polycompétente (action sur C) afin d'être en mesure de couvrir toutes les pathologies envisageables en situation d'urgence.

La mutualisation de certains services élémentaires dans le cadre du PPP nécessite également de reconcevoir complètement la logistique. Par exemple, l'emploi d'un seul service de restauration modifie les habitudes de la clinique Teissier (remplacement des assiettes par des barquettes en propylène) car la fonction nettoyage des assiettes n'est pas prévue dans le nouveau bâtiment.

Certains de ces changements organisationnels sont apparus de manière inintentionnelle (dans le processus). Mais la plupart des changements au niveau des services élémentaires sont toutefois issus de processus réfléchis impliquant les différents acteurs et coordonnés par le groupement de coopération sanitaire (GCS). L'ensemble des personnels des deux établissements se sont réunis par « département fonctionnel » et ont discuté les arrangements nécessaires (procédures, personnel, etc.) pour chaque prestation de service, ainsi que les implications administratives (en termes de paiement, logistiques, etc.). Ces découpages et ces procédures ont ensuite été formalisés et codifiés au sein de conventions dans le cadre du GCS.

4. Quels enseignements pour le management hospitalier ?

Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, la notion de PPP est une notion à géométrie variable. Elle peut traduire une dynamique organisationnelle plus ou moins circonscrite ou plus ou moins vaste. Le cas que nous avons étudié (PPP d'innovation complexe ou architecturale) et le modèle analytique que nous avons mobilisé posent un certain nombre de questions intéressantes du point de vue du management (et des politiques publiques), questions qui peuvent susciter des réponses opérationnelles généralisables au-delà de notre cas.

4.1 Réconcilier des « cultures » managériales ou organisationnelles opposées : le public et le privé

Le premier défi important qui se pose aux promoteurs du rapprochement entre une organisation publique et une organisation privée est celui de l'opposition de ce qu'on appellera d'un terme probablement impropre les « cultures » managériales et/ou organisationnelles pour désigner un ensemble complexe de dispositifs institutionnels et organisationnels, de conception des produits, des services, des missions et des performances. La contradiction des « cultures » managériales et/ou organisationnelles est un frein classique au rapprochement entre le public et le privé. Ce frein peut se traduire de deux manières différentes : 1) une résistance volontaire au changement et au rapprochement, 2) une résistance involontaire (inertielle) liée aux caractéristiques intrinsèques de chaque organisation.

Ces freins au partenariat se traduisent mécaniquement en freins à l'innovation lorsque l'objet du PPP est l'innovation. La force de ces freins dépend de la nature du partenariat. Ils sont plus aisés à desserrer dans les expressions les plus simples du PPP, celles qui peuvent faire l'objet d'un contrat explicite (PPP d'adoption ou de coproduction technologique, cf. section 2). Dans ces cas, le partage des tâches peut être organisé de manière simple et contractuelle. En revanche, dans les PPP qui s'inscrivent plus difficilement dans des contrats explicites (c'est le cas des PPP d'innovation complexe ou architecturale qui nous intéressent ici) ces freins sont plus difficiles à desserrer. En effet, dans ces cas, le PPP suppose une relation plus fusionnelle, qui peut contraindre les acteurs concernés à renoncer à certaines pratiques, qui touchent à la nature fondamentale de leurs missions et à la finalité sociale des organisations.

Comme nous l'avons souligné dès l'introduction, en incitant aux PPP hospitaliers, les pouvoirs publics poursuivent essentiellement des objectifs d'efficience, explicites (la recherche de complémentarité, la suppression des doublons, la mutualisation de certains services médicaux ou non) ou implicites qui renvoient à l'hypothèse selon laquelle le privé serait plus efficace que le public.

En théorie, dans les PPP, on pourrait envisager trois cas de figure, selon la logique (publique ou privée) qui l'emporte : logique publique dominante, logique privée dominante, hybridation équilibrée des deux logiques. Cependant, compte tenu de l'objectif implicite évoqué précédemment, on peut dire que l'hypothèse de la logique publique dominante est exclue⁹. La logique privée dominante est envisageable en théorie, mais elle est peu probable compte tenu de la difficulté de réconciliation des cultures. Ainsi, c'est la logique d'hybridation qui est la plus probable et la plus faisable. Elle signifie le maintien de certains principes de service public sous certaines contraintes de marché. Cette logique induit une redéfinition négociée (entre les

⁹ Dans notre cas particulier, cette proposition doit être nuancée par le fait que les deux partenaires ont des finalités de service public.

partenaires) de la mission, qui prend la forme dans le cas étudié de la définition d'un « projet médical commun ».

Dans notre exemple de PPP, la différence de culture entre les deux organisations a constitué un frein au développement du partenariat¹⁰. La clinique privée est ainsi organisée selon un modèle artisanal favorisant des méthodes et une gestion familiales. Chaque médecin y est responsable de ses propres patients, qu'il connaît bien et auquel il fournit un service personnalisé. A l'inverse, l'hôpital public fonctionne selon un modèle plus industriel et bureaucratique. Ainsi, les médecins n'ont pas de « patients dédiés » : ceux-ci sont pris en charge, de manière non « privative », par tout un ensemble de personnels médicaux et non-médicaux. La crainte, pour les praticiens privés, de perdre leurs patients respectifs, a constitué un frein non négligeable lors des négociations et la mise en œuvre des changements et des innovations.

Les statuts respectifs des personnels (fonctionnaires dans un cas, salariés dans l'autre) ont également posé un certain nombre de difficultés dans le processus. Certains agents ont rechigné à changer d'organisation dans la mesure où cela signifiait un changement de statut. Ainsi, dans le service de pneumologie, presque toutes les infirmières du CHV mutées à la clinique sont retournées au sein de l'hôpital, préférant être transférées dans d'autres services, afin de conserver leur statut. Le partenariat a également été confronté à des problèmes de définition et de validation des compétences. En effet, le niveau de diplôme de certains agents de la clinique ne correspondait pas à celui exigé par le statut de la fonction publique. Des reclassements au cas par cas ont finalement dû être opérés.

La question de la gouvernance au sein des hôpitaux publics semble avoir constitué un autre frein au processus de développement de cette coopération sanitaire. La séparation du corps médical et la direction hospitalière entraîne une lenteur dans les prises de décision. N'ayant aucune autorité hiérarchique sur le personnel médical (il ne peut ni évaluer ni licencier un médecin), le directeur a dû multiplier les négociations individuelles avec chaque médecin. Il a ainsi fallu dépenser beaucoup de temps en négociation et établir une cinquantaine de conventions croisées sur des sujets aussi variés que l'organisation médicale de chaque service, les repas, la morgue, la gestion des déchets, ou encore la blanchisserie¹¹. Dix ans ont été nécessaires pour réaliser ce partenariat. Entre temps, l'AHNAC a réalisé 6 à 7 restructurations au sein de son groupe, tandis que le secteur privé commercial (de la région) a pu développer des partenariats, construire une nouvelle clinique et gagner des parts de marché en l'espace de deux ans.

4.2 Temporalité et rationalité

Le partenariat, comme l'innovation ne peuvent pas être envisagés comme des variables discrètes, instantanées. Il s'agit, dans les deux cas, de processus séquentiels, qui s'inscrivent dans le temps. Cette inscription dans le temps augmente selon le degré de complexité du PPPI envisagé. Elle est bien plus importante pour un PPP d'innovation complexe ou architecturale

¹⁰ Cette différence de culture est cependant moindre que s'il s'agissait d'un partenariat avec une clinique privée commerciale. En effet, la clinique Teissier a un statut d'établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH).

¹¹ Gaudron (2009) souligne également la multiplicité des ajustements qu'il est nécessaire de réaliser dans le cadre de PPP, qu'ils soient liés à la gestion de statuts différents, au décalage dans les approches public/privé ou encore à la complexité des relations financières.

que pour un PPP d'adoption (cf. Figure 2). Dans le cas que nous avons traité, le PPP, qui n'a pas encore donné tous ses résultats, est à l'œuvre depuis 10 ans; et nous avons pu décrire un certain nombre de ses étapes importantes : 1) le développement de réseaux de soins et la mise en œuvre de conventions initiales, 2) la création architecturale et organisationnelle d'un nouvel hôpital, 3) l'intégration du système d'information...

L'inscription du PPPI dans un temps long se heurte au problème du cycle de vie des carrières individuelles. En effet, si à court terme les acteurs du PPP sont stables, en revanche, à long terme certains acteurs clés peuvent être amenés à quitter l'organisation, pour diverses raisons. Ainsi, dans notre cas, le changement de directeur du CHV a mis quelque temps en difficulté la poursuite du processus de coopération alors même que le nouveau directeur avait été explicitement choisi pour poursuivre et concrétiser le PPP. La personnalisation des stratégies est indéniablement un facteur de fragilité des processus (Devillers, 2005).

Si le partenariat est nécessairement intentionnel, inscrit dans une stratégie établie, tel n'est pas le cas de toutes les formes d'innovations engendrées par la dynamique du partenariat. Si certaines innovations sont clairement programmées, de nombreuses innovations organisationnelles ne le sont pas. Quoi qu'il en soit, la rationalité mise en œuvre dans l'élaboration du partenariat est une rationalité non pas substantive, mais procédurale, c'est-à-dire que les objectifs sont réadaptés en fonction du chemin parcouru. De même, l'efficacité doit être envisagée de manière procédurale. L'objectif d'un PPPI n'est pas d'atteindre à terme un optimum, dans la fourniture des services hospitaliers, mais bien de trouver, à chaque étape du processus, une solution satisfaisante fruit d'un compromis (transitoire) entre différentes logiques de produit et de performance. Ainsi des systèmes d'évaluation pluralistes de la performance fondés sur des critères multiples et évolutifs permettraient de mieux appréhender l'intérêt socio-économique des PPP (Merlin et Moursli, 2010 ; Gadrey, 1996b ; Djellal et Gallouj, 2008b).

4.3 L'innovation et ses biais

Un problème important, du point de vue du management des PPP hospitaliers, est celui de la nature de l'innovation et des processus d'innovation. La discussion peut être envisagée selon les couples d'alternatives suivantes : 1) l'innovation technologique et l'innovation non technologique ; 2) l'innovation descendante et l'innovation ascendante ; 3) l'innovation médicale et l'innovation non médicale. Les trois alternatives sont consacrées à la nature de l'innovation. Mais parmi elles, les deux dernières rendent également compte de la question des acteurs de l'innovation.

• Innovation technologique, innovation non technologique

La forme de l'innovation hospitalière la plus visible est celle que l'on appelle *l'innovation médicale*, pour désigner, de manière générique, différents types d'innovations *technologiques* (matérielles pour l'essentiel) et bio-pharmacologiques, dans le domaine des soins. La perspective de l'hôpital privilégiée est ainsi celle de « *l'hôpital-plateau technique et biopharmacologique* » (Djellal et al., 2004). Une autre forme de l'innovation particulièrement visible est celle liée aux technologies de l'information et de la communication (TIC). L'hôpital n'échappe pas en effet au caractère invasif de la diffusion des TIC dans le cadre du nouveau paradigme informationnel. Ainsi, une quantité importante de travaux privilégie la perspective d'un *hôpital-système d'information*, et envisage l'innovation hospitalière dans ses relations avec le paradigme informationnel, en opérant parfois une distinction entre *l'informatique de gestion administrative* et *l'informatique de soins*.

Dans notre étude de cas, les manifestations les plus visibles et spectaculaires de l'innovation sont, par exemple, les plateaux techniques hypersophistiqués, le nouveau système d'information, le système automatisé de prescription et de dispensation des médicaments, le nouveau bâtiment écologique... Ce constat de la prédominance de l'innovation matérielle technologique est fréquent (et fréquemment dénoncé) non seulement dans la littérature consacrée aux services de soins (Djellal et al., 2004), mais plus généralement dans l'ensemble des travaux consacrés aux services (Gallouj et Djellal, 2010 ; Howells, 2007 ; Tether, 2005 ; Miles, 2002 ; Combes and Miles, 2000 ; Sundbo, 1998, etc.). Ce « biais technologiste » caractérise ainsi ce que Gallouj (1994) appelle les approches technologistes ou assimilationnistes de l'innovation dans les services.

Une approche servicielle (de démarcation ou de différenciation) (Gallouj, 1994) est nécessaire. Elle seule est en mesure d'identifier et de favoriser (sur le plan du management opérationnel, mais aussi par des actions publiques adaptées) des formes d'innovation invisibles ou cachées à l'hôpital et dans les systèmes de soins. Cette innovation invisible recouvre de nombreux aspects de ce que nous appelons généralement, pour simplifier, des innovations non technologiques. Elle réunit ainsi des innovations organisationnelles, des innovations sociales, des innovations de produits et de process immatérielles, etc.

- *Innovation médicale, innovation non médicale*

L'innovation à l'hôpital concerne, bien entendu, les services élémentaires de soins et les acteurs correspondants. Mais elle concerne aussi l'ensemble des autres services élémentaires : par exemple, l'hôtellerie, la restauration, ... De nouveau ici, comme le constatent Djellal et al. (2004), les analystes de l'innovation hospitalière ont tendance à mettre l'accent sur le premier champ d'innovation au détriment de tous les autres. Autrement dit le « biais technologique » souligné dans le paragraphe précédent est doublé d'un « biais médical ».

Le financement des PPP dans le cadre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 tend à conforter ce biais médical ainsi que le biais technologique et matériel évoqué dans le paragraphe précédent. Ainsi, le Plan Hôpital 2007 a privilégié la rénovation du patrimoine et des équipements médicaux alors que le Plan Hôpital 2012 place les systèmes d'information au cœur des enjeux de la modernisation des établissements de santé. Il s'agit de réorganiser les Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH) afin d'intégrer les évolutions dans la gestion hospitalière (T2A, dossier patient, circuit du médicament, dossier urgences,...), ainsi que de financer les nouvelles contraintes relatives aux schémas régionaux d'organisation sanitaire (nouvelles normes de sécurité et de fonctionnement, etc.).

Dans leur recherche de l'efficacité, le management hospitalier de même que les pouvoirs publics ont intérêt à accorder une importance plus grande aux formes non médicales de l'innovation. En effet, la qualité des services périphériques du système de soins a une influence évidente sur la qualité et l'efficacité des soins eux-mêmes. C'est particulièrement évident pour l'ensemble des services d'hygiène, mais aussi pour l'ensemble des services « commerciaux » (service hôtelier, administration, etc.) qui ont une influence sur la satisfaction du patient en tant que client.

- *Innovation ascendante, innovation descendante*

Les PPP sont initiés par le haut, selon une logique descendante : ils relèvent en effet de décisions stratégiques portées par le sommet des lignes hiérarchiques. Ainsi, les contrats de coopération public-privé restent soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS (Bergoinan-Esper, 2009).

Il serait toutefois erroné de penser que les innovations induites par les PPP sont également portées essentiellement par une logique descendante. Comme semble l'illustrer notre cas, plus le projet est complexe et plus il s'inscrit dans le temps, plus les dynamiques d'innovations et d'apprentissage locales jouent un rôle essentiel. Au total, on assiste à des mouvements inverses d'innovations ascendantes et descendantes, qui s'inscrivent dans des processus et des structures fort bien analysés par l'économie et la gestion des services (Toivonen, 2010) : des groupes de projets bien établis qui suivent des modèles d'innovation séquentiels (des « stage-gate models »), des processus d'innovation de bricolage (Fuglsang, 2010), des modèles d'innovation « ad hoc » ou de « reconnaissance a posteriori » (« a posteriori recognition model ») dans lesquels l'innovation n'est pas programmée, mais émerge et est reconnue a posteriori (Gallouj, 1991 ; Gadrey et Gallouj, 1998) ; des modèles d'application rapide (« rapid application model », Toivonen, 2010).

Conclusion

Les PPP sont des formes de coopération entre le public et le privé, qui ont connu un indéniable succès ces dernières années dans toute l'Europe. Ils sont fondés en particulier sur l'idée de la capacité des organisations privées d'améliorer, selon différents canaux (financement, complémentarité, ou simple mimétisme), l'efficacité des organisations publiques ou du nouveau système que le partenariat constitue, dans la réalisation d'une activité donnée.

Plus récemment, les PPP sont également envisagés comme des dispositifs permettant d'accroître la qualité et de produire des innovations dans le domaine des services. Ils peuvent, dans ce cas, être envisagés comme des cas particuliers de Réseaux d'Innovation-Public Privé dans les services (cf. Gallouj, Rubalcaba et Windrum, 2013). Les PPP se heurtent ainsi à une difficulté nouvelle, théorique, mais aussi managériale (et de politique publique) : celle de la prise en compte de ce qu'on peut appeler l'innovation invisible (et celle de la mesure de la performance invisible). En effet, si comme nous le proposons, on ne s'accommode pas d'une conception de l'innovation associée au partenariat comme une boîte noire, on peut mettre en évidence des formes d'innovation complexes et multifformes, qui mobilisent des acteurs différents, à différents niveaux organisationnels.

En mobilisant les modèles théoriques de l'économie de l'innovation dans les services (approche lancastérienne en termes de caractéristiques, décomposition fonctionnelle du service) et en les appliquant à une étude de cas approfondie de partenariat hospitalier, nous avons ainsi pu prendre toute la mesure de la complexité de la dynamique d'innovation associée à la mise en œuvre d'un PPP hospitalier, la manière dont elle se traduit à différents niveaux analytiques (inter-organisationnels, organisationnels et intra-organisationnels) et ses conséquences en termes de management hospitalier.

Il apparaît ainsi que le partenariat comme l'innovation ne peuvent être envisagés comme des variables discrètes : pour être comprises et gérées de manière pertinente, elles doivent être situées dans un temps plus ou moins long. Les choix établis, dans un cas comme dans l'autre, relèvent non pas d'une rationalité substantive, mais d'une rationalité procédurale. Ainsi on doit renoncer à une efficacité statique pour lui substituer une efficacité évolutionnaire (chan-

geante en fonction de l'étape du processus de partenariat). Outre la nécessité d'une évaluation évolutionnaire de la performance, l'hybridation culturelle opérée par le PPP exige le recours à des évaluations multicritères de la performance qui tiennent compte à la fois de la perspective marchande et social-civique.

Le PPP qui a fait l'objet de notre analyse donne lieu à une dynamique intonative complexe au niveau intra et inter-organisationnel. Certaines formes de l'innovation sont visibles et prévisibles (programmées) et souvent descendantes (top-down). C'est le cas de la plupart des innovations technologiques et des innovations architecturales. Elles sont généralement plus faciles à gérer (et elles bénéficient plus facilement du soutien des actions publiques). En revanche, de nombreuses autres sont invisibles. Il s'agit, pour l'essentiel, d'innovations non technologiques (innovations organisationnelles, sociales, etc.) qui ont tendance à échapper à nos outils théoriques et à nos méthodologies de mesure et qui nécessitent une reconnaissance théorique et managériale. Certaines de ces innovations invisibles sont prévisibles (c'est-à-dire programmables). C'est le cas, par exemple, de la mise au point de protocoles de soins ou de protocoles de nettoyage, etc. Mais d'autres conjuguent invisibilité et imprévisibilité. Elles ne sont pas programmables. Elles voient le jour à l'interface avec le patient ou le client. Elles sont le fruit du professionnel de base et peuvent être suscitées par le patient lui-même. Elles sont donc ascendantes (bottom-up). Il s'agit, par exemple, d'innovations ad hoc, de bricolage ou de reconnaissance a posteriori. Une fois identifiées en tant que telles, il faut les favoriser : organiser l'imprévisible.

Enfin, si l'innovation médicale et les acteurs correspondants jouent un rôle essentiel dans ces dynamiques intonatives, le management hospitalier (mais aussi les politiques publiques) ne devraient pas négliger les innovations dans les autres domaines (non médicaux) : des formes d'innovations importantes peuvent en effet y voir le jour.

RÉFÉRENCES

- BERGOIGNAN-ESPER, C., 2009, Les formes de coopération dans la loi HPST. Avancées et manques, *Gestions hospitalières*, n°489, octobre, 481-486.
- BILLARD, V., 2001, Le réseau comme réponse à une meilleure prise en charge des personnes âgées. La communauté des établissements gériatriques de l'agglomération rouennaise, *Gestions hospitalières*, n°404, mars, 165-169.
- BRADFORD, N., 2003, Public-Private Partnership? Shifting Paradigms of Economic Governance in Ontario. *Canadian Journal of Political Science/Revue canadienne de science politique*, 36(5), 1005-1033.
- BRESCHI, S., MALERBA, F. (eds), 2005, *Clusters, networks and innovation*, Oxford University Press.
- CALLON, M., 1991, «Réseaux technico-économiques et irréversibilité», in Boyer., et al. (éd.), *Figures de l'irréversibilité en économie*, Paris, Edition de l'EHESS, 195-230.
- COOMBS, R., MILES, I., 2000, Innovation, Measurement and Services: The New Problematic, in Metcalfe, J.S. and I. Miles (eds), *Innovation Systems in the Service Economy: Measurement and Case Study Analysis*, Dordrecht: Kluwer Academic Publisher, 85-103.
- DANIEL C., DELPAL B., DUHAMEL G., LANNELONGUE C., 2006, Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR. Résumé du rapport n°2006, 022.
- DE VRIES, E., 2006, Innovation in services in networks of organizations and in the distribution of services, *Research Policy*, 35, 7, 1037-1051.
- DEVILLERS, M., 2005, La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire : un simple changement de structure juridique ? L'exemple du partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et la clinique Teissier, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.
- DJELLAL, F., GALLOUJ, F., 2005, Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy* 34, 817-835.
- DJELLAL, F., GALLOUJ, F., 2007, Innovation in hospitals: a survey of the literature, *The European Journal of Health Economics*, Volume 8, n°3, 181-193.
- DJELLAL F., GALLOUJ F., 2008a, A model for analysing the innovation dynamic in services: the case of 'assembled' services, *International Journal of Services Technology and Management*, Vol. 9, n° 3/4, 285-304.
- DJELLAL, F., GALLOUJ, F., 2008b, *Measuring and improving productivity in services: issues, strategies and challenges*, Edward Elgar Publishers.
- DJELLAL, F.; GALLOUJ, C.; GALLOUJ, F.; GALLOUJ, K., 2004, *L'hôpital innovateur. De l'innovation médicale à l'innovation de service*. Paris: Masson, 132p.
- DOMIN, J.P., 2002, Les réseaux ville-hôpital : vers un nouveau mode de régulation en santé publique ? *Gestions Hospitalières*, n°417, juin/juillet, 449-456.
- EDQUIST, C. (ed), 1997, *Systems of Innovation : technologies, Institutions and Organizations*, Pinter.
- FUGLSANG, L., 2010, Bricolage and invisible innovation in public service innovation, *Journal of Innovation Economics*, n°5, 67-87.
- GADREY, J., 1991, Le service n'est pas un produit : quelques implications pour l'analyse économique et pour la gestion. *Politiques et Management Public* 9(1), 1-24.
- GADREY, J., 1996a, *L'économie des services*, Repères, La découverte.
- GADREY J., GALLOUJ F, GHILLEBAERT E, 1996b, avec la collaboration de D. Duplaa, C. Gallouj, *La Poste : Mondes de production, Types de produits, Contribution à la cohésion sociale*, Rapport de recherche pour la Direction de la Stratégie de La Poste, octobre, 106 p.

- GADREY, J., 2000, The Characterization of Goods and Services: an Alternative Approach', *the Review of Income and Wealth*, 46, n° 3, September, 369-387.
- GADREY, J. GALLOUJ, F., 1998, The provider-customer interface in business and professional services, *The Service Industries Journal*, Vol. 18, n°2, Avril, 1-15.
- GALLOUJ, F., 1991, Les formes de l'innovation dans les services de conseil, *Revue d'économie industrielle*, n°57, troisième trimestre, 25-45.
- GALLOUJ, F., 1994, *Economie de l'innovation dans les services*. Paris: Editions L'Harmattan, 256p.
- GALLOUJ, F., 1999, Les trajectoires de l'innovation dans les services : vers un enrichissement des taxonomies évolutionnistes. *Economies et Sociétés, Série Economie et Gestion des Services*, EGS 1, 143-169.
- GALLOUJ, F., 2002, *Innovation in the service economy: the new wealth of nations*, Edward Elgar Publishing.
- GALLOUJ, F., DJELLAL, F. (eds), 2010, *The Handbook of Innovation and Services: a multidisciplinary perspective*, Edward Elgar Publishers.
- GALLOUJ, F. ; GALLOUJ, C., 1996, *L'innovation dans les services*. Paris: Editions Economica.
- GALLOUJ, F., RUBALCABA, L., WINDRUM, P. (eds), 2013, *Public-Private Innovation Networks in Services*, Edward Elgar Publishers.
- GALLOUJ, F., SAVONA, M., 2009, Innovation in services: a review of the debate and perspectives for a research agenda, *The Journal of Evolutionary Economics*, 19 (2), 149-172.
- GALLOUJ F., WEINSTEIN, O., 1997, Innovation in Services, *Research Policy*, Vol. 26, n°4-5, 537-556.
- GAUDRON, P., 2009, Henriville, un partenariat public-privé réussi dans le secteur de la santé. *Revue française d'administration publique*, n°130, 307-322.
- HAFSI, T., 2009, Partenariat public-privé et management de la complexité : les nouveaux défis de l'Etat, *Revue française d'administration publique*, 337-348.
- HAKANSSON, H., SNEHOTA, I. (ed), 1997, *Developing relationships in Business networks*, Thomson Business Press.
- HENDERSON, R. M.; CLARK, K. B., 1990, Architectural Innovation: The Reconfiguration of Existing Product Technologies and the Failure of Established Firms, in: *Administrative Science Quarterly*, Vol. 35 (1990), 9-30.
- HILL, P., 1977, On goods and services, *Review of Income and Wealth*, 1, 315-338.
- HOWELLS, J., 2007, 'Services and innovation: conceptual and theoretical perspectives', in Bryson, J. R. and P. W. Daniels (eds), *The Handbook of Service Industries*, Cheltenham: Edward Elgar, 34-44.
- LUNDEVALL, B.-A. (ed), 1992, *National systems of innovation*, Pinter Publishers.
- MAZOUZ, B., FACAL, J., VIOLA, J.M., 2008, Public-Private Partnership: Elements for a Project-Based Management Typology, *Project Management Journal*, June 2008, Vol. 39, n°2, 98-110.
- MAZOUZ, B., 2009, Les aspects pratiques de partenariats public-privé de la rhétorique néolibérale... aux enjeux, défis et risques de gestion des PPP. *Revue française d'administration publique*, n°130, 215-232.
- MERLIN-BROGNIART, C. ; MOURSLI-PROVOST A.-C., 2010, Les dynamiques de l'innovation au sein des maisons de repos : le cas d'un établissement associatif. *Economies et Sociétés, série "Économie et Gestion des Services"* (EGS) 1.
- MILES, I., 2002, 'Service Innovation: Towards a Tertiarisation of Innovation Studies', in Gadrey, J. and F. Gallouj (eds), *Productivity, Innovation and Knowledge in Services*, Cheltenham, UK: Edward Elgar, 164-196.

- MOLINIE, E., 2005, L'hôpital public en France : bilan et perspectives. Avis et rapports du conseil économique et social, 264p.
- NELSON, R. (ed), 1993, *National innovation systems*, Oxford University Press.
- OECD, 2011, Health Data.
- PELLIEUX, S., FOUQUET, B., 2003, Un réseau régional de prise en charge des adultes atteints de maladies neuromusculaires, *Gestions hospitalières*, mars, n°424, 211-214.
- PINE, J. et GILMORE, J. (1999), *The Experience Economy*, Harvard Business School Press, Boston.
- PLU I., GIGNON S., EMERY S., PURSELL-FRANÇOIS I., MOUTEL G., HERVE C., 2009, Modalités et enjeux de la communication externe des réseaux de santé : l'expérience d'un réseau d'accès aux soins. *Santé Publique*, 2009/2, n°21, 173-181.
- PORTER, M., 1990, *The competitive advantage of nations*, Free Press.
- RAPIAU, M.-T., RIONDET, J., 2004, La sortie d'hospitalisation des personnes âgées. Construire un axe stratégique entre l'hôpital et des associations d'aide à domicile, *Gestions hospitalières*, août-sept, n°438, 536-540.
- REICH, M. R., 2002, Introduction: Public-Private partnerships for Public health. Chapter 1. In: Reich, M. R. (ed.): *Public-Private partnerships for Public health*. Harvard Center for population and development studies, 1-18.
- ROSENBERG, N., 1982, *Inside the black box: technology and Economics*. Cambridge, Cambridge University Press, 304p.
- SAVES, F. ; SCHEID, J.-C., 2008, Partenariat public-privé. *Revue française de comptabilité, numéro spécial n° 416*, Décembre.
- SAVIOTTI, P.P, METCALFE, J.S, 1984, A theoretical approach to the construction of technological output indicators. *Research Policy*, 13, 141-151.
- STAHEL, W. (1997), The Functional Economy: Cultural and Organizational Change, in Richards D.J. (ed) *The industrial green game: implications for environmental design and management*. Washington DC, National Academy Press, 91-100.
- SUNDBO, J., 1998, *The organisation of innovation in services*. Roskilde University Press, 400p.
- TERTRE C. du, 2007, Économie de la fonctionnalité, développement durable et innovations institutionnelles, in *L'économie des services pour un développement durable*, Heurgon E., Landrieu J. (eds) (2007). Paris: L'Harmattan.
- TETHER, B., 2005, Do Services Innovate (Differently)? : Insights from the European Inno-barometer Survey, *Industry and Innovation*, 12, 153-184.
- TOIVONEN, M., 2010, Different types of innovation processes in services and their organisational implications, in Gallouj F., Djellal F. (eds), *The Handbook of Innovation and Services : a multidisciplinary perspective*, Edward Elgar Publishers, 221-249.
- WETTENHALL, R., 2003, The Rhetoric and Reality of Public-Private Partnerships. *Public Organization Review* 3(1), 77-107.
- VARGO, S.L., LUSCH, R.F., 2004, Evolving to a new service dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, Vol. 68, January, 1-17.
- WINDRUM, P., GARCIA-GONI, M., 2008, A neo-Schumpeterian model of health services innovation. *Research Policy*, 37, 649-672.