

L'engagement des hôpitaux publics français dans des stratégies d'alliance:construction et test d'un modèle d'analyse

Sandrine Cueille

▶ **To cite this version:**

Sandrine Cueille. L'engagement des hôpitaux publics français dans des stratégies d'alliance:construction et test d'un modèle d'analyse. Finance Contrôle Stratégie, 2002, 5, pp.5 - 31. hal-02326995

HAL Id: hal-02326995
https://hal.science/hal-02326995

Submitted on 25 Oct 2019

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.

Article publié dans Finance, Contrôle, Stratégie, vol. 5, n°2, juin 2002

L'engagement des hôpitaux publics français dans des stratégies d'alliance : construction et test d'un modèle d'analyse[*]

Why do French Public Hospitals enter Strategic Alliances ? Constructing and Testing a Model of Analysis[*]

Sandrine Cueille
Université de Pau et des Pays de l'Adour

Correspondance :
Faculté de Droit, Economie, Gestion - Institut d'Administration des Entreprises
Avenue du Doyen Poplawski, BP 575, 64012 Pau cedex
Tél. 05 59 80 75 46
Email : sandrine.cueille@univ-pau.fr

Résumé : Le recours à des alliances avec d'autres acteurs du système de santé constitue un élément saillant des stratégies actuellement mises en œuvre par les hôpitaux publics français (HPF). L'objet de cet article est de construire et tester un modèle susceptible d'expliquer l'émergence de ces alliances. Ce modèle, incluant des variables relatives à l'environnement et aux caractéristiques organisationnelles des HPF, est testé à l'aide de méthodes statistiques fondées sur la résolution d'équations structurelles. Nous mettons en évidence deux chemins de formation des alliances, reliant la façon dont les décideurs des HPF interprètent l'environnement de leur établissement, l'ouverture au changement de l'organisation, et différentes composantes de la stratégie.

Mots-clés : Stratégies d'alliance, hôpital, environnement, structure organisationnelle, équations structurelles.

Abstract : Forming alliances with other actors of the health care system is currently one of the prevailing elements of the French Public Hospitals' (FPH) strategy. This article aims at constructing and testing a model that explains the emergence of these alliances. This model, which includes variables relative to the environmental and organizational characteristics of the FPH, is tested by means of statistical methods based on structural equation modeling. We establish two major paths explaining the formation of alliances. These paths link the FPH decision-makers' perception of the hospital's environment, the organization's ability regarding adaptation to change, and several dimensions of the strategy.

Keywords : Strategic alliances, hospital, environment, organizational structure, structural equation modeling.

[*] Les commentaires apportés par les participants aux séminaires de recherche du GREG (IAE des Pays de l'Adour) et de l'équipe GDO (Université Toulouse 1), aux XV^{èmes} Journées nationales des IAE (Bayonne-Biarritz, 2000) et à la 10ème Conférence de l'AIMS (Québec, 2001) ont permis d'enrichir le contenu de cet article. L'auteur adresse également ses remerciements à C. Benavent, à A. Renucci et à deux rapporteurs anonymes pour leurs remarques et suggestions.

Depuis la fin des années 1980, la réalité du fonctionnement des entreprises, comme le contenu des recherches académiques, témoignent de l'importance nouvelle de formes non strictement concurrentielles de relations entre organisations (Dussauge et Garette, 1997). La coopération se substituerait ainsi de plus en plus fréquemment à l'affrontement direct ou à l'évitement (Kœnig, 1996). Les relations fondées sur la coopération tireraient leur spécificité du fait de ne pouvoir être rattachées ni aux relations de marché, puisqu'il existe une relation privilégiée entre les partenaires, ni aux relations hiérarchiques, l'indépendance juridique des partenaires étant maintenue (Williamson, 1975). Ce nouveau mode de relation reflète un choix de mise en œuvre de la stratégie reposant sur la conclusion de partenariats, d'ententes, d'alliances... entre au moins deux organisations.

En France, comme dans de nombreux pays, le secteur hospitalier connaît un recours récent et massif aux stratégies fondées sur des relations de coopération[1]. Ces démarches s'inscrivent dans un mouvement de restructuration du tissu hospitalier français (Bonhomme, 1997 ; *Les Echos*, 1999). Dans ce contexte, les établissements hospitaliers bénéficient en pratique d'une autonomie forte concernant les coopérations (Kerleau et *al*., 1996 ; Moisdon et Tonneau, 1996 ; Valette, 1996). Cette autonomie se traduit tout d'abord par l'existence d'une capacité d'initiative importante en la matière. Elle s'exerce également sur les conditions du déroulement de la coopération (règles, clauses du contrat). La conduite de ces démarches de coopération est encouragée, depuis plusieurs années, par les politiques publiques (cf. notamment la Loi hospitalière de 1991, l'Ordonnance d'avril 1996) : « La thématique du réseau est aujourd'hui présente dans toutes les réflexions en cours sur la réforme nécessaire de notre système de santé (…). Le développement des réseaux s'impose ainsi comme une

[1] Au premier semestre 2001, quelque 330 opérations de rapprochement et de transfert d'activités entre établissements hospitaliers seraient en cours dans l'ensemble des régions françaises (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001). Ce chiffre n'inclut pas les « réseaux hôpital-ville » qui associent établissements de santé et médecine libérale pour le traitement de certaines pathologies.

évidence » (Kouchner, 2001). Cette incitation résulte de la préoccupation de maîtriser les dépenses de santé, via une allocation optimale des ressources.

L'objet de cet article est de construire et tester un modèle susceptible d'expliquer le recours aux stratégies d'alliance comme mode de mise en œuvre de la stratégie dans les hôpitaux publics français (HPF). Nous retenons le terme de stratégie d'alliance (ou d'alliance stratégique) pour désigner toute forme de relation coopérative entre organisations, quels que soient l'objet de cette relation, la nature du partenaire (concurrent ou non) et la forme organisationnelle liée à la mise en œuvre de la relation[2]. Cet article conduit notamment à mettre en évidence des similitudes entre les chemins de formation des alliances identifiés dans la littérature relative aux entreprises privées et ceux apparaissant dans le cas des HPF.

Dans un premier temps, la construction du modèle de recherche est présentée (1). La méthodologie utilisée est ensuite exposée (2). Enfin, les principaux résultats obtenus sont énoncés et interprétés (3).

1. Construction du modèle de recherche

Le cadre théorique global que nous proposons d'adopter, afin de construire un modèle susceptible d'expliquer la formation des stratégies d'alliance dans les HPF, repose sur la prise en compte de l'influence de variables environnementales et organisationnelles sur la stratégie élaborée et mise en œuvre par ces établissements. Les relations entre environnement, organisation et stratégie donnent lieu, depuis de nombreuses années, à des analyses multiples et à des modélisations variées visant à les décrire ou à les expliquer. Les recherches menées dans le cadre de l'*Organizational Development* considèrent ainsi souvent l'organisation comme un processus de transformation de données initiales en données finales (Burke, 1992).

Les variables liées à la stratégie sont soit considérées comme des données initiales (le modèle analyse alors l'influence de la stratégie, supposée prédéfinie, sur l'organisation), soit intégrées dans les variables organisationnelles, soit encore étudiées comme des données résultant du processus de transformation (le modèle analyse alors la formation de la stratégie). C'est ce dernier cadre d'analyse qui est adopté dans cette étude.

De plus, nous proposons d'étudier l'environnement de l'organisation par le biais des perceptions de ses responsables, et non à l'aide de données censées fournir une information objective sur la réalité de l'environnement. La pertinence du choix de variables perceptuelles pour appréhender l'environnement est affirmée dans de nombreuses recherches en stratégie, dans le prolongement des travaux de Weick (1962).

1.1 Les apports de la revue de la littérature

La construction du modèle de recherche s'appuie sur les travaux en Management Stratégique centrés sur l'étude des organisations non marchandes (ou des « *non profit organizations* » anglo-saxonnes) et reposant sur des approches empiriques. La concurrence rencontrée par ces organisations y est analysée comme une compétition pour l'accès aux ressources[3], selon une approche « *resource-based* » de la stratégie, héritière des recherches de Penrose (1959) et de Pfeffer et Salancik (1978). Les travaux auxquels nous nous référons proposent de mettre en évidence le rôle joué par certaines caractéristiques de l'environnement et de l'organisation dans le degré de recours aux alliances stratégiques et dans l'autonomie dont disposent les organisations lors de la conclusion de ces alliances.

1.1.1 Facteurs explicatifs du degré de recours aux stratégies d'alliance

[2]Plus précisément, nous nous rattachons à la définition proposée par Teece (1992) : « Une alliance stratégique est définie (...) comme une constellation d'accords, caractérisée par l'engagement d'une ou plusieurs entreprises partenaires afin d'atteindre un but commun, et impliquant une mise en commun de leurs ressources et activités ».

[3] Dans le cas des HPF, les patients, les compétences, les équipements et les financements ont été identifiés comme les ressources pertinentes à prendre en compte (Valette, 1994).

L'existence de changements dans l'environnement, et plus précisément l'accroissement de la pression concurrentielle, constitue l'un des facteurs environnementaux explicatifs du recours aux alliances les plus fréquemment identifiés. Le rôle joué par cet élément a notamment été mis en évidence dans le cas des organisations non marchandes américaines (Rivers Mobley, 1996 ; Zinn et *al*., 1997 ; Zuckerman et Kaluzny, 1991) et des HPF (Fargeon et Kerleau, 1995 ; Kerleau et *al.*, 1996). Les résultats de ces recherches, menées dans des pays anglo-saxons (à l'issue de réflexions théoriques et d'études empiriques qualitatives et quantitatives) et en France (à l'aide d'approches théoriques et d'analyses empiriques fondées sur des études de cas), conduisent à formuler la proposition suivante :

Proposition 1 : La perception (par les « décideurs »[4] de l'établissement) d'une forte intensité concurrentielle pour l'accès aux ressources se traduit par un recours important aux alliances stratégiques.

La manière dont l'environnement est appréhendé par les responsables de l'organisation interviendrait également dans le recours aux alliances. Gulati (1995) met ainsi en évidence l'importance du contexte de l'action et de la structure sociale dans la formation des alliances stratégiques : la composante relationnelle de l'organisation (l'ensemble de ses relations directes) et sa composante structurelle (le réseau social dans lequel elle existe) interviennent dans sa capacité à se saisir d'opportunités pouvant conduire à la conclusion d'alliances. Schmid (1995) identifie la perception d'une dépendance envers des ressources extérieures à l'organisation comme une variable allant dans le sens de rapprochements entre organisations non marchandes. Ces analyses conduisent à formuler la proposition de recherche suivante :

Proposition 2 : La perception (par les « décideurs » de l'établissement) de l'environnement comme pourvoyeur de ressources se traduit par un recours important aux alliances stratégiques.

Certaines variables organisationnelles ont également été identifiées comme des éléments favorables à l'émergence de stratégies d'alliance. La peur des dirigeants de perdre influence et contrôle, tout comme la crainte des « professionnels »[5] de voir leur identité s'affaiblir, constitueraient des freins au rapprochement entre organisations non marchandes (Schmid, 1995). Singer et Yankey (1991) montrent pour leur part que les « métamorphoses organisationnelles » (alliances, fusions, acquisitions, consolidations) des organisations non marchandes sont favorisées par la stabilité financière, l'existence de communications claires et honnêtes, et le maintien de la motivation et du moral des salariés à l'égard du processus de transformation en cours. Sur la base de ces résultats, la proposition suivante est établie :

Proposition 3 : La perception (par les « décideurs » de l'établissement) d'une organisation favorable au changement se traduit par un recours important aux alliances stratégiques.

1.1.2 Facteurs explicatifs du degré d'initiative en matière de stratégies d'alliance

L'étude de Zinn et *al*. (1997) propose une analyse détaillée de l'autonomie dont bénéficient les hôpitaux américains dans la mise en œuvre d'alliances stratégiques, analyse qui met en évidence le rôle joué à la fois par des caractéristiques de l'organisation et de l'environnement. L'influence de l'environnement est étudiée à travers son caractère favorable ou défavorable. L'organisation est appréhendée selon son positionnement en termes de ressources, relativement à ses concurrents. Ainsi, à un environnement favorable (existence de ressources prolifiques, complexité faible et stabilité importante) et à une détention de ressources importante correspondraient des alliances conservant une grande autonomie des co-contractants (associations, conventions). A l'opposé, lorsque l'environnement est défavorable et que l'organisation détient peu de ressources, les alliances qui apparaissent tendraient à

[4] Par « décideurs hospitaliers », nous entendons essentiellement les Directeurs d'établissements et les médecins Présidents de Commission Médicale d'Etablissement (cf. 2.1).

limiter fortement l'autonomie de l'un des co-contractants (fusions, acquisitions[6]). Les deux combinaisons intermédiaires conduiraient à former des alliances permettant aux co-contractants de conserver une autonomie moyenne (*joint-ventures*). Les résultats de cette étude conduisent à analyser de manière similaire l'influence de la perception de l'environnement sur le caractère choisi ou contraint des alliances stratégiques menées par les HPF et à formuler les propositions suivantes :

Proposition 4a : Lorsque les mutations de l'environnement sont perçues comme favorables (par les « décideurs » de l'établissement), apparaissent des alliances stratégiques choisies par l'établissement.

Proposition 4b : Lorsque les mutations de l'environnement sont perçues comme défavorables (par les « décideurs » de l'établissement), apparaissent des alliances stratégiques imposées à l'établissement.

[5] A savoir les médecins, qui représentent, selon Mintzberg (1982), les « professionnels » dans les bureaucraties professionnelles que sont les hôpitaux.

[6] Il s'agit alors d'une forme « limite » d'une relation de coopération telle que définie par Williamson (1975), puisque l'indépendance juridique de l'un des deux co-contractants se trouve remise en cause.

1.2 Les apports d'une approche empirique qualitative

La revue de la littérature a été complétée par la réalisation d'une étude empirique qualitative, reposant sur la conduite d'une série d'entretiens semi-directifs avec des responsables du secteur hospitalier, appartenant à différents corps professionnels : responsables au sein des organisations de tutelle, Directeurs d'établissements hospitaliers, Présidents de Commission Médicale d'Etablissement, Présidents de Commission du Service de Soins Infirmiers. Le tableau 1 présente les principales caractéristiques des entretiens menés.

Tableau 1 – *Contenu et agenda des entretiens semi-directifs*

Interlocuteurs	Thèmes de l'entretien	Nombre d'entretiens	Durée de l'entretien
Responsables au sein d'entités de tutelle (DDASS, ARH)	Relations entre entités de tutelle et établissements hospitaliers, évolutions de l'environnement des établissements hospitaliers	Trois	De 1 heure à 1 heure 30
Responsables au sein de Centres Hospitaliers Universitaires (DRH, médecins, cadres infirmiers)	Elaboration des démarches stratégiques dans l'établissement	Cinq	De 1 heure à 1 heure 30
Directeurs d'établissements hospitaliers	Perceptions des évolutions de l'environnement de l'établissement, répercussions internes de ces mutations	Trois	De 1 heure 30 à 2 heures

Les résultats de l'étude empirique qualitative confirment la pertinence des propositions de recherche formulées sur la base de la revue de la littérature. Ces résultats conduisent également à formuler une cinquième proposition, relative à l'impact des perceptions de l'environnement sur la structure organisationnelle :

Proposition 5 : Des mutations de l'environnement perçues (par les « décideurs » de l'établissement) comme favorables se traduisent par une ouverture au changement de la structure organisationnelle.

La proposition 5 est plus précise que celle traditionnellement avancée dans la littérature sur la contingence structurelle, relative à l'émergence d'une forme organisationnelle

organique comme réponse à un environnement dynamique (Burns et Stalker, 1966). L'étude empirique qualitative conduite suggère en effet que le développement de caractéristiques d'ouverture au changement de la structure dépend non seulement du dynamisme de l'environnement perçu, mais également de son caractère favorable.

Quelques « phrases témoins », extraites des retranscriptions des entretiens réalisés, permettent d'illustrer cette proposition. Ainsi le Directeur de l'établissement X analyse-t-il les évolutions de l'environnement sous l'angle des contraintes qu'elles induisent et décrit-il une organisation hostile au changement :

« En premier lieu, les contraintes budgétaires [constituent une caractéristique essentielle des mutations de l'environnement][7] *: nous sommes entrés dans une phase de ressources rares pour tous les établissements qui n'apportent pas un plus en termes de recherche. »* (description de l'environnement, Directeur de l'hôpital X)

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

A l'opposé, le Directeur de l'établissement Y a une perception relativement favorable des évolutions de l'environnement et décrit une organisation ouverte au changement :

« Pour moi, toute contrainte est à la fois une opportunité, un facteur favorable à saisir. Je raisonne en termes de défis à relever. Par exemple, j'aimerais bien aller négocier avec les compagnies d'assurance, comme c'est fait dans d'autres pays. » (description de l'environnement, Directeur de l'hôpital Y)

« Cependant, les concurrents, je sais ce que c'est : il y a six cliniques privées sur la ville. » (description de l'environnement, Directeur de l'hôpital Y)

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

[7] Rajouté par l'auteur.

1.3 Modèle de recherche

1.3.1 Eléments constitutifs du modèle de recherche

Le modèle de recherche obtenu est composé de six construits[8], relatifs aux trois grands éléments qui le composent (l'environnement, l'organisation et la stratégie). Plus précisément, deux construits permettent d'appréhender les caractéristiques perçues de l'environnement : « les opportunités issues des mutations de l'environnement » et « l'intensité concurrentielle ». Le construit « ouverture au changement de la structure organisationnelle » permet de caractériser la réaction de l'organisation hospitalière aux mutations environnementales. Enfin, trois construits sont relatifs à la stratégie d'un établissement hospitalier : « l'autonomie de la décision stratégique », « la focalisation sur les ressources stratégiques »[9] et « le recours aux stratégies d'alliance ».

Des extraits des retranscriptions des entretiens réalisés auprès des Directeurs d'hôpitaux permettent d'illustrer certains de ces construits :

« Les réflexions transversales existent mais sont très difficiles à implanter. Cet établissement a une structure verticale très forte. » (illustration du construit « ouverture au changement de la structure organisationnelle »)

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

« Le point de départ est d'arriver à attirer des patients, ce qui permet ensuite d'obtenir des ressources financières, puis d'accroître la notoriété. » (illustration du construit « focalisation sur les ressources stratégiques »)

« En ce qui concerne les stratégies de collaboration, je ne crois que dans les stratégies d'intérêt. Je crois donc qu'il y a alliance quand il y a intérêt. » (illustration du construit « autonomie de la décision stratégique »)

[8]Traduction de *constructs* : « concepts fabriqués pour rendre compte d'un processus de construction » (Greco P., « Réduction et Construction », *in* Piaget, 1986).

1.3.2 Structure globale du modèle de recherche

Le modèle de recherche élaboré possède la structure suivante (cf. figure 1) : en fonction des caractéristiques perçues de l'environnement et de l'organisation, une stratégie est élaborée ; de plus, la conception de l'organisation est elle-même modelée par la façon dont est perçu l'environnement. Deux types de liens permettant d'expliquer la formation de la stratégie sont ainsi identifiés : un lien indiquant l'influence directe de l'environnement sur la stratégie ; un lien représentant l'influence indirecte de l'environnement sur la stratégie, via l'organisation[10]. Ces liens entre les grands concepts étudiés sont précisés par les cinq propositions de recherche retenues qui portent sur des relations entre construits.

Le fait de s'intéresser d'une part à l'influence de l'environnement et de l'organisation sur le processus stratégique et d'autre part à l'influence de l'environnement sur l'organisation (et non aux influences contraires) est cohérent avec le positionnement temporel[11] des différents concepts retenu dans le modèle.

2. Méthodologie

2.1 Réalisation d'une enquête par questionnaire

L'approche empirique choisie repose sur la réalisation d'une enquête par questionnaire, menée au premier semestre 1999 auprès des principaux décideurs des HPF ayant une activité significative en médecine, chirurgie ou obstétrique, soit environ 500 établissements. Les Directeurs et les Présidents de Commission Médicale de ces établissements, qui constituent les deux acteurs majeurs en matière de décision stratégique dans les HPF, ont été retenus

[9]Importance accordée par les « décideurs » aux différentes ressources stratégiques de l'établissement, à savoir les patients, les compétences, les équipements et les financements (Valette, 1994).
[10] Ce modèle s'inscrit donc l'approche de la relation entre structure et stratégie proposée par Hall et Saias (1979), par opposition à celle développée par Chandler (1962).

comme destinataires de ce questionnaire. Cette enquête, conduite en collaboration avec la *Fédération Hospitalière de France*, a permis d'obtenir les réponses de 276 « décideurs hospitaliers », représentant 51% des établissements de la population étudiée.

L'échantillon disponible est représentatif, à la fois en termes de taille[12] et de région d'implantation, de la population des HPF étudiés. En revanche, les réponses des Présidents de Commission Médicale sont sous-représentées dans l'échantillon (constitué de 173 réponses de Directeurs, de 100 réponses de Présidents de Commission Médicale et de 3 réponses communes). Après avoir vérifié l'absence de lien entre la variable « fonction du répondant » et les variables dépendantes du modèle de recherche (variables relatives à la stratégie), il a été décidé de ne pas procéder à un redressement de l'échantillon. Ceci permet de conserver un nombre de réponses rendant possible le recours à des techniques statistiques « avancées » (cf. 3.2).

Le questionnaire proposé aux « décideurs hospitaliers » permet d'appréhender différents thèmes, relatifs à l'environnement des HPF, à leur organisation interne et à leur stratégie (en particulier, au recours aux alliances stratégiques). Plus précisément, des énoncés relatifs à chacun des construits identifiés ont été élaborés. De plus, des variables relatives au niveau d'activité de l'établissement et à la nature de cette activité ont été mesurées.

2.2 Fiabilité et validité de l'outil de mesure

Chacun des construits de la recherche a été évalué par le biais d'une échelle de mesure multi-items. L'analyse de la fiabilité a conduit au calcul des coefficients alpha définis par Cronbach (1951) pour chaque échelle de mesure utilisée. La suppression éventuelle de

[11] L'explicitation d'un positionnement temporel entre les concepts étudiés permet d'adopter une représentation simplifiée de la réalité et rend possible l'application d'outils statistiques visant à étudier des chemins explicatifs (cf. 3.2).

[12] L'indicateur de taille retenu est le nombre de Résumés de Sortie Anonymes (RSA) réalisés par l'établissement (correspondant approximativement au nombre d'entrées en médecine, chirurgie ou obstétrique).

certains items permet d'obtenir des échelles de mesure présentant un niveau de cohérence interne satisfaisant pour une étude de nature exploratoire ($\alpha > 0,60$). Les préconisations établies par Evrard et *al.* (1993) sont ainsi respectées.

La validité de construit a été contrôlée par le biais d'une analyse factorielle exploratoire (analyse en composantes principales) qui a permis, en supprimant au besoin quelques items, d'obtenir une structure factorielle facilement interprétable pour chacune des échelles de mesure. Les préconisations de Blau et *al.* (1993) et d'Evrard et *al.* (1993) en matière de clarté des structures factorielles sont prises en compte. Une analyse factorielle confirmatoire, menée grâce à l'utilisation d'un modèle d'équations structurelles, a permis de vérifier que les facteurs obtenus s'ajustent bien aux données empiriques. Les facteurs identifiés pour chacun des construits étudiés sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 – Structure factorielle des différents construits

Construits	Facteurs
Opportunités issues des mutations de l'environnement	F1 : Capacité d'exploitation de relations nouvelles avec des acteurs de l'environnement
	F2 : Capacité d'exploitation de marges de manœuvre nouvelles
	F3 : Capacité d'accès à la ressource financière
	F4 : Capacité de reconversion de l'activité
Intensité concurrentielle	F1 : Nombre et nature des concurrents sur la ville d'implantation
	F2 : Nombre et nature des concurrents sur la zone d'attraction des patients potentiels
	F3 : Concurrence pour l'accès aux ressources stratégiques
Ouverture au changement de la structure organisationnelle	F1 : Degré de transversalité de la structure
	F2 : Degré de responsabilisation des personnels administratifs et soignants
	F3 : Ouverture au changement de corps médical
	F4 : Ouverture au changement de l'équipe de Direction
Autonomie de la décision stratégique	F1 : Degré d'autonomie perçu dans les décisions relatives aux alliances stratégiques
	F2 : Degré d'autonomie perçu dans les autres décisions stratégiques
Focalisation sur les ressources stratégiques	Construit unidimensionnel
Recours aux stratégies d'alliance	Construit unidimensionnel

3. Résultats

3.1 Exposé et interprétation des résultats descriptifs

3.1.1 L'ampleur du recours aux stratégies d'alliance

Parmi les résultats descriptifs obtenus, le premier élément à souligner est le recours massif aux stratégies d'alliance : 96% des répondants mentionnent en effet l'existence ou le projet d'au moins une démarche reposant sur la coopération avec un autre acteur du système de santé. Ce résultat est à nuancer par le fait que seules 10% des réponses environ révèlent des formes juridiques très impliquantes pour l'activité de l'établissement (création d'un Groupement d'Intérêt Public ou d'un Groupement d'Intérêt Economique, réalisation d'une fusion entre services). La forme juridique de partenariat la plus fréquemment citée est la convention de partage d'équipements (plus de 41% des répondants concernés ne font état que de conventions).

Ce premier résultat témoigne de la prise de conscience générale, chez les décideurs hospitaliers, que l'avenir de leur établissement ne passe vraisemblablement pas par un mode de développement totalement isolé. Il conduit à s'interroger sur la nature des évolutions subies de manière globale par ce secteur d'activité. La théorie institutionnelle (Di Maggio et Powell, 1983) propose une explication à ce phénomène. Les mutations subies par le secteur hospitalier français peuvent en effet être interprétées comme des facteurs de « structuration d'un champ organisationnel ». Cette structuration se traduit par un accroissement de l'interaction entre les organisations du secteur, l'émergence de structures inter-organisationnelles bien définies, une augmentation du volume d'informations que doivent traiter ces organisations et une prise de conscience accrue de ces dernières de se trouver engagées dans un projet commun. La multiplication des alliances stratégiques témoignerait ainsi de l'existence d'une phase de « révolution » dans le secteur hospitalier français, semblable à celle subie par le secteur hospitalier américain dans les années 1980, et définie par Meyer et *al.* (1990) comme une étape de restructuration du secteur d'activité, reposant sur une réorientation dans l'organisation de l'offre de soins. Les « métamorphoses organisationnelles », notamment la conclusion d'alliances stratégiques, constitueraient un moyen « d'absorber l'incertitude issue

d'une phase de changement de type révolution ». La théorie institutionnelle, si elle met en évidence les contraintes s'exerçant de manière globale sur un secteur d'activité et leurs répercussions sur l'émergence des alliances (cf. tableau 3), ne permet cependant pas d'identifier les mécanismes intra-organisationnels conduisant à la décision de conclure un partenariat.

Tableau 3 – *Le recours aux alliances : facteurs institutionnels*

Spécificités du contexte de formation des alliances	Formes des contraintes	Explication de la formation des alliances
- Régulation de l'offre de soins, rendant possible la fermeture ou le regroupement de services ➔ Influences légales et politiques	Contrainte institutionnelle coercitive	**Facteurs « institutionnels »** - Recherche de légitimité sociale - Moyen d'absorption de l'incertitude
- Formation commune des dirigeants hospitaliers, valeurs partagées (« service public ») ➔ Influences culturelles	Contrainte institutionnelle normative	
- Souhait de réduire l'incertitude par l'imitation d'autres structures ➔ Influences sociales	Contrainte institutionnelle mimétique	

3.1.2 L'autonomie en matière de stratégies d'alliance

Un deuxième résultat descriptif important est l'existence, de la part des responsables d'établissements, d'un sentiment d'autonomie important vis-à-vis de la tutelle dans les prises de décision stratégique : près de 70% des répondants pensent en effet que les acteurs de l'établissement exercent une influence au moins aussi grande que ceux de la tutelle dans ce type de décisions, et seulement 8% des stratégies d'alliance entreprises sont perçues comme imposées. En revanche, les évolutions de l'environnement des établissements (opportunités émanant de ces mutations, pression concurrentielle…) jouent, pour la grande majorité des répondants (87% d'entre eux), un rôle essentiel dans la décision d'entreprendre des alliances stratégiques.

Ce résultat conduit à percevoir certaines limites supplémentaires à l'interprétation proposée par la théorie institutionnelle, puisque les alliances conclues par les HPF semblent

émaner davantage d'une interprétation réfléchie de l'environnement par les dirigeants de l'établissement que de la perception de contraintes institutionnelles. L'intérêt du questionnement initial, qui a conduit à l'élaboration de notre modèle de recherche, se trouve ainsi confirmé : Comment expliquer le recours aux alliances stratégiques comme mode privilégié de mise en œuvre de la stratégie (puisque les alliances perçues comme imposées sont très minoritaires) ? Et quels sont, depuis les perceptions de l'environnement, jusqu'au mode de décision stratégique, en passant par les caractéristiques organisationnelles des établissements, les chemins de formation des stratégies d'alliance ?

3.2 Test du modèle de recherche

3.2.1 Présentation du test statistique

L'objet du test entrepris ici est d'identifier les chemins[13] permettant d'expliquer, dans le cas des HPF, le recours à des stratégies d'alliance. Deux variables modératrices[14] (degré de spécialisation de l'activité et degré de technicité de l'activité) sont introduites dans le modèle, du fait de la significativité de leur relation avec les construits relatifs à l'environnement.

Notre modèle de recherche présente plusieurs caractéristiques incitant à l'utilisation des méthodes fondées sur la résolution d'équations structurelles. La première est la volonté de tester des liens entre des variables latentes. La deuxième est l'existence d'une variable intermédiaire – l'organisation – entre l'environnement et le processus stratégique. Le

[13]L'identification d'une relation causale entre deux variables s'avère en pratique difficile puisqu'elle suppose l'existence simultanée de trois conditions (Evrard et *al.*, 1993) : la présence d'une corrélation entre ces variables, l'existence d'un décalage temporel entre les phénomènes appréhendés par les deux variables (la variable indépendante devant être antérieure à la variable dépendante), l'absence d'autre facteur explicatif à l'origine de la variable dépendante. La dernière condition est particulièrement difficile à respecter dans les travaux en Sciences Sociales, les modèles explicatifs proposés ne permettant d'appréhender qu'une partie de la « réalité ».

[14] La comparaison entre les situations des trois établissements étudiés à l'occasion de l'étude qualitative (cf. 1.2) a conduit à identifier, outre des données relatives à l'environnement et aux caractéristiques de l'organisation, des variables d'une autre nature, pouvant exercer elles aussi une influence sur les conduites stratégiques des HPF : la taille de l'établissement, le degré de spécialisation de l'activité et le degré de technicité l'activité. Ces caractéristiques peuvent être intégrées sous la forme de variables modératrices dans le test statistique du modèle de recherche.

troisième élément incitant à l'utilisation de ces méthodes est la multiplicité des variables indépendantes et des variables dépendantes. Les facteurs mis en évidence lors de l'analyse de la validité servent à estimer les différentes variables latentes (les construits étudiés), indépendantes ou dépendantes. Ils jouent ici le rôle de variable observée et donc d'indicateur d'une variable latente.

Pour analyser la qualité du modèle, des indices de bon ajustement sont employés. De plus, le *Critical Ratio* (CR), égal au rapport entre l'estimation du coefficient de régression et son écart-type (SE), doit être analysé : il teste en effet l'hypothèse nulle selon laquelle le poids de la régression entre les variables est inexistant[15] et indique donc le degré de significativité de la relation entre les variables. Enfin, le pourcentage de la variance de la variable dépendante restitué par le modèle est estimé à l'aide du *Squared Multiple Correlation* (SMC), qui s'interprète comme le coefficient de détermination (R^2) d'une régression linéaire.

3.2.2 Résultats explicatifs

Le modèle explicatif du recours aux stratégies d'alliance possédant les meilleurs indices d'ajustement est ici exposé. Ce modèle, testé à l'aide du logiciel AMOS, est représenté dans la figure 2. Les tableaux 4 et 5 permettent de résumer la qualité de la représentation obtenue.

Tableau 4 – *Significativité des relations expliquant le recours aux stratégies d'alliance*

Lien testé	Estimation du coefficient de régression	SE	CR
Variables modératrices			
Spécialisation de l'activité => opportunités issues des mutations de l'environnement	0,076	0,039	1,959**[16]
Technicité de l'activité => intensité concurrentielle	0,562	0,051	10,936***[17]
Intensité concurrentielle => ouverture au changement de la structure	0,463	0,153	3,016***
Opportunités issues des mutations de l'environnement => ouverture au changement de la structure	0,672	0,209	3,213***

[15] Par exemple, pour pouvoir rejeter l'hypothèse nulle au seuil de 5%, le CR (en valeur absolue) doit être supérieur à 1,96 lorsque le nombre de degrés de liberté est égal à 30.
[16]** indique que la corrélation est significative au seuil de 5%.
[17]*** indique que la corrélation est significative au seuil de 1%.

Ouverture au changement de la structure => autonomie de la décision stratégique	0,342	0,145	2,360***
Autonomie de la décision stratégique => recours aux stratégies d'alliance	1,098	0,511	2,149**
Opportunités issues des mutations de l'environnement => focalisation sur les ressources	0,382	0,140	2,730***
Focalisation sur les ressources => recours aux stratégies d'alliance	0,122	0,059	2,062**

Tableau 5 – *Indices d'ajustement du modèle expliquant le recours aux stratégies d'alliance*

Indice	χ^2/df	GFI	AGFI	RMR	NFI	IFI	TLI	CFI
Modèle proposé	1,268	0,942	0,923	0,051	0,730	0,928	0,909	0,924
Modèle indépendant	3,937	0,782	0,754	0,108	0,000	0,000	0,000	0,000

L'ensemble des indices d'ajustement du modèle proposé atteignent les normes requises, à l'exception du NFI, inférieur au seuil de 0,90. Toutefois, les autres indices de type incrémental sont conformes aux critères établis, ce qui conduit à considérer le modèle proposé comme satisfaisant. De plus, sa supériorité par rapport au modèle indépendant est avérée.

Le recours aux stratégies d'alliance peut ainsi s'analyser à l'aide de deux chemins explicatifs. Le premier chemin relie la perception de l'environnement (opportunités issues de ses mutations et intensité concurrentielle), l'ouverture au changement de la structure, le sentiment d'indépendance dans les décisions stratégiques (relatives notamment aux coopérations) et le recours aux alliances stratégiques. Le deuxième chemin relie la perception d'opportunités issues des mutations de l'environnement, la focalisation sur les ressources stratégiques et le recours aux stratégies d'alliance. La technicité et la spécialité de l'activité amplifient les relations identifiées.

La part de variance du mode de mise en œuvre de la stratégie restituée par ce modèle, évaluée par le SMC, est de 8,5%. Ce pourcentage peut s'expliquer par l'existence de facteurs non pris en compte par le modèle. La valeur du RMR est cependant acceptable (0,051) et ne nécessite pas d'entreprendre l'étude des résidus.

3.2.3 Interprétation du modèle de recherche

- L'influence des caractéristiques de l'activité sur la perception de l'environnement

Deux variables modératrices exercent une influence sur la perception de l'environnement : le degré de spécialisation de l'activité est relié positivement à une conception favorable des mutations de l'environnement, tandis que le degré de technicité de l'activité accentue l'intensité concurrentielle perçue.

Le premier lien peut s'expliquer par le fait que les établissements possédant une activité relativement spécialisée se trouvent souvent dans une situation plutôt favorable vis-à-vis de leur environnement, par comparaison aux hôpitaux exerçant une activité généraliste (de type « hôpital général »[18]), en proie aux plus fortes menaces de restructuration. La spécialisation sur un créneau d'activité plus ou moins étroit s'accompagne de surcroît souvent d'une politique de type offensif, fondée notamment sur une exploitation des mutations de l'environnement. La pratique d'une activité spécialisée peut également résulter d'une politique de reconversion, qui témoigne de la capacité de l'établissement à tirer parti des évolutions de son environnement.

En ce qui concerne le second lien, l'exercice d'une activité fondée sur une forte technicité est le plus souvent le fait d'établissements situés dans des villes de taille relativement importante, et donc soumis à la concurrence d'autres offreurs de soins. A l'opposé, les « hôpitaux locaux »[19], peu dotés en équipements lourds, bénéficient d'une situation de quasi monopole sur des domaines tels que les activités de long séjour, la gériatrie, ou les soins de suite. La concurrence pour l'accès aux compétences médicales, subie par ce type d'établissement, est également plus faible que celle rencontrée par des établissements exerçant dans des domaines d'activité fondés sur une technicité forte (notamment la chirurgie).

[18]Cette catégorie d'établissement, héritière des « hôpitaux-hospices », est identifiée par la loi n°78-11 du 4 janvier 1978, mais disparaît dans la classification proposée par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991.
[19]Catégorie d'établissement hospitalier public définie par l'article L. 711-6 du Code de la Santé Publique.

- *Un processus d'adaptation de l'organisation à son environnement*

Cette étude montre que la manière dont les dirigeants analysent les mutations de l'environnement se répercute sur le comportement face au changement de l'organisation et de ses membres.

Tout d'abord, il apparaît que l'ouverture au changement de la structure (illustrée notamment par la mise en place d'une structure flexible et l'adoption de comportements facilitant la conduite du changement) est favorisée par une analyse des mutations de l'environnement en termes d'opportunités à saisir. Une telle analyse suppose en particulier d'identifier la capacité à exploiter les relations avec différents acteurs de l'environnement (notamment les usagers et leurs représentants) et à reconvertir l'activité de l'établissement (cf. tableau 2). Ces deux facteurs traduisent la prise en considération, de la part des décideurs hospitaliers, des attentes et besoins des patients : souci de développer les relations avec cette composante de l'environnement et d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population. L'ouverture au changement de la structure peut donc être également interprétée comme le résultat d'une prise en compte accrue des attentes et besoins de « l'environnement client »[20].

Cette étude montre également que la perception d'une stimulation concurrentielle est à l'origine d'une ouverture au changement de l'organisation.

L'ouverture au changement de la structure semble donc être facilitée à la fois lorsque le décideur perçoit l'existence d'opportunités issues des mutations de l'environnement, et lorsqu'il considère que son établissement est soumis à concurrence. Or, ces deux caractéristiques de l'environnement constituent des facteurs de « différenciation »[21],

[20]Terme proposé par Crémadez et Grateau (1992).

[21] Nous proposons ici une analyse fondée sur les préconisations formulées par Lawrence et Lorsch (1973) en matière d'adéquation entre la structure de l'organisation et son environnement. Plus précisément, nous nous inspirons d'une interprétation dynamique proposée par ces deux auteurs (p. 213 et *sq*. de l'édition française de 1994), selon laquelle la théorie de la contingence structurelle permet de concevoir l'innovation organisationnelle

puisqu'elles rendent nécessaire de procéder à une analyse des facteurs d'opportunités émanant de l'environnement et de prendre en compte de nouvelles composantes de ce dernier (environnement concurrentiel, environnement client). L'établissement doit alors adopter un mode de fonctionnement fondé sur une division accrue des tâches (chaque élément du système ayant une mission centrée sur une facette de l'environnement) et se structurer de manière à apporter des réponses aux questions suivantes : Comment analyser l'environnement ? Comment organiser les relations avec celui-ci ? Comment exploiter les opportunités perçues ? Comment faire face à la concurrence ? L'ouverture au changement de la structure, telle qu'elle a été définie, se caractérise par une forte transversalité entre services et corps professionnels, un degré de responsabilisation élevé des personnels administratifs et soignants, et un comportement favorable au changement de la part du corps médical et de l'équipe de Direction. Ces caractéristiques correspondent à celles d'une structure dotée d'une forte intégration, définie comme « la qualité de collaboration qui existe entre des unités qui doivent faire un effort conjoint face aux exigences de l'environnement ». Le lien établi entre les caractéristiques environnementales et organisationnelles retrace donc le processus d'adéquation entre la structure et son environnement, tel qu'analysé par Lawrence et Lorsch (1973).

- *La formation des alliances : l'approche concurrentielle, complément de l'analyse institutionnelle*

L'ampleur du recours aux stratégies d'alliance suggère que « l'organisation autarcique », identifiée par Thiétart (1981) comme l'un des résultats possibles, sur le plan organisationnel,

---

rendue nécessaire par de nouvelles caractéristiques de l'environnement. La réflexion sur les thèmes de « la différenciation » et de « l'intégration » s'avère en effet particulièrement pertinente dans le secteur hospitalier, où les mutations de l'environnement, souvent à l'origine du développement de logiques multiples et divergentes au sein des établissements, font de la question de la coordination entre acteurs un aspect central du diagnostic organisationnel (Gonnet, 1994).

d'une absence de prise en compte de la dimension économique des problèmes, n'est plus de mise dans le secteur hospitalier public français. L'interprétation des caractéristiques de l'environnement par les responsables hospitaliers constituerait alors la base explicative majeure du recours massif aux alliances stratégiques.

En effet, notre étude montre d'une part l'existence d'un lien entre l'ouverture au changement de la structure (elle-même favorisée par une interprétation de l'environnement en termes d'opportunités à exploiter et d'intensité concurrentielle), la perception d'une autonomie de décision stratégique et la mise en œuvre de stratégies d'alliance. Une organisation favorable au changement faciliterait ainsi l'élaboration rapide d'une stratégie et la conception de ses modes de mise en œuvre, avant que ce type de décision ne soit imposé par la tutelle. Réciproquement, l'organisation se montre vraisemblablement plus « hostile » à la mise en œuvre de décisions vécues comme imposées.

D'autre part, l'identification d'un lien entre l'importance accordée aux ressources stratégiques (« focalisation sur les ressources stratégiques ») et le degré de recours à des stratégies d'alliance est conforme à l'interprétation de la conclusion d'alliances par les entreprises privées comme moyen d'accès aux ressources stratégiques. Le chemin « conception favorable des mutations de l'environnement - focalisation sur les ressources stratégiques - mise en œuvre d'alliances stratégiques » témoigne de l'existence de choix stratégiques anticipés et réfléchis en la matière : concevoir l'environnement comme un « gisement de ressources » conduit à l'identification des ressources stratégiques nécessaires à l'organisation, puis à la mise en œuvre d'alliances permettant d'accéder à ces ressources.

L'identification de facteurs concurrentiels permettant d'expliquer le recours aux alliances (cf. tableau 6) laisse suggérer que l'explication institutionnelle, bien adaptée lorsque l'environnement sécrète de nombreuses règles et est porteur d'attentes sociales (Scott, 1992),

devient insuffisante quand ce dernier est également influencé par des contraintes économiques.

Tableau 6 – *Le recours aux alliances : facteurs concurrentiels*

Spécificités du contexte de formation des alliances	Formes des contraintes	Explication de la formation des alliances
- Environnement perçu comme plus concurrentiel : concurrence pour l'accès à des ressources considérées comme rares (patients, compétences, équipements et financements), existence d'opportunités à saisir (marges de manœuvre, relations nouvelles, possibilités de reconversion…)	Contrainte « économique »	**Facteurs « concurrentiels »** - Moyen de faire face à la concurrence et d'exploiter des opportunités - Moyen d'accéder aux ressources stratégiques ➔ Explication du recours aux alliances par identification de mécanismes intra-organisationnels

Conclusion

Cet article propose d'expliquer, dans le cas des HPF, le recours aux stratégies d'alliance. L'analyse des liens identifiés conduit globalement à mettre en évidence le caractère essentiel de l'interprétation que les décideurs hospitaliers font de l'environnement de leur établissement. Nous montrons en effet, d'une part, que cette interprétation peut conduire à une ouverture au changement de la structure, qui favorise l'engagement volontaire dans des stratégies d'alliance. La mise en évidence du rôle joué par l'organisation, comme variable intermédiaire entre l'environnement et la stratégie, conduit ainsi à montrer l'existence d'une véritable « contrainte structurelle » s'exerçant sur la stratégie de ces organisations ; elle permet également de préciser le lien entre la perception de concurrence et le recours aux alliances, lien couramment identifié, dans ce type de secteur d'activité, par la littérature française (sur la base d'analyses théoriques et d'études de cas) et anglo-saxonne. D'autre part, l'attention accordée aux ressources stratégiques (patients, compétences, équipements et financements) semble bien conduire les établissements à un recours accru aux stratégies d'alliance, ce qui est conforme à la littérature consacrée aux entreprises du secteur privé.

Le modèle de formation des alliances stratégiques que nous proposons repose sur la sélection d'un certain nombre de variables, relatives à l'environnement et à l'organisation des HPF. Malgré le souci de prendre en compte un nombre important de paramètres, de manière à proposer un modèle explicatif aussi complet que possible, celui-ci demeure, bien évidemment, amendable. Une restitution des résultats obtenus, effectuée dans cinq établissements hospitaliers ayant participé à l'enquête, auprès de membres d'équipes de Direction et de cadres hospitaliers (vingt-neuf responsables hospitaliers au total), a permis de s'assurer en partie de leur validité nomologique, en montrant que les liaisons identifiées entre les différents construits sont conformes aux perceptions des responsables hospitaliers. La réalisation d'analyses monographiques, centrées sur l'étude de quelques réseaux de soins, contribuerait à cette démarche de vérification de la pertinence opérationnelle des résultats obtenus ; elle pourrait également permettre d'identifier de nouvelles variables, susceptibles de compléter le modèle de formation des alliances stratégiques dans les HPF.

Bibliographie

Blau G. et *al*. (1993), « On Developping a General Index of Work Commitment », *Journal of Vocational Behavior*, 42, pp. 298-314.

Bonhomme C. (1997), « Coopération hospitalière : les nouvelles complémentarités », *Revue Hospitalière de France*, n°6, pp. 790-831, novembre-décembre.

Burke W.W. (1992), *Organization Development - A Process of Learning and Changing*, Second Edition, Addison Wesley, Reading (MA).

Burns T. et Stalker G.M. (1966), *The Management of Innovation*, Tavistock.

Chandler A. (1962), *Strategy and Structure*, MIT Press, Cambridge (MA).

Crémadez M. et Grateau F. (1992), *Le management stratégique hospitalier*, InterEditions, Paris.

Cronbach L.J. (1951), « Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests », *Psychometrika*, vol. 16, n°3, pp. 297-334.

Di Maggio P. et Powell W.W. (1983), « The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorpism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, April, 48, pp. 147-160.

Dussauge P. et Garette B. (1997), « Alliances stratégiques », *Encyclopédie de Gestion*, 2ème édition, article 2, pp. 16-33, Economica, Paris.

Les Echos (1999), « Une forte vague de restructurations va bousculer le tissu hospitalier », lundi 21 juin.

Evrard Y. et *al*. (1993), *Market - Etudes et recherches en marketing*, Nathan, Paris.

Fargeon V. et Kerleau M. (1995), « Nouvelles formes organisationnelles dans l'offre de soins - Pourquoi et comment coopérer? », *in Séminaire International Economie de la Santé*, INSEE, Paris, 5-7 juillet.

Gonnet F. (1994), « Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics », *in L'analyse stratégique,* Colloque de Cerisy, Le Seuil, Paris.

Gulati R. (1995), « Social Structure and Alliance Formation Patterns: A Longitudinal Analysis », *Administrative Science Quarterly*, vol. 40, pp. 619-652.

Hall D.J. et Saias M.A. (1979), « Les contraintes structurelles du processus stratégique », *Revue Française de Gestion*, novembre-décembre, pp.4-15.

Kerleau M. et *al.* (1996), « Déterminants et conditions locales de la coopération entre offreurs de soins », *in* A.P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand, *L'hôpital stratège*, Libbey, Paris.

Kœnig G. (1996), *Management stratégique - Vision, manœuvres et tactiques*, Nathan, Paris.

Kouchner B. (Ministre délégué à la Santé) (2001), intervention au Colloque *Filières, réseaux, médecines ambulatoires et hospitalières : quelles synergies ?*, 6 juin.

Lawrence P.R. et Lorsch J.W. (1973), *Adapter les structures de l'entreprise*, Editions d'Organisation, Paris.

Meyer A.D. et *al.* (1990), « Environmental Jolts and Industry Revolutions: Organizational Responses to Discontinuous Change », *Strategic Management Journal*, vol. 11, pp. 93-100.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (2001), site Internet (www. emploi-solidarite.gouv.fr).

Mintzberg H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, Paris.

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

Penrose E. (1959), *Theory of the Growth of the Firm*, John Wiley.

Pfeffer J. et Salancik G.R. (1978), *The external control of organizations, a resource dependence perspective*, Harper and Row Publishers.

Piaget J. (1986), « Le constructivisme aujourd'hui », *Cahier n°6 de la Fondation Archives*, pp. 32-33.

Rivers Mobley L. (1996), « Tacit Collusion among Hospitals in Price Competitive Markets », *Health Economics*, vol. 5, pp. 183-193.

Schmid H. (1995), « Merging Nonprofit Organizations: Analysis of a Case Study », *Nonprofit Management & LeaderShip*, Summer, vol. 5, n°4, pp. 377-391.

Scott W.R. (1992), *Organizations : Rational, natural, and open systems*, Prentice Hall, Third Edition, Englewood Cliffs (NJ).

Singer M.I. et Yankey J.A. (1991), « Organizational Metamorphosis: A Study of Eighteen Nonprofit Mergers, Acquisitions, and Consolidations », *Nonprofit Management & Leadership*, vol. 1, n°4, pp. 357-369.

Teece D.J. (1992), « Competition, cooperation, and innovation - Organizational arrangements for regimes of rapid technological progress », *Journal of Economic Behavior and Organization*, n°18, pp. 1-25.

Thiétart R.A. (1981), « La Stratégie mixte et ses syndromes », *Harvard-L'Expansion*, automne.

Valette A. (1994), « Formation des trajectoires d'offre de soins : les interactions hôpital-environnement », Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université Paris-Dauphine.

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

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

Williamson O.E. (1975), *Markets and Hierarchies*, The Free Press, New York..

Zinn J.S. et *al.* (1997), « Organizational and Environmental Factors in Hospital Alliance Membership and Contract Management: A Resource-Dependence Perspective », *Hospital & Health Services Administration*, Spring, vol. 42, n°1.

Zuckerman H.S. et Kaluzny A.D. (1991), « Strategic Alliances in Health Care: The Challenges of Cooperation », *Frontiers of Health Services Management*, n°7, pp. 3-23.

Figure 1 – *Modèle de recherche théorique*

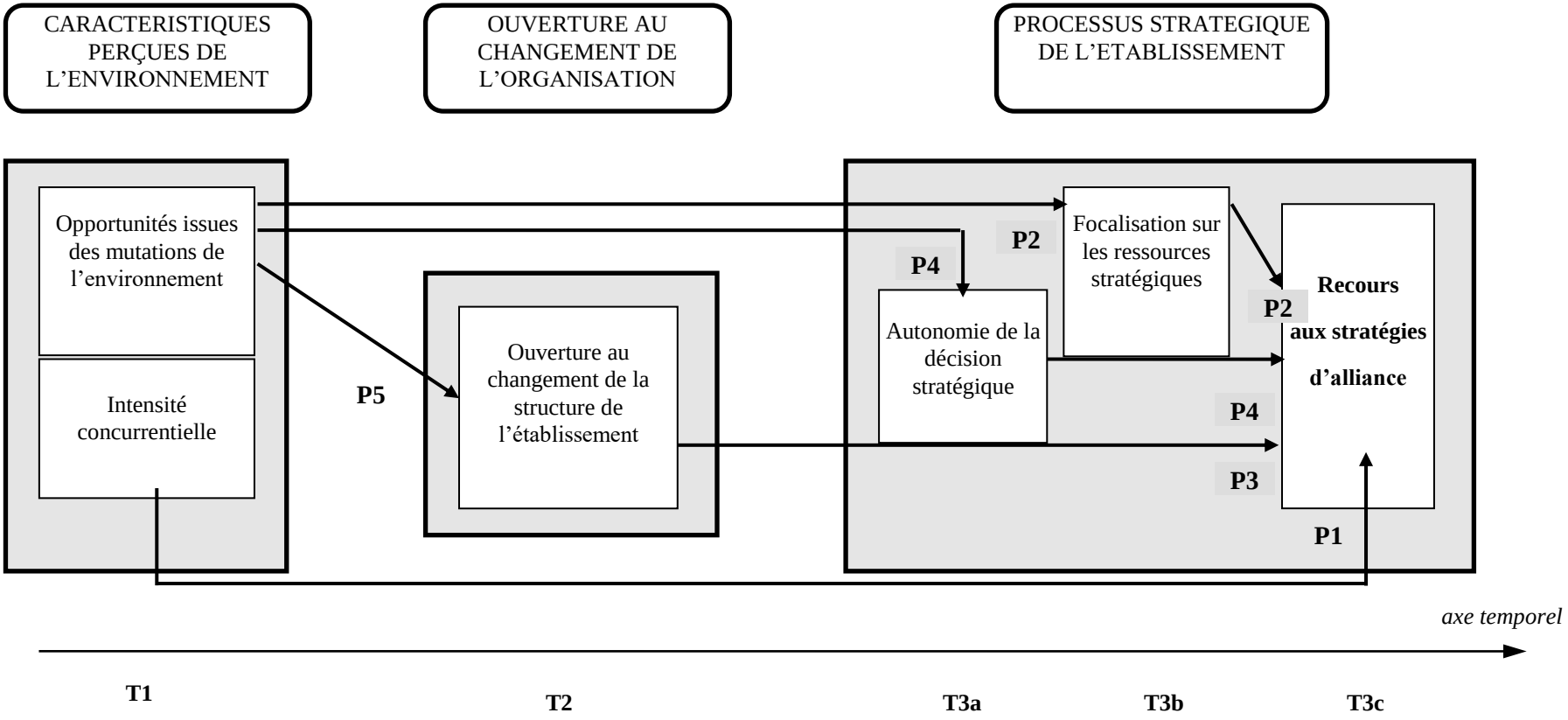


Figure 2 – *Modèle explicatif obtenu*

