LES ALLIANCES COMME MODE DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DES HOPITAUX PUBLICS FRANÇAIS : CONSTRUCTION D'UN MODELE D'ANALYSE

SANDRINE CUEILLE

Maître de Conférences

Université de Pau et des Pays de l'Adour

Institut d'Administration des Entreprises

Avenue du Doyen Poplawski

BP 575

64012 Pau cedex - France -

Tél. (00 33) 5 59 80 75 46

Fax. (00 33) 5 59 80 75 72

sandrine.cueille@univ-pau.fr

Mots-clés : Hôpital, stratégies d'alliance, processus stratégique, mutations de l'environnement, adaptation, structure organisationnelle, équations structurelles.

Xième Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique
13-14-15 juin 2001

Faculté des Sciences de l'administration
Université Laval
Québec

Résumé :

Comment analyser le processus stratégique des organisations soumises à une évolution importante des conditions d'exercice de leur activité? Comment décrire ce processus? Comment expliquer sa formation? Quels enseignements en tirer au niveau des pratiques de gestion? Le cas des hôpitaux publics français (HPF) est à ce sujet exemplaire : l'environnement de ces organisations se caractérise en effet par l'existence de mutations à la fois récentes, de diverses natures et de grande ampleur. Le recours à des alliances avec d'autres acteurs du système de santé semble constituer un élément saillant des stratégies récemment mises en œuvre par les HPF. Cette communication a pour objet de proposer un modèle susceptible d'expliquer l'émergence de ces alliances. Ce modèle est fondé sur la prise en compte de variables relatives aux caractéristiques de l'environnement et au mode de fonctionnement organisationnel des HPF. Plus précisément, nous établissons des liens entre la façon dont les principaux décideurs des HPF interprètent l'environnement de leur établissement (en termes de sources d'opportunités et d'intensité concurrentielle), la capacité d'adaptation au changement de la structure organisationnelle, et différentes composantes du processus stratégique des HPF (autonomie décisionnelle perçue, attention portée aux ressources stratégiques, recours aux stratégies d'alliance).

Mots clés :

Hôpital, stratégies d'alliance, processus stratégique, mutations de l'environnement, adaptation, structure organisationnelle, équations structurelles.

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 & Garette, 1997). La coopération se substituerait ainsi de plus en plus fréquemment à l'affrontement direct ou à l'évitement (Kœnig, 1996). Blanchot (1997) rappelle que les relations fondées sur la coopération tireraient leur spécificité du fait de ne pouvoir être rattachées ni aux relations de marché (du fait de l'existence d'une relation privilégiée entre les partenaires), ni aux relations hiérarchiques (l'indépendance juridique des partenaires étant maintenue). 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 : au premier janvier 1994, les établissements hospitaliers publics de 9000 communes françaises (regroupant une population de 23 millions d'habitants) étaient ainsi engagés dans des démarches de coopération impliquant un ou plusieurs établissements situés dans une autre commune (Budet & Blondel, 1997). Ces démarches s'inscriraient dans un mouvement de restructuration du tissu hospitalier français (*Les Echos*, 1999). Depuis quelques années, les politiques publiques inciteraient en effet les établissements hospitaliers à entreprendre des démarches de coopération (cf. notamment la Loi hospitalière de 1991 et l'Ordonnance d'avril 1996). Cette incitation résulte de la préoccupation de maîtriser les dépenses de santé, via une allocation optimale des ressources. Dans ce contexte, l'autonomie des établissements hospitaliers en matière de coopération demeurerait, malgré tout, forte (Kerleau & *al.*, 1996 ; Le Ludec & Massiot, 1996 ; Moisdon & Tonneau, 1996 ; Valette, 1996). Cette autonomie se traduirait tout d'abord par l'existence d'une capacité d'initiative importante concernant les coopérations. Elle s'exercerait également sur les conditions du déroulement de la coopération (règles, clauses du contrat).

L'objet de cette communication est de présenter un modèle susceptible d'expliquer le recours aux stratégies d'alliance[1] comme mode de mise en œuvre de la stratégie dans les hôpitaux publics français (HPF). Nous présentons tout d'abord le modèle explicatif testé ainsi que

l'outil de mesure utilisé (1). Dans un second temps, les principaux résultats du test statistique du modèle sont exposés et interprétés (2).

1. APPROCHE EMPIRIQUE DU PROCESSUS DE FORMATION DES STRATEGIES D'ALLIANCE DANS LES HPF

1.1 Présentation du modèle de recherche et de l'approche empirique

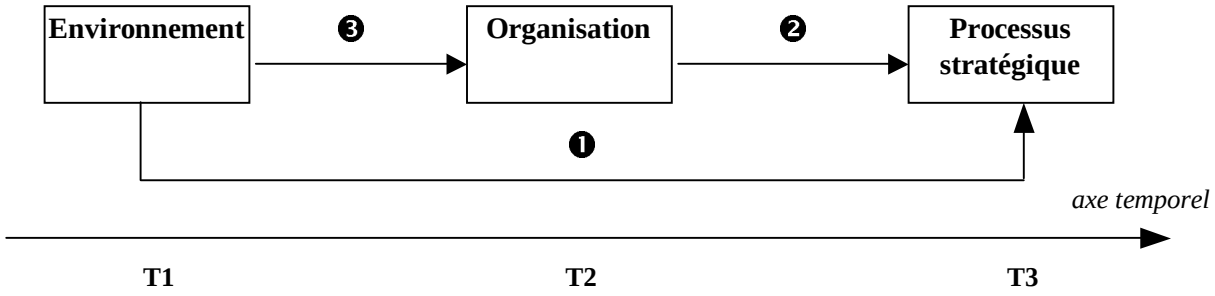
1.1.1 Présentation du modèle de recherche global

Le modèle que nous proposons de tester, 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 les HPF. 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 du Développement Organisationnel (*OD*) proposent ainsi de nombreuses formes de représentation des interactions entre l'entreprise et son environnement (Burke, 1992). L'organisation y est souvent considérée comme un processus de transformation de données initiales - *input* - en données finales - *output*. Ces modèles incluent donc des variables environnementales - *input* -, des variables organisationnelles - *throughput* -, et, parfois, des variables de performance - *output*. 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).

Dans cette étude, la structure globale du modèle retenu est la 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. Il serait bien sûr possible d'identifier d'autres liens entre ces concepts. Nous choisissons de plus de positionner temporellement les différents concepts étudiés. Ce choix rend possible l'application d'outils statistiques visant à étudier des « chemins » explicatifs. La séquence retenue est la suivante : l'environnement est considéré comme un élément antérieur à l'organisation, elle-même antérieure à la stratégie. Ce choix est cohérent avec 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 à l'influence contraire). Toutefois, ce positionnement temporel entre environnement, organisation et stratégie peut être remis en cause. D'une part, parce qu'il serait bien sûr possible d'argumenter le choix d'une séquence différente ; d'autre part, et ce de manière plus fondamentale, parce que l'existence « d'interactions continues » (Denis, 1990) entre ces différents éléments semble, dans la réalité, indéniable. Le modèle théorique que nous proposons doit donc être compris comme un modèle possible de représentation partielle de la réalité.

FIGURE 1 :Le modèle de recherche global



1.1.2 Les facteurs explicatifs du recours aux stratégies d'alliance

Les développements récents de la Micro-économie (théorie des coûts de transaction, théorie de l'agence, théorie des droits de propriété) représentent une source explicative essentielle de

l'apparition des stratégies d'alliance. Les facteurs mis en évidence sont alors de nature endogène, car relatifs à la nature de l'activité concernée. Toutefois, d'autres sources d'explication sont présentes dans la littérature et permettent d'identifier d'autres facteurs d'apparition des alliances stratégiques. Ces derniers sont alors le plus souvent de nature exogène, c'est-à-dire liés au contexte dans lequel évolue l'entreprise. Certains travaux, fondés sur des études empiriques, permettent de mettre en évidence le rôle joué par certaines caractéristiques de l'environnement ou de l'organisation dans l'émergence des alliances stratégiques.

- Identification de variables environnementales :

La première de ces caractéristiques est l'existence de changements dans l'environnement, et, plus précisément, l'accroissement de la pression concurrentielle. Le rôle joué par ces éléments a notamment été mis en évidence dans le cas des organisations non marchandes américaines (Rivers Mobley, 1996 ; Zuckerman & Kaluzny, 1991 ; Zinn & *al*., 1997) et des hôpitaux publics français (Fargeon & Kerleau, 1995).

L'identification de cette variable environnementale par de nombreuses recherches, menées aussi bien en France que dans des pays anglo-saxons, nous conduit à formuler la proposition suivante :

P 1 : La perception (par les "décideurs" des établissements hospitaliers) d'une forte intensité concurrentielle pour l'accès aux ressources stratégiques se traduit par un recours important aux alliances stratégiques.

L'analyse de l'environnement permet également de mettre 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 (Gulati, 1995).

- Identification de variables organisationnelles :

Certaines variables organisationnelles ont également été identifiées comme des éléments favorables à l'émergence de stratégies d'alliance (Schmid, 1995 ; Singer & Yankey, 1991 ; Zinn & *al*., 1997).

Schmid (1995) identifie la dépendance envers des ressources extérieures à l'organisation et l'incertitude économique (mais aussi la mauvaise utilisation des ressources en interne et l'existence de luttes politiques pour le pouvoir et le prestige) comme des variables allant dans le sens de l'apparition de fusions entre organisations non marchandes. En revanche, la peur des dirigeants de perdre influence et contrôle, tout comme la crainte des « professionnels » de voir leur identité s'affaiblir, constitueraient des freins à leur réalisation.

Nous formulons ainsi les propositions suivantes :

P 2 : La perception de l'environnement (par les "décideurs" des établissements hospitaliers) comme pourvoyeur de ressources se traduit par un recours important aux alliances stratégiques.

P 3 : La perception (par les "décideurs" des établissements hospitaliers) d'une organisation favorable au changement se traduit par un recours important aux alliances stratégiques.

Enfin, pour Singer & Yankey (1991), les « métamorphoses organisationnelles » (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.

<u>- Des modèles identifiant des sources explicatives multiples :</u>

L'étude de Zinn & *al*. (1997) propose une analyse détaillée du type d'alliance stratégique mis en œuvre par les hôpitaux américains, en fonction à la fois de caractéristiques de l'organisation et de celles de l'environnement. L'influence des caractéristiques de l'environnement est étudiée à travers son caractère favorable ou défavorable. L'organisation est analysée en fonction de 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 limiter fortement l'autonomie de l'un des co-contractants (fusions, acquisitions). Les deux combinaisons intermédiaires conduiraient à former des alliances conservant une autonomie moyenne aux co-contractants (*joint-ventures*).
Les résultats de cette étude nous semblent particulièrement intéressants et nous 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 un établissement hospitalier. Nous formulons ainsi les propositions suivantes :

P 4a : Lorsque les mutations de l'environnement sont perçues comme favorables (par les "décideurs"), apparaissent des alliances stratégiques choisies par l'établissement hospitalier.
P 4b : Lorsque les mutations de l'environnement sont perçues comme défavorables (par les "décideurs"), apparaissent des alliances stratégiques imposées à l'établissement hospitalier.

Les travaux de Blanchot (1997) proposent d'associer différentes théories pour construire un modèle explicatif global de l'apparition des stratégies d'alliance : théorie des coûts de transaction, théorie de l'agence, économie industrielle, stratégie d'entreprise. Des variables exogènes, c'est-à-dire relatives au contexte de l'activité et non à sa nature même, telles que l'incertitude qui pèse sur les modalités et la pérennité de l'activité, la dépendance de l'entreprise vis-à-vis d'acteurs extérieurs, la taille de l'organisation, sa réputation, ou les technologies de l'information qui y sont développées, sont également intégrées au modèle. La prise en compte de variables très diverses pour expliquer le recours aux alliances stratégiques nous incitera à proposer un modèle de recherche fondé, lui aussi, sur une grande variété de facteurs explicatifs du processus stratégique.

1.1.3 Présentation du modèle de recherche théorique et de l'approche empirique utilisée

- Le modèle de recherche théorique :

La revue de la littérature et la réalisation d'une étude empirique de nature qualitative permettent d'obtenir un modèle de recherche distinguant six « construits »[2], relatifs aux trois

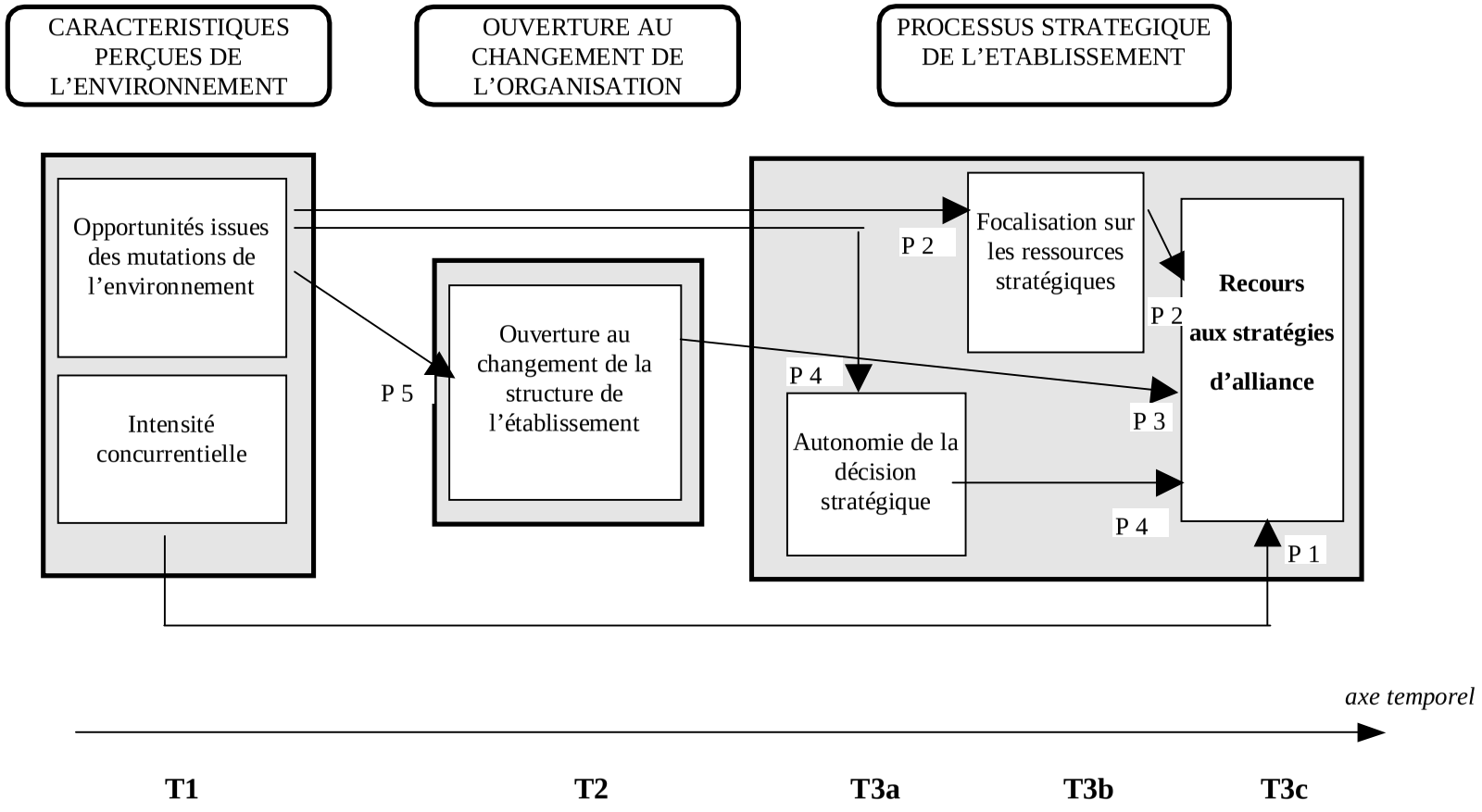
grands éléments qui le composent (l'environnement, l'organisation et la stratégie). Plus précisément, deux construits permettent d'appréhender les caractéristiques perçues de l'environnement : « les opportunités issues des mutations de l'environnement » et « l'intensité concurrentielle ». Le construit « 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 »[3] et « le recours aux stratégies d'alliance ».

De plus, des liens entre ces construits sont identifiés ; ils précisent les relations ❶, ❷ et ❸ décrites dans la Figure 1. Les propositions numérotées 1 à 4 ont été présentées précédemment. Une cinquième proposition, relative à l'impact des perceptions de l'environnement sur la structure organisationnelle, a été formulée à la suite de la réalisation de l'étude empirique qualitative :

P 5 : Des mutations de l'environnement perçues comme favorables (par les "décideurs" des établissements hospitaliers) se traduisent par une ouverture au changement de la structure organisationnelle.

Le modèle de recherche ainsi obtenu est représenté dans la Figure 2.

FIGURE 2 : Le modèle de recherche théorique



- La 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" (Directeurs et Présidents de Commission Médicale) des HPF ayant une activité significative en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), soit environ 500 établissements. Cette enquête, conduite en collaboration avec la *Fédération Hospitalière de France*, a permis d'obtenir les réponses de 276 "décideurs hospitaliers", représentant 51% des établissements de la population étudiée.

L'échantillon disponible est représentatif, à la fois en termes de taille[4] 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 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), nous décidons 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 dites « avancées » (cf. 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 comme mode de mise en œuvre de la stratégie). 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.

1.2 Procédure de vérification et d'amélioration de la fiabilité et de la 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 de Cronbach (1951) pour chaque échelle de mesure utilisée. Nous nous sommes efforcée, en supprimant le cas échéant

certains items, d'obtenir des échelles de mesure présentant un niveau de cohérence interne satisfaisant pour une étude de nature exploratoire ($\alpha > 0,60$). Nous respectons ainsi les préconisations de Vernette (1991) et d'Evrard & *al.* (1993).

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 & *al.* (1993) et d'Evrard & *al.* (1993) en matière de clarté des structures factorielles ont été respectées. 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 1.

TABLEAU 1 : 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[5]	Construit unidimensionnel
Recours aux stratégies d'alliance	Construit unidimensionnel

1.3 Principales perceptions recueillies relatives aux stratégies d'alliance

Les réponses au questionnaire révèlent différents éléments essentiels pour le contenu de notre recherche. Le premier élément 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 les acteurs de la tutelle dans les décisions stratégiques). Le deuxième élément à souligner est le recours massif aux stratégies d'alliance : 96% des répondants mentionnent l'existence ou le projet d'au moins une démarche reposant sur la coopération avec un autre acteur du système de santé. Enfin, les stratégies d'alliance entreprises sont, dans la plupart des cas, perçues comme des démarches volontaires, et non comme des décisions imposées par la tutelle (seulement 8% des stratégies d'alliance entreprises sont perçues comme imposées). En revanche, les évolutions de l'environnement des établissements jouent, pour la grande majorité des répondants (87% d'entre eux), un rôle essentiel dans la décision d'entreprendre des alliances stratégiques.

L'intérêt de notre questionnement global se trouve ainsi confirmé :

Comment expliquer le recours aux alliances stratégiques comme mode privilégié de mise en œuvre de la stratégie (puisque les alliances 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?

2. TEST DU MODELE DE RECHERCHE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

2.1 Nature du test statistique réalisé

2.1.1 Objet du test statistique

L'objet du test entrepris ici est d'identifier les « chemins»[6] permettant d'expliquer, dans le cas des HPF, le recours à des stratégies d'alliance. Deux variables modératrices (degré de spécialisation de l'activité et degré de technicité de l'activité) seront introduites dans le modèle, du fait de la significativité de leur relation avec les construits relatifs à l'environnement.

2.1.2 Intérêt des méthodes statistiques fondées sur la résolution d'équations structurelles

Les méthodes statistiques avancées, dites « de la deuxième génération » (Evrard & *al*., 1993), permettent l'analyse des modèles de causalité. Les méthodes fondées sur les équations matricielles (ou structurelles) sont particulièrement intéressantes à utiliser lorsque le modèle de causalité à tester présente certaines caractéristiques. La première d'entre elles est la présence de multiples relations de dépendance interreliées. La seconde caractéristique est la présence de variables intermédiaires entre les variables indépendantes et les variables dépendantes. Les modèles d'équations structurelles permettent en effet d'utiliser à la fois une variable comme variable dépendante et comme variable indépendante, et d'étudier ainsi des « chemins » explicatifs. Enfin, les modèles d'équations structurelles permettent d'incorporer des variables non directement observables, dites variables latentes, représentatives de concepts qui ne peuvent pas être mesurés directement. Les variables observées constituent des indicateurs de ces variables latentes.

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 la stratégie. Le 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 de causalité, des indices de bon ajustement peuvent être employés. De plus, le *Critical Ratio* (C.R.), égal au rapport entre l'estimation du coefficient de régression et son écart-type (S.E.), doit être analysé : il teste en effet l'hypothèse nulle que le poids de la régression entre les variables est inexistant. Par exemple, pour pouvoir rejeter l'hypothèse nulle au seuil de 5%, le C.R. (en valeur absolue) doit être supérieur à 1,96 lorsque le nombre de degrés de liberté est égal à 30. Le C.R. indique donc le degré de significativité de la relation entre les variables. Si l'on souhaite de plus estimer le pourcentage de la variance de la variable dépendante restitué par le modèle de causalité, le *Squared Multiple Correlation* (S.M.C.) doit être étudié. Il s'interprète comme le coefficient de détermination (R^2) d'une régression linéaire (compris entre 0 et 1, la part de variance restituée étant d'autant plus grande que le coefficient est proche de 1).

2.2 Résultats statistiques

Nous présentons ici le modèle explicatif du recours aux stratégies d'alliance présentant les meilleurs indices d'ajustement. Ce modèle, testé à l'aide du logiciel AMOS, est représenté dans la Figure 3. Les Tableaux 2 et 3 permettent de résumer la qualité de la représentation obtenue.

FIGURE 3 : Le modèle explicatif du recours aux stratégies d'alliance

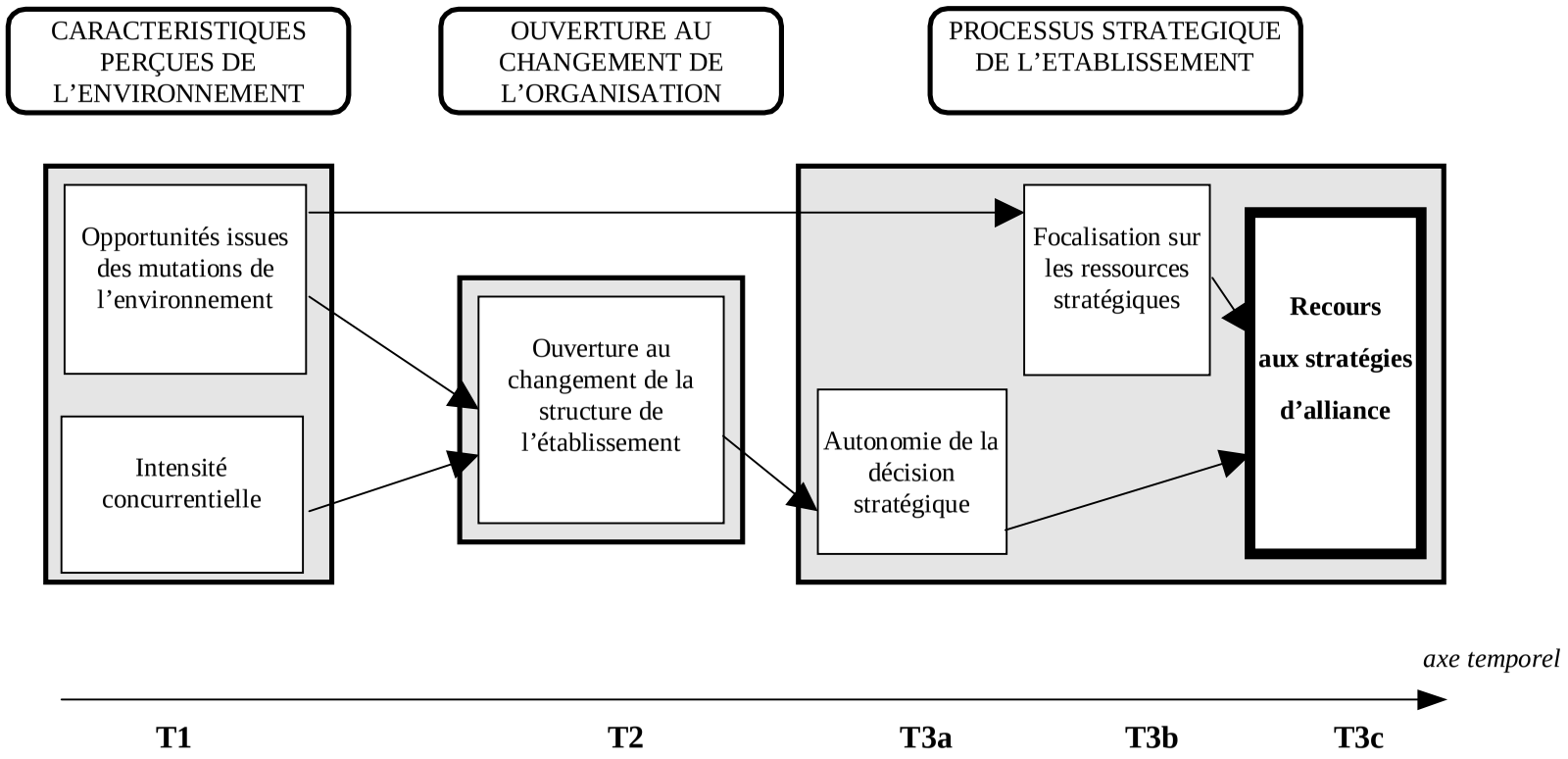


TABLEAU 2 :Significativité des relations expliquant le recours aux stratégies d'alliance

Lien testé	Estimation	S.E.	C.R.
Variables modératrices SPECIACT => opportunités issues des mutations de l'environnement TECHNACT => intensité concurrentielle	 0,076 0,562	 0,039 0,051	 1,959**[7] 10,936***[8]
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***
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**

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.

TABLEAU 3 : Indices d'ajustement du modèle expliquant le recours aux stratégies d'alliance

Indice	$\chi^2_{/df}$	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

* Nous acceptons le modèle proposé, malgré le niveau du NFI, les autres indices de type incrémental étant supérieurs à 0,9.

Le degré de recours aux stratégies d'alliance peut s'expliquer à l'aide des deux chemins identifiés. 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 *Squared Multiple Correlation*, 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), ce qui n'a pas conduit à entreprendre l'étude des résidus.

2.3 Interprétation des relations identifiées

2.3.1 Interprétation de la relation entre les caractéristiques environnementales et structurelles

- Interprétation directe des liens identifiés :

Notre étude conduit d'une part à identifier un lien entre une perception favorable des mutations de l'environnement et l'ouverture au changement de la structure. La manière dont les dirigeants analysent les mutations de l'environnement se répercute donc sur le comportement face au changement de l'organisation et de ses membres. En effet, plus cette perception est favorable, plus la structure tend à être flexible et plus les acteurs adoptent des comportements favorisant la mise en œuvre du changement. Inversement, plus la perception des mutations de l'environnement est négative, plus la structure comporte des signes de cloisonnement et plus se développent des comportements d'hostilité à l'égard du changement. Parmi les facteurs constitutifs d'une perception favorable de l'environnement, nous avons identifié la capacité à exploiter les relations avec différents acteurs de l'environnement (notamment les usagers et leurs représentants) et la capacité à reconvertir l'activité de

l'établissement. Ces deux facteurs traduisent également la prise en considération, de la part des décideurs hospitaliers, des attentes et besoins des "clients" : souci de développer les relations avec cette composante de l'environnement et d'adapter leur 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 »[9].

D'autre part, notre étude montre l'existence d'un lien significatif entre la perception de concurrence dans l'environnement et l'ouverture au changement de la structure. La perception d'une stimulation concurrentielle semble donc être à l'origine d'une ouverture au changement de l'organisation. De manière concrète, il apparaît en effet que les établissements ne sont pas incités à adopter un comportement facilitant la mise en œuvre du changement, lorsqu'ils ne se sentent pas soumis à des exigences, en particulier de nature concurrentielle, émanant de leur environnement.

De plus, 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 *Critical Ratio* indique pour ces deux relations l'existence d'une corrélation significative aux seuils respectifs de 5% et de 1% (cf. Tableau 2). Tout d'abord, les établissements possédant une activité relativement spécialisée bénéficient souvent d'une situation plutôt favorable à l'égard de leur environnement, par comparaison aux hôpitaux exerçant une activité généraliste (de type « hôpital général »[10]), en proie à des menaces de restructuration. De plus, la spécialisation sur un "créneau" d'activité plus ou moins étroit s'accompagne 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 caractérise le plus souvent des 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[11], 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).

- Interprétation des chemins de causalité identifiés à l'aide de « la théorie de la contingence structurelle » de Lawrence & Lorsch (1973) :

De nombreuses recherches en Stratégie se sont attachées à démontrer que le succès (la performance, l'efficacité...) de l'entreprise est lié à l'adéquation (*fit*) entre les caractéristiques de l'organisation et celles de son environnement. Ainsi, pour Nadler & Tushman (1977), « la congruence (entre l'organisation et son environnement) conduit à la performance ». De manière similaire, Tichy (1983) souligne l'importance d'un « alignement » entre les caractéristiques organisationnelles et environnementales. Nous proposons ici une analyse fondée sur les préconisations formulées par Lawrence & Lorsch (1973), en matière d'adéquation entre la structure de l'organisation et son environnement. La réflexion sur les thèmes de « la différenciation » et de « l'intégration » s'avère en effet particulièrement pertinente dans le secteur hospitalier (Gonnet, 1994), 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.

Notre étude montre que l'ouverture au changement de la structure semble être facilitée à la fois lorsque le répondant 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 » : face à un environnement instable et source d'incertitude, l'organisation tend en effet à 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. Dans notre exemple, l'établissement hospitalier confronté à un environnement perçu comme changeant et porteur de concurrence doit en effet se structurer de manière à apporter une réponse 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? En outre, 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 par Lawrence & Lorsch 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 & Lorsch.

2.3.2 Interprétation des chemins de formation du recours aux stratégies d'alliance

L'analyse des chemins de formation du recours aux stratégies d'alliance conduit à identifier trois éléments essentiels, que nous présentons ici successivement.

- L'ampleur du recours aux stratégies d'alliance dans le secteur hospitalier :

Le premier élément à souligner est le recours massif aux stratégies d'alliance: rappelons que 96% des répondants mentionnent l'existence ou le projet d'au moins une démarche reposant sur la coopération avec un autre acteur du système de santé. Ce pourcentage, quoique recouvrant des degrés d'avancement très divers dans la mise en œuvre des alliances évoquées, témoigne de la prise de conscience générale, au niveau des décideurs hospitaliers, que l'avenir de leur établissement ne passe vraisemblablement pas par un mode de développement totalement isolé. Il montre ainsi que « l'organisation autarcique », identifiée par Thiétart (1981) comme l'un des résultats possibles, sur le plan organisationnel, 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'ampleur de ce phénomène conduit à s'interroger sur la nature des évolutions subies par ce secteur d'activité. Le secteur hospitalier français semble en effet connaître un phénomène de

« structuration de son champ organisationnel » (Di Maggio & Powell, 1983) : accroissement de l'interaction entre les organisations du secteur, émergence de structures inter-organisationnelles bien définies, augmentation du volume d'informations que doivent traiter les organisations du secteur (informations relatives notamment à l'activité des concurrents, aux ressources stratégiques qu'ils détiennent, aux alliances qu'ils ont mises en œuvre ou qu'ils projettent...), et, enfin, prise de conscience accrue des organisations de se trouver engagées dans un projet commun. Cette multiplication des alliances stratégiques témoignerait ainsi 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 & *al.* (1990) comme une étape de restructuration du secteur d'activité, reposant sur une réorientation dans l'organisation de l'offre de soins. Cette phase de « révolution » conduit, au niveau des établissements hospitaliers, à des « métamorphoses organisationnelles », et notamment au développement d'alliances stratégiques, qui constitueraient un moyen « d'absorber l'incertitude issue d'une phase de changement de type révolution ».

- L'identification d'une libre initiative des établissements en matière d'alliances :

Les stratégies d'alliance entreprises sont, dans la plupart des cas, identifiées comme des démarches volontaires, et non comme des décisions imposées par la tutelle : l'enquête menée permet en effet de constater que seulement 8% des stratégies d'alliance entreprises sont perçues comme imposées.

Notre étude montre d'ailleurs l'existence d'un lien entre la perception d'une autonomie de décision stratégique et la mise en œuvre de stratégies d'alliance. Ce lien tend à confirmer l'existence d'alliances librement conclues et à réfuter l'idée d'une mainmise systématique de la tutelle de l'Etat sur les décisions relatives aux partenariats.

- L'identification du lien entre l'importance accordée aux ressources stratégiques et le recours aux stratégies d'alliance :

Comme nous l'avons souligné précédemment, 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 des alliances

stratégiques 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.

Ce travail propose ainsi une réponse possible à l'interrogation suivante : comment expliquer, dans le cas des hôpitaux publics français, le recours aux stratégies d'alliance, ou, au contraire, le choix d'une mise en œuvre isolée de la stratégie?

L'interprétation des liens identifiés conduit à formuler des préconisations d'ordre managérial. Tout d'abord, le caractère essentiel de l'interprétation de l'environnement, rôle qui incombe aux décideurs hospitaliers, a été mis en évidence. De sa pertinence dépend en effet en partie la capacité d'adaptation de l'organisation aux changements auxquels elle est confrontée. De plus, nous avons montré l'importance de l'adéquation entre les caractéristiques organisationnelles et environnementales des établissements. Enfin, nous avons souligné la nécessité d'intégrer les stratégies d'alliance dans un projet stratégique global. L'importance accordée aux ressources stratégiques (patients, compétences, équipements et budgets) semble bien conduire les établissements à un recours accru aux stratégies d'alliance, ce qui est conforme à la littérature sur le sujet. En revanche, le lien entre la perception de concurrence et le recours aux alliances n'apparaît pas de manière significative dans notre étude, alors qu'il est couramment identifié dans ce type de secteur d'activité par la littérature française et anglo-saxonne.

BIBLIOGRAPHIE

Blanchot F. (1997), "Modélisation du choix d'un partenariat", *Revue Française de Gestion*, juin-juillet-août, pp. 68-82

Blau G., Paul A. et St. John N. (1993), "On Developping a General Index of Work Commitment", *Journal of Vocational Behavior*, 42, pp. 298-314

Budet J.M. et Blondel F. (1997), *La réforme de l'hospitalisation publique et privée - Les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996*, Berger-Levrault, Paris

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

Denis H. (1990), *Stratégies d'entreprise et incertitudes environnementales*, Economica, Paris

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., Pras B. et Roux E. (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?", *Séminaire International Economie de la Santé*, INSEE, Paris, 5-7 juillet, Actes du Colloque

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

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

Kerleau M., Fargeon V. et Le Vaillant M. (1996), "Déterminants et conditions locales de la coopération entre offreurs de soins", *in* Contandriopoulos A.P. et Souteyrand Y., *L'hôpital stratège*, Libbey, Paris

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

Lawrence P.R. et Lorsch J.W. (1973), *Adapter les structures de l'entreprise*, Editions d'Organisation (traduit de : *Organization and environment*, Harvard University Press, 1967)

Le Ludec T. et Massiot J.L. (1996), "Partenariat et ouverture des plateaux techniques des établissements de santé", *Gestions Hospitalières*, Cahiers n° 126 et 127, mars et avril

Meyer A.D., Brooks G.R. et Goes J.B. (1990), "Environmental jolts and industry revolutions: Organizational responses to discontinuous change", *Strategic Management Journal*, vol. 11, pp. 93-100

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

Nadler D.A. et Tushman M.L. (1977), "A Diagnostic Model for Organization Behavior" *in* Hackman J.R., Lawler E.E. et Porter L.W. (ed.), *Perspectives on Behavior in Organizations*, McGraw Hill, New York

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

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

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

Thiétart R.A. et coll. (1999), *Méthodes de recherche en Management*, Dunod, Paris

Tichy N.M. (1983), *Managing Strategic Change: Technical, Political, and Cultural Dynamics*, Wiley & Sons, New York

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

Vernette E. (1991), "L'efficacité des instruments d'études : évaluation des échelles de mesure", *Recherche et Applications en Marketing*, vol. VI, n°2, pp. 43-65

Zinn J.S., Proenca J. et Rosko M.D. (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

[1]Nous retenons le terme de stratégie d'alliance (ou d'alliance stratégique) pour désigner toute forme de relation coopérative entre organisations, quel que soit 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]Traduction de *constructs* : « concepts fabriqués pour rendre compte d'un processus de construction » (P. Greco, "Réduction et Construction", *in* Piaget, 1986).

[3]Importance accordée par les "décideurs" aux différentes ressources stratégiques de l'établissement, à savoir les patients, les compétences, les équipements et les ressources financières.

[4]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).

[5]Importance accordée par les "décideurs" aux différentes ressources stratégiques de l'établissement, à savoir les patients, les compétences, les équipements et les ressources financières.

[6]La mise en évidence d'une relation de causalité s'avère en pratique difficile, l'identification d'une relation causale entre deux variables supposant l'existence simultanée de trois conditions (Evrard & *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".

[7]** : la corrélation est significative au seuil de 5%.

[8]*** : la corrélation est significative au seuil de 1%.

[9]Terme proposé par Crémadez & Grateau (1992).

[10]Cette catégorie d'établissement 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.

[11]Catégorie d'établissement hospitalier public définie par l'article L. 711-6 du Code de la Santé Publique.