

# *A qualitative analysis of the reform of healthcare system in France*

**François FULCONIS, Dr.**

*Maître de conférences hors classe en Sciences de Gestion et du Management*

Avignon University (AU)

Laboratoire LBNC – AU

Laboratoire CRET-LOG - AMU

June 11, 2019



## À la mémoire de Thierry GARROT



**Convivialité**

**Service**

**Projets**

**Maître de conférences habilité à diriger des recherches (HDR)** en Sciences de Gestion à l'Institut d'Administration des Entreprises (IAE) de l'Université de Nice Sophia Antipolis (UNS)

Nombreux **engagements** en faveur :

- de la diffusion des savoirs,
- de la formation continue,
- du développement d'innovations pédagogiques.

Élu Président d'**AUNEGe - Association des Universités pour l'enseignement Numérique en Économie et Gestion** - Janvier 2016.

Lien : [http://www.aunege.org/public/connaitre\\_aunege/mot-du-president](http://www.aunege.org/public/connaitre_aunege/mot-du-president)

Co-pilote et acteur du **Projet TCS - Tarification au cycle de soins**, depuis sa conception, il a réalisé une thèse sur le **contrôle de gestion hospitalier** et fut intervenant durant de nombreuses années auprès des futurs cadres de santé de l'**IFCS de la Croix Rouge et du CHU de Nice**.

Lien : <https://tcs.hypotheses.org/author/tcstg>

*A qualitative analysis of the reform of  
healthcare system in France*

*Objectif de la présentation*



**Présenter la démarche de recherche et les résultats d'une étude effectuée  
sur les caractéristiques organisationnelles des  
« *Communautés Hospitalières de Territoire* » (CHT)  
et des « *Groupements Hospitaliers de Territoire* » (GHT) en France**

**Analyse qualitative de la réforme du système de santé en France :  
des « Communautés Hospitalières de Territoire » (CHT)  
aux « Groupements Hospitaliers de Territoire » (GHT)**

## **Plan de la présentation**

- 1. Contexte et objectif de l'étude**
- 2. Démarche de recherche de type « *qualitatif déductif* »**
- 3. Etude de cas unique : la CHT du Pays Provençal (CHT-PP)**
- 4. Principaux résultats : la CHT, une structure en réseau**
- 5. Discussion et prolongements**



# 1. Contexte et objectif de l'étude (1/3)

## Loi HPST du 21 juillet 2009



Projet d'organisation sanitaire qui :

- accompagne la réforme du financement du système de santé
- favorise les démarches coopératives inter-organisationnelles



**CHT puis GHT**

## CHT (2009) et GHT (2016, 2017)

- **Nouveautés institutionnelles**
- **Objectif** : renforcer le secteur public de santé et la qualité de prise en charge du patient sur un territoire  
⇒ s'ajoutent aux dispositifs existants : GCS, GIP...
- Fondées sur la **proximité territoriale** et la **coordination de l'offre publique** de soins entre **établissements publics autonomes**
- Rechercher une meilleure :
  - utilisation des **ressources / compétences**
  - **complémentarité** entre les acteurs⇒ *Ne se limite pas à la mise en commun de certaines fonctions !*

1. Contexte  
et objectif

2. Démarche  
de recherche

3. Etude de  
cas : la CHT-PP

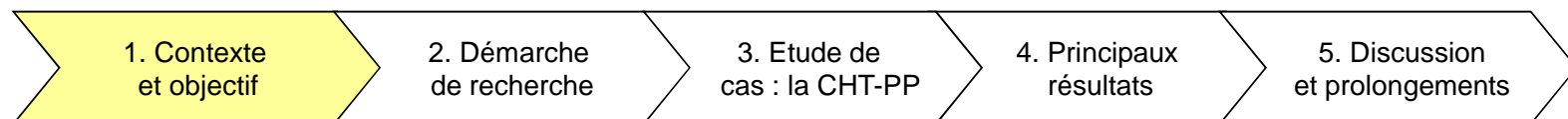
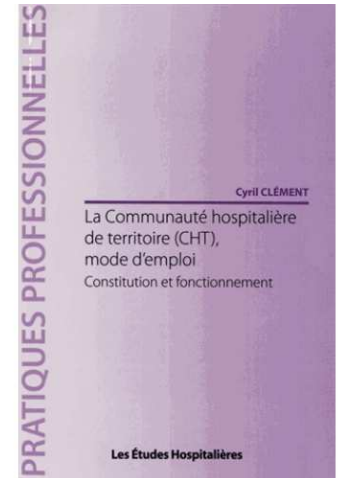
4. Principaux  
résultats

5. Discussion  
et prolongements

## 1. Contexte et objectif de l'étude (2/3)

### ↳ La CHT, un nouvel acteur de la santé publique

- **Evolution** : de l'*hospitalo-centrisme*... à l'apparition des *secteurs (1970')* et... à la logique de *territoire (2003)*
- **Pourquoi des CHT ?**
  - Trop d'hôpitaux pour un système de financement à l'activité (T2A)
  - Une forte concurrence du secteur privé
  - Solution à la contradiction apparente  
➔ trop d'hôpitaux et difficulté de supprimer les sites
- **La CHT : un réseau dans des réseaux ?**  
⇒ **Réseau d'offreurs publics** qui regroupe des **réseaux professionnels** aux logiques différentes (médecins, directeurs, élus locaux, groupes de santé, etc.)



## 1. Contexte et objectif de l'étude (3/3)

Objectif de l'étude , analyser :

- le **fonctionnement des CHT**
- la **mise en œuvre des GHT**,  
considérées comme des « **structures en réseau** », pour mieux comprendre :

***Autrement dit :***

- rationaliser davantage les moyens utilisés tout en améliorant la **qualité des soins**
- augmenter la **rentabilité financière** de ses membres
- accroître sa compétitivité en termes de « **parts de marché** »

Question de recherche

**En quoi ces dispositifs en réseau sont susceptibles de renforcer la compétitivité de l'offre publique de soins en France ?**

1. Contexte et objectif

2. Démarche de recherche

3. Etude de cas : la CHT-PP

4. Principaux résultats

5. Discussion et prolongements

## 2. Démarche de recherche ➔ cadre théorique (1/3)

Démarche déductive



### Management stratégique des RIO

Les **structures en réseau** sont considérées comme **vecteur de compétitivité**,  
*i.e.* comme une **réponse organisationnelle**  
à la recherche de facteurs d'efficacité et d'efficacité

Travaux anciens  
et littérature abondante  
depuis 3 décennies



### Types et appellations variés de « structures en réseau »

*Centrées / non centrées, stables / dynamiques,  
bureaucratiques / organiques, virtuelles, temporelles,  
éphémères, temporaires pulsatoires, etc.*

### Structures en réseau : une définition

Correspondent à la capacité **d'entreprises partenaires**,  
**juridiquement et financièrement indépendantes les unes des autres**,  
à **coordonner leurs activités** (le plus souvent complémentaires)  
et à **tisser entre elles des relations de long terme** autour d'un **projet commun**

1. Contexte  
et objectif

2. Démarche  
de recherche

3. Etude de  
cas : la CHT-PP

4. Principaux  
résultats

5. Discussion  
et prolongements



## 2. Démarche de recherche de type « qualitatif déductif » ➔ grille d'observation HPAC (2/3)

**H  
P  
A  
C**

<b>C O N C E P T</b>	<b>Structures en réseau vecteur de compétitivité</b>			
<b>C O M P O S A N T E S</b>	<b>Hétérogénéité</b>	<b>Partenariat</b>	<b>Autonomie</b>	<b>Cohésion</b>
<b>I N D I C A T E U R S</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type de structure en réseau</li> <li>- Nombre et taille des partenaires</li> <li>- Positionnement des partenaires sur la chaîne de valeur</li> <li>- Intégration verticale sur la chaîne de valeur ajoutée (parcours de soins)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type d'accord entre les partenaires</li> <li>- Mode d'organisation pour la réduction des coûts et l'efficacité</li> <li>- Mode de coordination des activités</li> <li>- Degré d'intégration et d'utilisation des TIC et pilotage des flux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type d'autonomie</li> <li>- Degré d'autonomie dans les prises de décisions</li> <li>- Mode d'expression de l'autonomie de décision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valeurs partagées et degré de confiance entre les partenaires</li> <li>- Modalités de contrôle et de résolution de conflits</li> <li>- Rôles des acteurs réticulaires</li> </ul>

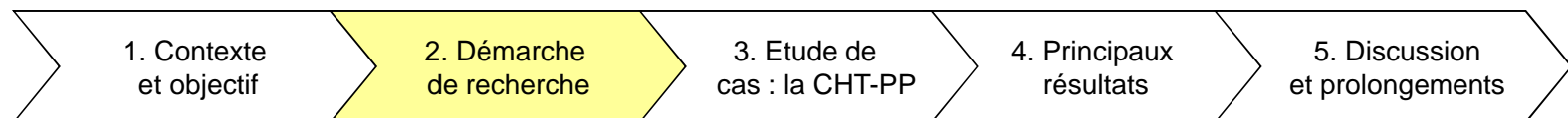
Source : adapté de Fulconis (2000 et 2004)

## 2. Démarche de recherche de type « qualitatif déductif » (3/3)

↳ **4 propositions théoriques**

**H**  
**P**  
**A**  
**C**

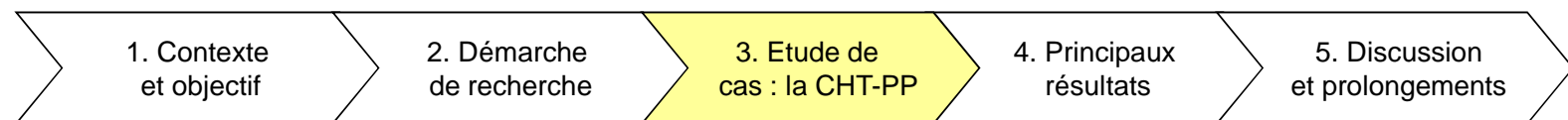
- **PT 1** : par son Hétérogénéité, la CHT est susceptible de contribuer à une meilleure **maîtrise de la chaîne de valeur ajoutée** associée à un parcours complet de soins
- **PT 2** : par le Partenariat, la CHT est susceptible de faciliter, sur un même parcours de soins, la **coordination des activités entre ses membres**
- **PT 3** : par l'Autonomie, la CHT est susceptible de conjuguer **indépendance et interdépendance** de chacun de ses membres
- **PT 4** : par la Cohésion, la CHT est susceptible de **maintenir uni**, tout au long d'un processus de production de soins, chacun de ses membres



### 3. Etude de cas : la CHT du Pays Provençal (1/5)

#### *Méthodologie qualitative : une étude de cas unique*

- **Recherche qualitative** : pour mieux comprendre comment, depuis 2012, la CHT-PP fut mise en place et fonctionne
- **Démarche « contextualiste »** : car l'étude de la CHT-PP nécessite d'analyser « *la dynamique organisationnelle dans le contexte qui l'entoure* » (Warnotte et Rousseau, 1993 ; Husser, 2005)
- **Étude de cas unique** : la CHT du Pays Provençal (CHT-PP)
- **Justifications => l'étude de cas unique permet :**
  - **l'observation** d'un cas typique de Cht (la Cht-Pp était la première Cht, en taille, de la région Paca) (Royer et Zarlowski, 2014) ;
  - « **d'identifier les circonstances et conditions** » de sa mise en œuvre (Royer et Zarlowski, 2014) ;
  - « **de révéler un phénomène qui n'est pas rare** » mais qui, par sa nouveauté, était jusqu'alors peu étudié par la communauté scientifique (Royer et Zarlowski, 2014) ;
  - une **investigation** en profondeur et la **compréhension** de la spécificité du contexte organisationnel pour saisir les logiques d'acteurs (Gombault, 2005)



### 3. Etude de cas : la CHT du Pays Provençal (2/5)

#### *Méthodologie qualitative : une étude de cas unique*



1. Contexte et objectif

2. Démarche de recherche

3. Etude de cas : la CHT-PP

4. Principaux résultats

5. Discussion et prolongements

### 3. Etude de cas : la CHT du Pays Provençal (3/5)

- **Frontières du cas (Miles et Huberman, 2003)** : la CHT-PP était facile à délimiter puisqu'elle regroupait 4 établissements (cf. Schéma 1)
- **Niveau d'analyse** : étude de leur comportement et de leurs interactions

**Création :**  
décembre 2011

**Mise en œuvre :**  
Janvier 2012

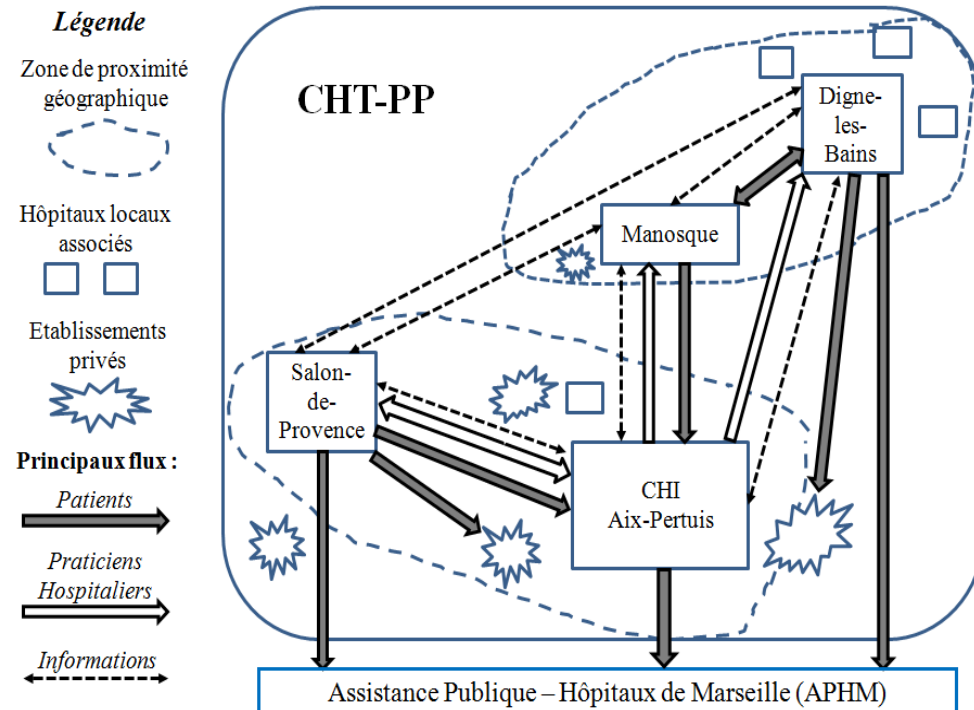
**1<sup>re</sup> CHT de la région PACA**

**Nombre d'établissements :**  
4

**Zone géographique :**  
2 départements (04 et 13)

Source : Fulconis et Joubert (2017)

**SCHÉMA 1. Représentation de la CHT-PP**



### 3. Etude de cas : la CHT du Pays Provençal (4/5)

- Recueil des données :

- *primaires* :

- 55 entretiens en face à face de 2012 à 2015 (cf. Tableau 1)
- suivi d'équipes de direction (observations et échanges informels) en 2014 et 2015

=> **Convention de recherche entre : CHIAP et LBNC (Avignon Université - AU)**

- *secondaires* :

- **documents** : législation, décrets d'application, rapports IGAS, programmes cadres ministériels, schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), CPOM, projets d'établissements, etc.
- **presse économique et littérature** (souci de triangulation)



Tableau 1. Caractéristiques des répondants concernant la CHT-PP

FONCTIONS	APPARTENANCES	NOMBRES
Les Directeurs généraux et les présidents de Commissions médicales d'établissements (CME)	CHIAP, Salon-de-Provence, Manosque et Digne-les-Bains	8
La totalité des membres du directoire	CHIAP	10
La totalité des chefs de pôles	CHIAP	11
Les directeurs adjoints	CHIAP et Digne-les-Bains	14
Des cadres supérieurs de santé et des praticiens hospitaliers	CHIAP, Salon-de-Provence, Manosque et Digne-les-Bains	10
La présidente	CSIRMT du CHIAP	1
Un directeur territorial	ARS PACA	1

### 3. Etude de cas : la CHT du Pays Provençal (5/5)

- **Analyse des données :**

- **ANALYSE DE CONTENU** (Gavard-Perret et al., 2012 ; Dumez, 2013) :

- entretiens retranscrits => **sources primaires**
- documents => **sources secondaires**

- **PÉRIODES D'ANALYSE :**

- **pendant** la période de recueil (fiches de synthèse d'entretiens et de documents)
- **après** la période de recueil (pré-analyse en lecture flottante puis codage des données faisant émerger des sous-thèmes permettant d'explorer les propositions)

- **VALIDITÉ INTERNE :**


- **triangulation** et **contextualisation** des données (Yin, 2009) ;
- **saturation empirique du terrain** (collecte des données n'apportant *in fine* que des informations marginales ne remettant pas en question les cadres construits) (Grawitz, 2000 ; Thiétart et al., 2014) ;
- **soumission des résultats**, pour validation lors de séances de restitution, à des acteurs clés de la CHT-PP ;
- **Remarque**, validité (interne et externe) renforcée par :
  - l'adéquation entre les dispositions réglementaires de la loi du 26 janvier 2016 de « *modernisation de notre système de santé* » créant les GHT,
  - les insuffisances constatées au sein de la CHT-PP *via* notre grille d'observation.



## 4. Principaux résultats (1/4)

### Hétérogénéité : limitée vs augmentée



	<b>CHT</b> Observation terrain	<b>GHT</b> Analyse de la Loi santé 2016
<b>INDICATEURS</b>	<b>LIMITÉE</b>	<b>AUGMENTÉE</b>
<b>Type de structure en réseau</b>	<u>Réseau maillé</u> avec égalité formelle des membres	<u>Réseau en étoile</u> de type centre périphérie avec reconnaissance de l'hôpital pivot
<b>Nombre et taille des partenaires</b>	Nombre de membres <u>réduit</u> Adhésion en principe <u>volontaire</u>	Nombre de membres <u>élevé</u> Adhésion <u>obligatoire</u> et découpage imposé par l'ARS
<b>Positionnement des partenaires</b>	Domaines MCO exclusivement avec duplications nombreuses. Absence aux deux extrémités de la chaîne de valeur. Redondance des activités	Les 4 champs (MCO, SSR, PSY et HAD) sont concernés. Les extrémités sont incluses (CHU et médico-sociale).
<b>Intégration verticale sur la chaîne de valeur</b>	Mouvement faible des patients à l'intérieur du réseau (entre les établissements lors d'un parcours de soins)	Prise en charge, au sein du GHT, de l'intégralité <u>d'un parcours de soins</u> favorisé par l'hétérogénéité et la spécialisation des membres

1. Contexte et objectif

2. Démarche de recherche

3. Etude de cas : la CHT-PP

4. Principaux résultats


5. Discussion et prolongements



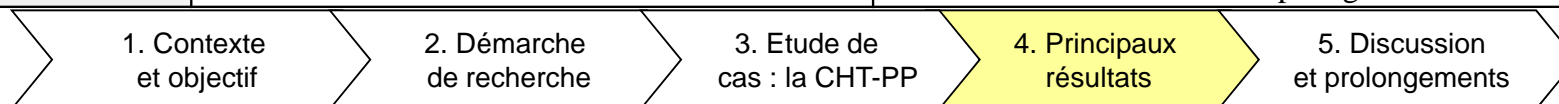
## 4. Principaux résultats (2/4)

### Partenariats : désordonnés et facultatifs vs nombreux et cartographiés



	<b>CHT</b> Observation terrain	<b>GHT</b> Analyse de la Loi santé 2016
<i>INDICATEURS</i>	<b>DÉSORDONNÉS ET FACULTATIFS</b>	<b>NOMBREUX ET CARTOGRAPHIÉS</b>
<b>Type d'accord entre les partenaires</b>	<p><b><u>Type confédératif</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopération <u>possible</u> et encouragée dans plusieurs domaines</li> <li>• Couverture <u>partielle</u> du territoire national</li> </ul>	<p><b><u>Type fédératif</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopération <u>imposée</u> dans des domaines précis</li> <li>• Couverture <u>totale</u> du territoire national</li> </ul>
<b>Mode d'organisation pour la réduction des coûts et l'efficience</b>	Assemblage <i>ex post</i> de projets d'établissements, coopération empirique selon la bonne volonté. Possibilités de fédération-médicales inter-hospitalières faiblement utilisées.	Impartition des activités basée sur le projet médical partagé (PMP). Mutualisation obligatoire des fonctions médico-techniques. Pôle inter-établissement avec délégation de gestion au niveau du GHT.
<b>Mode de coordination des activités</b>	Participation aux GIE et aux GCS, conventions multiples avec des établissements externes à la CHT. Lourdeur de la gouvernance. Équipes médicales communes.	Principe hiérarchique pour fonction support. Filières de soins et activités médico-techniques territorialisées. Équipes médicales communes.
<b>Degré d'intégration et d'utilisation TIC Pilotage des flux</b>	Difficulté d'interconnexion, <u>logiciels différents</u> , compétences numériques variables Pilotage au cas par cas des patients et fuites nombreuses au sein des CHT.	<b><u>Convergence des SI</u></b> Schéma directeur du GHT DSIO et DIM de territoires communs Suivis informationnels et DPI partagés


<https://www.archimag.com/demat-cloud/2016/02/24/chu-toulouse-demat%C3%A9rialise-pratiques-soignants>

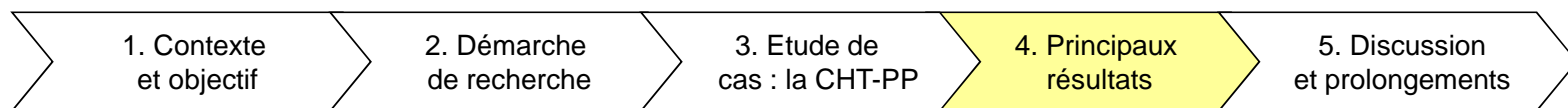


## 4. Principaux résultats (3/4)

# A

### Autonomie : forte vs partielle


	<b>CHT</b> Observation terrain	<b>GHT</b> Analyse de la Loi santé 2016
<b>INDICATEURS</b>	<b>FORTE <u>MAIS...</u></b> <b>CONTRARIÉE EN EXTERNE</b>	<b>PARTIELLE <u>ET...</u></b> <b>NÉGOCIÉE EN INTERNE</b>
<b>Type d'autonomie</b>	<b>Large</b> : sur l'emploi, le dialogue social, les relations patients, les conventions et partenariats, les projets d'investissement, les activités	<b>Réduite</b> : sauf sur les emplois et les activités opérationnelles. En partie préservée du fait de l'absence de personnalité morale du GHT
<b>Degré d'autonomie dans les prises de décisions</b>	<b>Forte</b> mais encadrée par les acteurs externes à la CHT (ARS, HAS, DGOS, CRC, etc.)	<b>Faible</b> sur fonctions supports <b>Partagée</b> sur activités médicales <b>Encadrée</b> en interne par le GHT => <i>dépend de la <u>convention constitutive et de la gouvernance du GHT</u></i>
<b>Mode d'expression de l'autonomie de décision</b>	Via les assemblés de la CHT, décisions souveraines de l'ordonnateur de l'établissement (indépendance pour les décisions stratégiques de coopération hors CHT)	Via les instances communes du GHT et au sein du comité stratégique Via le domaine de compétences réservé des directeurs d'établissement Via le pouvoir conservé des CME locales

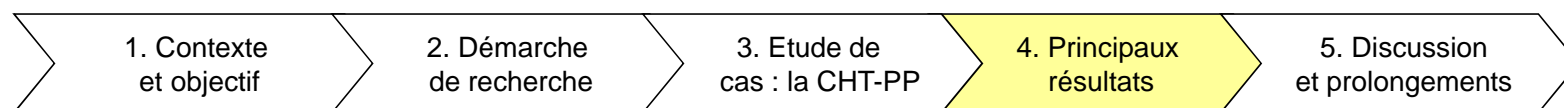


## 4. Principaux résultats (4/4)

### Cohésion : nécessaire et fragile vs imposée mais utile



	<b>CHT</b> Observation terrain	<b>GHT</b> Analyse de la Loi santé 2016
<b>INDICATEURS</b>	<b>NÉCESSAIRE ET FRAGILE</b>	<b>IMPOSÉE MAIS UTILE</b>
<b>Valeurs partagées et degré de confiance entre les partenaires</b>	Valeurs des personnels hospitaliers (qualité des soins, service public, respect des patients, altruisme) Confiance indispensable pour mener à bien des projets communs Importance du sentiment de réciprocité et d'utilité de la participation au réseau	Valeurs des personnels des établissements de santé Confiance utile pour le bon fonctionnement du groupement Importance du sentiment de réciprocité et d'utilité de la participation au réseau
<b>Modalités de contrôle et de résolution de conflits</b>	<b>Instance commune</b> uniquement <b>consultative</b> Décisions finales relevant des établissements Négociation basée sur adhésion et consensus Contrôle externe individualisé	<b>Instance commune</b> pouvant recevoir des délégations de <b>pouvoir</b> des instances locales Rôle exécutif du comité stratégique et de son bureau Certification et validation conjointes des documents financiers Contrôle externe globalisé
<b>Rôles des acteurs réticulaires</b>	Directeurs et présidents de CME, élus locaux. Personnalités entrepreneurantes Chefs de pôle des établissements	<b>Augmentation du nombre d'acteurs</b> : Directeurs et présidents de CME, élus locaux, DIM de territoire, DSIO de GHT, chef de pôle inter-établissements, représentants syndicaux



## 5. Discussion et prolongements (1/2)

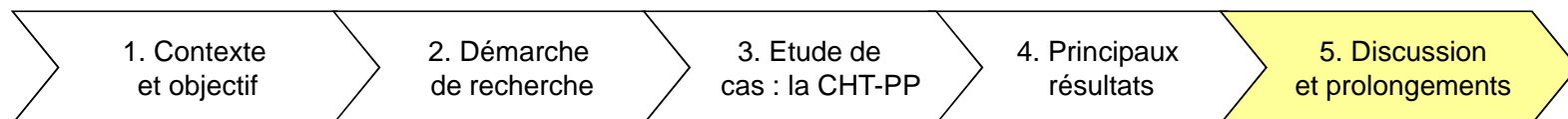
### L'approche en terme de réseau *via* HPAC :



- valide les **4 propositions théoriques**
- met en évidence les **limites organisationnelles des CHT**
- donne à voir en quoi les **GHT** viennent pallier certaines insuffisances des **CHT**

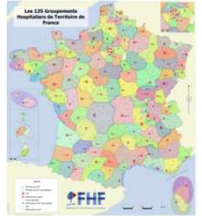


- H** • Élargissement (CHU, SSR, privé) et reconnaissance d'un **établissement support** gestionnaire des activités mutualisées pour le compte des membres
- P** • Réalisation d'un **projet médical partagé** (et non plus commun) de territoire et de **partenariats imposés** (achats, formations, informations médicales)
- A** • Maintien de l'**autonomie des structures** (refus de la personne morale pour le GHT)
- C** • Suppression du volontariat, **rôle accru des ARS, identification unique du patient** et mise en place de filière inter-établissements comme facteur de **cohésion**



## 5. Discussion et prolongements (2/2)

### Les CHT et GHT, des structures en réseau vecteur de compétitivité de l'offre publique de soins



#### Phase 1 en cours : un principe fondateur essentiel

diminuer la concurrence interne pour augmenter la capacité concurrentielle du groupe « **public / public** » (qui ne sert que 50 % de la demande)

#### Cela nécessite (stratégie de groupe) :

- **rationalisation de l'offre** par l'identification et la valorisation des avantages comparatifs des membres => rôle du DIM de territoire et du PMP
- **réduction des coûts** par mutualisation des fonctions et recherche d'effet d'échelle et de gamme (d'envergure)
- **maintien des capacités concurrentielles** de tous les membres du réseau par un partage des compétences clés pour attirer et canaliser la demande



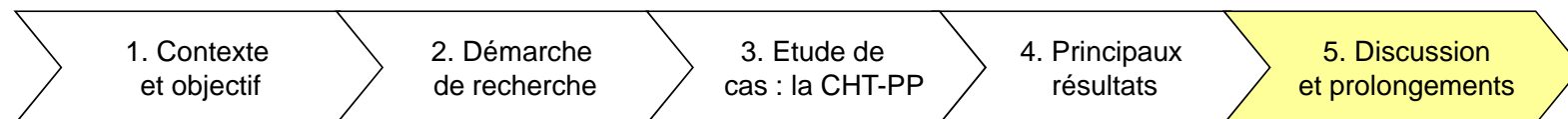
#### Phase 2 à venir : une incomplétude essentielle

la territorialisation doit associer **public** et **privé** et **médecine de ville**...

**NB** : 10<sup>es</sup> rencontres universitaires des Départements d'Information Médicale, 17/05/2019, FTLV – Avignon Université (AU).

**Lien 17 mai 2019** : <http://univ-avignon.fr/ftlv-10e-rencontres-universitaires-des-departements-d-information-medicale-12938.kjsp?RH=1466414093618>

**Lien GHT 17 mai 2019** : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/les-ght-par-region>



## Publications en lien avec la présentation

FULCONIS François et JOUBERT Jérôme, 2015, « La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) : une structure en réseau pour renforcer l'efficacité et l'efficacé de l'offre publique de soins », **XXIV<sup>e</sup> Congrès IAE-France : Coopération et Réseaux**, IGR-IAE de Rennes, Université de Rennes I, Rennes, 10-12 Juin, pp. 1-28.

JOUBERT Jérôme, FULCONIS François et LALA Jean-Pierre, 2016, « Entre égalité réelle et inégalité formelle - Comment mesurer la structure d'un Groupement Hospitalier de Territoire ? », **RHF - Revue Hospitalière de France**, N° 573, Novembre-Décembre, pp. 14-18.

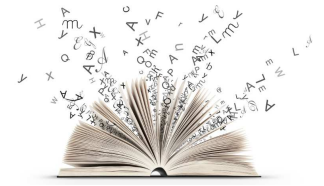
**NB** : publication faisant suite à une communication en 2016 au 3<sup>e</sup> Colloque de la Chaire Management des Établissements de Santé : innovations organisationnelles, organisé par l'EHESP, 11 octobre, Paris, pp. 1-8.

FULCONIS François et JOUBERT Jérôme, 2017, « Compétitivité et réseau public d'offre de soins : des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) », **RMA - Revue Management & Avenir**, N° 93, Mai, pp. 37-63.

FULCONIS François, 2017, « Des Communautés Hospitalières de Territoire aux Groupements Hospitaliers de Territoire : une analyse en termes de réseau via la grille d'observation HPAC », **Conférence assurée lors des 8<sup>es</sup> Rencontres Universitaires des Départements d'Information Médicale (DIM)**, organisées par le Service Formation Tout au Long de la Vie (FTLV) de l'Université d'Avignon (AU), Avignon, 19 Mai.



## Méthodologie : quelques références bibliographiques



- Dumez H. (2013), *Méthodologie de la recherche qualitative*, Vuibert, Paris.
- Gavard-Perret M.-L., Gotteland D., Haon C., Jolibert A. (2012), *Méthodologie de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en Sciences de Gestion*, 2<sup>e</sup> éd., Pearson France, Montreuil.
- Giordano Y. (dir.) (2003), *Conduire un projet de recherche - Une perspective qualitative*, Éd. EMS – Management & Société, Caen.
- Gombault A. (2005), « La méthode des cas », Chapitre 2 in P. Roussel et F. Wacheux (dir.), *Management des ressources humaines - Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, De Boeck, Bruxelles, p. 31-64.
- Grawitz M. (2000), *Méthodes des sciences sociales*, 1<sup>1</sup><sup>e</sup> éd., Dalloz, Paris.
- Hlady-Rispal M. (2015), « Une stratégie de recherche en gestion - L'étude de cas », *Revue Française de Gestion*, Vol. 41, No. 253, p. 251-266.
- Hlady-Rispal M., Jouison-Laffitte E. (2015), « La contribution des méthodes qualitatives au développement du champ de l'entrepreneuriat », *Revue de l'Entrepreneuriat*, Vol. 14, No. 1, p. 15-40.
- Husser J. (2005), « Contextualisme et recueil de données », Chapitre 3 in P. Roussel et F. Wacheux (dir.), *Management des ressources humaines - Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, De Boeck, Bruxelles, p. 65-100.
- Miles M., Huberman A. (2003), *Analyse des données qualitatives*, 2<sup>e</sup> éd., De Boeck, Bruxelles.
- Moriceau J.-L., Soparnot R. (2019), *Recherche qualitative en sciences sociales*, Éd. EMS – Management & Société, Caen.
- Thiétart R.-A. et al. (2014), *Méthodes de recherche en management*, 4<sup>e</sup> éd., Dunod, Paris.
- Van Campenhoudt L., Quivy R. (2011), *Manuel de recherche en sciences sociales*, 4<sup>e</sup> éd., Dunod, Paris.
- Yin R. (2009), *Case study research: design and methods*, 4<sup>th</sup> ed., Sage Publications, London.

# *A qualitative analysis of the reform of healthcare system in France*

**François FULCONIS, Dr.**

*Maître de conférences hors classe en Sciences de Gestion et du Management*

**Contact :** *francois.fulconis@univ-avignon.fr*

**Avignon University (AU)**

Laboratoire LBNC - AU

Laboratoire CRET-LOG - AMU



F. Fulconis - ECREB / FEAA / UVT - Timișoara – June 11, 2019