

La santé, un nouveau territoire pour la coopération ?

Albert-Cromarias, Anne

Groupe ESC Clermont / CRCGM / Asclepios

anne.albert@esc-clermont.fr

Dos Santos, Catherine

Groupe ESC Clermont / CRCGM / Asclepios

catherine.dossantos@esc-clermont.fr

Nautré, Benoît

UNICANCER / CRCGM / Asclepios

Benoit.NAUTRE@clermont.unicancer.fr

Résumé :

La recherche s'intéresse à la contradiction croissante entre concurrence et coopération à laquelle sont confrontés les établissements de santé. Notre approche compréhensive s'appuie sur l'étude d'un cas, le Centre de Lutte Contre le Cancer « Jean Perrin » et ses relations avec les acteurs du territoire, via une analyse documentaire et des entretiens semi-directifs. Les résultats nous permettent d'identifier les déterminants de la coopération à travers une lecture en termes de tensions et d'harmonie, ce qui nous conduit à reconnaître le territoire comme catalyseur de la coopération.

Mots-clés : concurrence ; coopération ; coopération ; territoire ; Centre de Lutte Contre le Cancer.

La santé, un nouveau territoire pour la coopération ?

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les établissements de santé sont soumis à des réformes mêlant objectifs de santé publique et logique gestionnaire (Barretta, 2008 ; Mascia, Di Vincenzo & Cicchetti, 2012 ; Westra, Angeli, Carree & Ruwaard, 2017a). La notion de territoire de santé, qui se structure progressivement notamment en France (Amat-Roze, 2011 ; Coldefy & Lucas-Gabrielli, 2012), met les établissements de santé face à un paradoxe croissant entre concurrence et coopération : d'un côté, ils sont en concurrence en matière d'offre de soins sur certaines activités ; de l'autre, ils sont dans la nécessité de coopérer, sous l'impulsion forte des autorités de tutelle. Or, si la coopération fait l'objet d'une littérature toujours plus abondante (Czakon, Mucha-Kus & Rogalski, 2014 ; Dahl, Kock & Lundgren-Henriksson, 2016 ; Chiambaretto & Dumez, 2016), elle reste encore relativement peu étudiée dans le champ des établissements de santé (Barretta, 2008 ; Louazel & Keller, 2016). L'objet de cette communication est donc d'apporter une contribution dans ce domaine.

Plus spécifiquement, cette communication s'intéresse, par le biais d'une démarche compréhensive (Dumez, 2013), au cas d'un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC), soumis à des relations simultanées de concurrence et de coopération avec les autres établissements de santé du territoire autorisés en cancérologie. Nous proposons ainsi d'identifier les déterminants de la coopération à travers une lecture en termes de tensions et d'harmonie (Chou & Zolkiewski, 2017).

Notre recherche conduit à mieux prendre en compte le territoire comme une dimension clé de la coopération, mixant proximité géographique mais aussi organisée. Sur le plan managérial, ce travail permet d'enrichir la compréhension des relations coopératives entre établissements de santé sur un territoire, en montrant notamment que la coopération génère simultanément des tensions inter-organisationnelles mais aussi de l'harmonie, dans un subtil équilibre permettant d'atténuer, par des complémentarités et des coopérations fortes, une concurrence féroce sur certains segments de marché.

Dans une première partie, nous rappelons les principales mutations opérées ces dernières années dans le champ de la santé, en montrant comment la territorialisation en cours est à l'origine du paradoxe concurrence / coopération, qui débouche sur la coopétition. La deuxième partie présente le terrain étudié et le cadrage méthodologique retenu pour cette recherche. La troisième partie fait état des résultats, en analysant les relations du CLCC étudié en matière de territoire, de concurrence puis de coopération. Enfin, la quatrième partie reprend les résultats obtenus et en propose une analyse en termes de tensions et harmonie, pour conclure sur le rôle du territoire en tant que catalyseur de la coopétition.

1 CONCURRENCE ET COOPÉRATION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ : POURQUOI ? COMMENT ?

S'il peut sembler de prime abord inapproprié de parler de concurrence et coopération concernant des établissements de santé, les évolutions contextuelles opérées depuis plusieurs années, en France notamment, rendent ces questions de plus en plus prégnantes.

1.1 LA TERRITORIALISATION DE LA SANTÉ...

1.1.1 Des mutations profondes

Dans la plupart des pays développés, le secteur de la santé connaît depuis une trentaine d'années des réformes profondes qui conduisent à compléter l'objectif de santé publique – visant au bien-être de la population et à la qualité des soins – par une logique gestionnaire de maîtrise des coûts – visant à davantage d'efficacité économique (Barretta, 2008 ; Mascia, Di Vincenzo & Cicchetti, 2012 ; Westra, Angeli, Carree & Ruwaard, 2017a).

En France, sous l'impulsion d'une politique de restructuration hospitalière sur le long terme (Nautré & Kononovich, 2014 ; Louazel & Keller, 2016), le contexte est aujourd'hui à la réduction des coûts de production (« effet T2A » issu des ordonnances Juppé de 1996) et de partage des ressources, notamment celles qui sont coûteuses et/ou rares, dans une logique de réseau, encouragée par les pouvoirs publics via la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) de 2009. Cette loi, ainsi que la création des ARS (Agences Régionales de Santé), fait de la territorialisation l'instrument de réduction des inégalités socio-spatiales et des coûts, la régionalisation étant considérée comme source d'économies et gisement de collaborations. Enfin, la loi de modernisation du système de santé de 2016 recentre les efforts sur les parcours de soins et les territoires de santé, encourageant la coopération entre acteurs.

Dans ce contexte, on est passé de l'usager au client, puis du client au client citoyen. Par le libre choix, le patient devient partie prenante de son parcours. De ce fait, les établissements de santé doivent se préoccuper de leur attractivité et revoir leurs stratégies (Louazel & Keller, 2016) : mis en concurrence entre eux, ils doivent désormais connaître les caractéristiques de leur population ainsi que leur environnement et ses évolutions afin d'adopter la stratégie la plus pertinente pour leur développement et leur avenir. Il leur faut augmenter leurs parts de marché, et atteindre une masse critique d'activité garantissant la rentabilité de la structure, comme en atteste le mouvement de concentration des cliniques privées, ainsi que le maintien de la qualité et des qualifications et la stabilité des équipes médicales.

1.1.2 Une lecture par la proximité

Les établissements de santé sont implantés sur un territoire géographique, sur le périmètre duquel ils drainent des patients en fonction des spécialités et spécificités proposées. Les importantes inégalités territoriales et sociales de santé ont progressivement amené les hôpitaux français à prendre en compte de manière plus forte les caractéristiques sanitaires et socioéconomiques des populations des territoires de santé qu'ils desservent (Amat-Roze, 2011). Le « territoire de santé », développé depuis 2003 dans le cadre des SROS (Schémas Régionaux d'Organisation des Soins), est aujourd'hui le cadre réglementaire de l'organisation des soins. Il fait l'objet d'une définition bien précise basée sur l'implantation des équipements et des établissements sur la base de laquelle des objectifs quantifiés de l'offre de soins sont fixés, en fonction de caractéristiques démographiques, sociales, épidémiologiques et géographiques. Il est également pensé comme un espace de concertation entre les acteurs et doit permettre de préciser un projet médical de territoire articulant différents types d'activité et niveaux de soins (Coldefy & Lucas-Gabrielli, 2012). La construction de ces territoires de santé s'appuie simultanément sur une approche administrative (qui préexistait depuis 1970 avec la carte sanitaire), les habitudes de vie de la population (« territoires vécus ») et les infrastructures (« territoires services ») (Bourdillon, 2005). Il s'agit ici clairement d'une dimension de proximité géographique, activée grâce aux liens tissés par les acteurs locaux (Torre, 2009).

Or la littérature montre qu'au-delà de cette proximité géographique, existent d'autres formes de proximité, désignées de façon générique par « proximité organisée » (Rallet & Torre, 2004), c'est-à-dire celle par laquelle les acteurs, ici les établissements de santé, s'engagent

dans des projets communs nécessitant confiance réciproque et projet partagé (Cazin, 2016a), autrement dit des coopérations.

Le territoire de santé constitue ainsi tout à la fois un espace de régulation (dans le cadre du SROS), de concurrence (dans un contexte de quasi-marché) et de coopération (encouragée voire imposée par les pouvoirs publics) (Louazel & Keller, 2016). Par conséquent, notre système de santé fait face à un paradoxe : la simultanéité entre compétition et collaboration (Mascia *et al.*, 2012).

1.2 ... À L'ORIGINE DU PARADOXE CONCURRENCE-COOPÉRATION

1.2.1 Concurrence

Le terme de compétition est historiquement réservé à la firme. Selon le modèle initial du management stratégique, le problème fondamental pour une firme est de mettre en adéquation ses forces et ses faiblesses d'une part, et les opportunités et menaces de l'environnement d'autre part. Ainsi, la stratégie consiste à arbitrer face à la concurrence, donc identifier un avantage concurrentiel, distinctif et durable permettant d'adopter la « bonne » stratégie.

Pourtant, si le champ des établissements de santé semble, de prime abord, préservé de la concurrence, les différentes réformes à l'œuvre lui ont donné toute sa place (Gee, 2000 ; Pascal, Capgras, Botton & Claveranne, 2009 ; Nautré & Kononovich, 2014 ; Westra *et al.*, 2017a). Très concrètement, les éléments constitutifs de la rivalité sont issus, entre autres, des attributions régionales d'autorisations d'activités ou d'équipements lourds, ou de la préemption et la fidélisation des ressources humaines médicales rares (Westra *et al.*, 2017b), ou encore de l'attractivité auprès des patients et des prescripteurs générant des parts de marché, comptabilisées dans le cadre de la Banque de Données Hospitalière de France (BDHF).

Le secteur public comme le secteur privé sont concernés. En France, la T2A a transformé la traditionnelle zone de chalandise d'un établissement, jusque-là considérée comme une évidence géographique, en obligeant désormais les hôpitaux à se positionner comme offreurs de soins en situation de concurrence (Mascia *et al.*, 2012) qui doivent proposer des activités de qualité afin d'être connus, reconnus et donc prescrits.

Dans le secteur privé lucratif, la concurrence s'est également exacerbée ces dernières années : les cliniques se sont organisées pour être plus performantes en se recentrant sur les activités

les plus rentables comme la chirurgie, dans un contexte global d'accélération du processus de concentration via des fusions-acquisitions (Bolongaro & Alegria, 2017).

Or cette concurrence exacerbée conduit à des effets induits connexes, aujourd'hui largement encouragés par les pouvoirs publics : le développement de coopérations interorganisationnelles (Westra *et al.*, 2017a).

1.2.2 Coopération

En effet, la coopération, qui peut prendre des formes très diverses, permet aux établissements de se renforcer mutuellement par une offre complète de toute la gamme de soins à la population, dans la logique de territoire de santé évoquée plus haut. Pour le patient, c'est l'assurance d'un continuum de soins assuré entre ces divers établissements. L'hospitalisation à domicile (HAD) en est un bon exemple, véritable prolongement de l'hôpital (de Pouvourville, 2016).

D'ailleurs la coopération constitue une priorité des politiques de santé depuis plusieurs années, s'élevant en véritable paradigme (Louazel & Keller, 2016). En France, la création des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) en 1996 a permis la mutualisation de moyens de toute nature, majoritairement utilisés pour des prestations médicales croisées et la gestion de plateaux techniques partagés. La loi HPST a ouvert, depuis 2010, une nouvelle option : le GCS-établissement de santé, qui permet de déployer une activité de soin. Elle a également créé la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), outil dédié au renforcement des coopérations public/public (Fulconis & Joubert, 2017), afin de développer des complémentarités et des rapprochements entre établissements à partir d'un projet médical. Dans la même logique, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) visent à construire une « stratégie de groupe » sur la base d'un projet médical partagé sur le territoire, élaboré pour cinq ans, permettant une prise en charge commune et graduée du patient (avec une offre complète comprenant des activités très spécialisées) dans un large bassin de vie. Si ces GHT concernent de façon obligatoire les établissements publics et HAD, les établissements privés peuvent en être partenaires.

Quant aux cliniques privées, elles ne sont pas en reste, usant souvent de cette stratégie de maillage par des réorganisations géographiques pour proposer la palette la plus large et la plus rentable d'activités de soins à la population.

Les nombreuses études portant sur des coopérations dans le domaine de la santé montrent cependant plusieurs sources d'ambivalence. Ainsi dans les coopérations public/privé, la

vulnérabilité semble être le principal argument pour adopter une stratégie de coopération : les difficultés liées à la constitution des équipes médicales et la soutenabilité économique et financière de l'activité s'avèrent en effet prédominantes (Routelous, Vedel & Lapointe, 2011). Quant au secteur hospitalier, si la volonté des partenaires est cruciale, elle est partagée entre l'intérêt à coopérer et l'injonction à le faire : *« en lieu et place de l'affrontement, la coopération s'apparente alors à un compromis organisationnel, voire à une concurrence négociée sur un territoire »* (Louazel & Keller, 2016, p.198).

1.3 CONCURRENCE + COOPÉRATION = COOPÉTITION

Ainsi, la frontière entre compétition et coopération s'avère bien mince. D'ailleurs, au-delà du champ de la santé, une importante littérature s'est développée sur la coopétition depuis une vingtaine d'années, initialement centrée sur le destin collectif des firmes d'une même industrie (Astley & Fombrun, 1983) puis sur le rapprochement d'intérêts d'acteurs par ailleurs concurrents (Brandenburger & Nalebuff, 1995), en vue notamment d'améliorer les compétences et de développer l'innovation (Lado, Boyd & Hanlon, 1997), générant ainsi une situation dyadique paradoxale (Bengtsson & Kock, 1999). Les travaux les plus récents consistent à élargir le référentiel de la coopétition, classiquement entendue comme horizontale ou verticale, mais pouvant aussi être diagonale (ou latérale), entre acteurs qui ne sont pas des concurrents directs, dans une logique de réseau (Czakon *et al.*, 2014 ; Dahl *et al.*, 2016) entre acteurs hétérogènes (Chiambaretto & Dumez, 2016), *« la coopétition [prenant] la forme d'un véritable réseau collaboratif complexe »* (Lacam & Salvétat, 2016, p.77).

Dans le secteur de la santé, parler de coopétition est relativement nouveau : les premiers travaux à s'en réclamer semblent être ceux de Gee (2000), puis ceux de Barretta (2008), de Peng et Bourne (2009) et de Mascia *et al.* (2012). En matière de coopétition, le secteur de la santé se distingue par deux éléments : d'une part, le rôle joué par les instances de régulation qui impulsent (voire imposent) la coopétition mais veillent aussi à l'équilibre entre compétition et coopération (Barretta, 2008 ; Louazel & Keller, 2016) ; d'autre part, la place des professionnels de santé – notamment les médecins spécialistes – qui sont l'un des piliers de la réussite des établissements et de l'innovation donc au cœur des préoccupations en termes d'attractivité et de fidélisation (Westra *et al.*, 2017b) et qui, s'ils adhèrent, sont des moteurs des actions coopétitives développées mais peuvent, à l'inverse, s'y opposer farouchement et faire avorter le projet (Barretta, 2008), notamment lorsqu'un décalage

important est perçu entre les objectifs affichés (partenariat « gagnant-gagnant ») et la stratégie perçue (partenariat concurrentiel déséquilibré) (Cazin, 2016b).

Ainsi la coopétition génère des tensions, aussi bien entre les acteurs de la relation coopétitive qu'au sein même de chaque organisation (Fernandez & Le Roy, 2015). Pourtant, de façon moins intuitive, la coopétition, qui nécessite de la confiance mutuelle entre acteurs, contribue également à générer de l'harmonie, toute aussi importante à la réussite de la relation coopétitive (Chou & Zolkiewski, 2017).

Dans le cadre de cette recherche, nous cherchons à comprendre le paradoxe « concurrence / coopération » appliqué à un établissement de santé, en appréhendant ce dernier dans ses relations avec les autres acteurs du territoire. Compte tenu des évolutions de l'environnement explicitées plus haut, notre recherche porte plus spécifiquement sur l'analyse des déterminants des stratégies coopétitives dans le domaine de la santé, en formulant l'hypothèse que le territoire en serait le catalyseur essentiel.

2 LE CENTRE JEAN PERRIN, UN CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER ENTRE CONCURRENCE ET COOPERATION SUR SON TERRITOIRE

Notre recherche prend appui sur l'étude d'un Centre Régional de Lutte Contre le Cancer (CRLCC ou CLCC), dont nous étudions la stratégie coopétitive sur son territoire. Après avoir rappelé quelques points de repères sur le cancer en France, nous présentons l'établissement objet de l'étude et son contexte local, puis nous précisons le cadrage méthodologique de notre recherche.

2.1 ELÉMENTS DE CONTEXTE SUR LE CANCER

Responsable de 150 000 décès annuels, le cancer est la première cause de mortalité avant les maladies cardio-vasculaires. En 2015, 1,2 million de personnes ont été hospitalisées en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer, soit une augmentation de 7,3 % par rapport à 2010 (hors activité de radiothérapie dans le secteur privé libéral). Le suivi de ces patients a généré près de 6,8 millions d'hospitalisations (séances et séjours), ce qui fait que l'activité de cancérologie représente près d'un quart de l'activité hospitalière globale¹.

¹

Source : file:///C:/Users/annec/Downloads/Les_cancers_en_France_en_2016_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20170203.pdf

Le traitement du cancer donne lieu à trois types d'activité : la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie. Ces activités sont réalisées par des établissements publics (Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires CHRU ou Centres Hospitaliers CH), des établissements privés (cliniques) ou des ESPIC (Etablissements de Soins Privés d'Intérêt Collectif), que sont les CLCC (Centres de Lutte Contre le Cancer), « *établissements privés à but non lucratif exclusivement dédiés à la prise en charge des cancers, dans une logique globale (médicale, psychologique et sociale) personnalisée et innovante, appliquée depuis le dépistage au suivi après traitement* »². Selon l'Institut National du Cancer (INCa), on compte en France, en 2015, 928 établissements de santé autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancers, autorisations délivrées par les ARS à des établissements remplissant des conditions techniques et de seuils d'activité, par ailleurs obligatoirement membres d'un réseau de cancérologie.

Créé en 2007, le réseau de lutte contre le cancer (Réseau Régional de Cancérologie RRC) a pour mission de coordonner l'organisation régionale en cancérologie. Les 25 RRC qui couvrent le territoire français s'articulent localement avec les Centres de Coordination en Cancérologie (3C), cellules qualité opérationnelles créées par le législateur en 2005, mais très hétérogènes, tant sur le plan de leurs moyens que de leur périmètre d'intervention. Au plan national, selon l'INCa, on compte 260 3C dont les deux-tiers fonctionnent en coordination inter-établissements.

En France, le cancer fait l'objet depuis plusieurs années de mesures gouvernementales rassemblées, depuis 2003, dans des Plans Cancer successifs. Le Plan Cancer 2014-2019 (ou Plan Cancer 3) vise ainsi à mobiliser « *l'ensemble des moyens d'intervention disponibles, de la recherche jusqu'aux soins, pour faire face aux inégalités de santé et réduire la mortalité liée à des cancers évitables* »³. Son objectif numéro 16 consiste à « *optimiser les organisations pour une plus grande efficacité* ». Un sous-objectif stipule explicitement qu'il s'agit, entre autres, de « *redéfinir la place des acteurs régionaux et territoriaux en appui des ARS* », deux actions conduisant à repenser l'environnement des acteurs du cancer :

- Action 16.4 : Garantir à l'ARS un appui régional fort dans le champ de la cancérologie en misant sur le rapprochement des structures

² Source : <http://www.unicancer.fr/patients/notre-demarche-de-prise-en-charge>

³ Source : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf

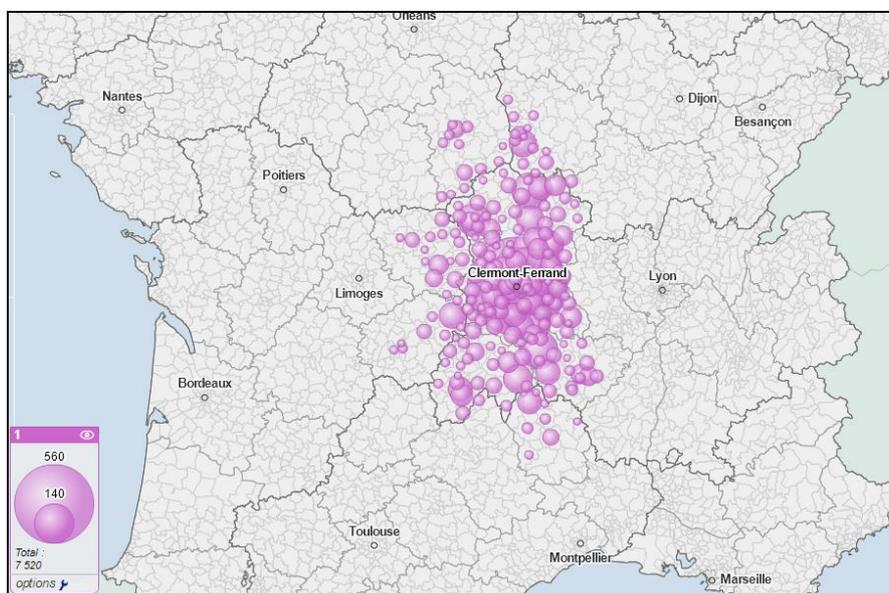
- Action 16.5 : Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.

Dans ce contexte de « rapprochement des structures » et « d'organisation territoriale de proximité », nous nous intéressons plus spécifiquement à un CLCC, dont l'activité est historiquement et exclusivement dédiée à la prise en charge du cancer, donc nécessairement en concurrence plus ou moins frontale avec l'activité de cancérologie d'autres établissements. A travers l'étude de cas de cet établissement, nous souhaitons en caractériser les pratiques coopétitives, afin d'apporter des éléments de réponse à notre problématique de recherche telle que formulée plus haut.

2.2 PRÉSENTATION DU CENTRE JEAN PERRIN ET DE SON TERRITOIRE

Notre étude de cas porte plus spécifiquement sur le CLCC de l'ancienne région Auvergne, appelé Centre Jean Perrin (CJP), dont l'attractivité déborde le territoire administratif auvergnat au sud et au nord (du fait des infrastructures autoroutières) et à l'ouest (déserts médicaux de Creuse et de Corrèze) (*cf.* carte 1).

Carte 1 – L'attractivité du CJP en 2016
(Nombre de séjours en cancérologie en fonction du lieu de résidence des patients)



Source : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation / HospiDiag

Le CJP, fondé en 1973, compte actuellement 750 collaborateurs (dont 180 médecins et internes) pour une activité annuelle de plus de 4 500 interventions sur six salles de bloc opératoire. Intervenant plus spécifiquement sur les cancers du poumon, du sein et de la

thyroïde, il bénéficie d'une expertise reconnue en radiothérapie et médecine nucléaire. Installé sur le site du CHU, avec lequel il partage une mission de service public, il entretient depuis sa création une relation complexe avec ce partenaire, marquée par une peur récurrente de se faire absorber. Localement, on compte deux grosses cliniques privées, la Châtaigneraie créée en 1974 et le Pôle Santé République depuis 1987. Sur la région, existent également plusieurs petits établissements publics (CH de Thiers ou de Vichy par exemple) ou privés (Clinique de La Plaine, à Clermont-Ferrand, ou La Pergola, à Vichy).

Tableau 1 – Quelques chiffres de l'activité des principaux acteurs locaux (2016)

	Nombre d'actes ou séances MCO ⁴ (2016)			
	CJP	CHU	Pôle Santé République	Châtaigneraie
Nb total d'actes ou séances	54 268	120 352	35 510	32 566
	En cancérologie (quelques exemples)			
Pneumologie	978	446	58	4
Appareil digestif	114	625	109	68
Sénologie	1 241	358	1 043	347
Thyroïde	347	228	58	3
Urologie	36	337	46	101
Gynécologie	225	1 280	174	981
Chimiothérapie	11 985	19 494	11 399	985
Radiothérapie	13 335	-	-	-

Source : ATIH, données ScanSanté Casemix MCO

Depuis trois ans, le CJP est confronté à un changement brutal d'environnement. Il entretenait une relation relativement hostile avec le CHU, collaborait convenablement avec la clinique privée de la Châtaigneraie, qui ne possède pas de service de radiothérapie, et s'affrontait davantage avec l'autre grande clinique privée clermontoise, le Pôle Santé République qui possède des oncologues et pratique également la chirurgie du sein. Il y a trois ans, le projet de GHT a renforcé l'autorité du CHU sur le département et les quatre départements voisins. Par ailleurs, en 2017, le groupe Elsan a racheté Vitalia, auquel appartenait la clinique de la Châtaigneraie, ainsi que Médi-partenaires auquel appartenait le Pôle Santé République ; ceci modifie profondément le contexte local puisqu'un seul actionnaire détient désormais les deux principales cliniques privées du territoire.

⁴ MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique, y compris activité ambulatoire et cancérologie. Ne sont pas pris en compte les SSR et HAD.

Actuellement, sur l’Auvergne, 19 établissements autorisés pour la cancérologie (dont CJP) et au total 35 susceptibles de prendre en charge des patients atteints d’une pathologie cancéreuse (ex : HAD ou petits CH).

2.3 CADRAGE MÉTHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Avec pour objectif de mieux qualifier la stratégie coopérative du CJP, nous retenons, pour cette recherche, une démarche compréhensive (Dumez, 2013). En effet, selon Weber, l’analyse d’un fait social se déroule en trois étapes (Fleury, 2001) : une phase compréhensive (dans laquelle, grâce à une approche empathique, le chercheur tâche de comprendre le sens que l’individu donne à son action) ; une phase interprétative (le sens étant identifié, il s’agit de l’objectiver grâce à une posture extérieure du chercheur) ; une phase explicative (qui permet d’établir une compréhension causale de la réalité sociale en détectant les causalités entre les phénomènes).

Dans notre recherche, l’approche compréhensive nous permet d’identifier d’une part le sens que les acteurs donnent à la coopération, donc d’en comprendre les motivations explicites et implicites, mais aussi d’en identifier les déterminants principaux, en s’intéressant plus particulièrement au rôle du territoire.

Tableau 2 – Les entretiens menés

Etablissement	Catégorie de personnel ⁵	Numéros d’entretien	Nombre
Centre Jean Perrin	Médical : 4 / Soignant : 4 Support : 5	[1] à [13]	13
Hospitalisation à Domicile (HAD)	Médical : 1 / Soignant : 3 Support : 1	[14] à [18]	5
Oncauvergne	Médical : 1	[19]	1
Clinique La Chataigneraie	Médical : 2	[20] [21]	2
Pôle Santé République	Support : 2	[22] et [25]	2
Autres experts (hors région)		[23] et [24]	2
TOTAL			25

Source : auteurs

Ainsi, nous avons opté pour une étude de cas unique, constituée d’une étude documentaire (documents internes à l’établissement étudié et documents externes) et de 25 entretiens semi-directifs menés, d’une part avec des collaborateurs du CJP et, d’autre part, avec les partenaires externes du CJP, à la fois dans des relations de concurrence et de coopération (*cf.* tableau 2). Ces entretiens, réalisés entre septembre 2016 et novembre 2017, ont été menés sur la base

⁵ Dans la catégorie « support », on trouve également des personnes ayant des fonctions d’encadrement voire de top management au sein des structures concernées

d'un guide comprenant trois grandes thématiques (1/ territoire de santé ; 2/ coopération ; 3/ concurrence) à raison d'une heure environ par interviewé. Ils ont été enregistrés (sauf pour deux entretiens, à la demande expresse de l'interviewé) et retranscrits, puis exploités par analyse thématique à la fois verticalement et horizontalement (Gavard-Perret & Helme-Guizon, 2008).

3 QUELLES CONCURRENCE ET COOPÉRATION POUR LE CJP ?

L'étude de cas du CJP nous amène à appréhender le paradoxe entre concurrence et coopération de façon très concrète. Nous proposons de restituer les idées fortes à travers les trois thématiques structurant le guide d'entretien, en les illustrant par des verbatim.

3.1 TERRITOIRE DE SANTÉ

Au premier abord, la définition administrative du territoire de santé est plutôt perçue comme restrictive, entendue, conformément aux textes législatifs, comme « *une zone d'intervention très fermée à la base* » [14], avec « *une autorisation de prise en charge du patient délivrée par les tutelles* » [16]. Cependant, cette vision géographique statique et contrainte laisse la place à une appréhension beaucoup plus ouverte : « *on est régional, il faut travailler sur la région. Le territoire est donc une évidence* » [2].

La loi NOTRe (Nouvelle Organisation Territoriale de la République) de 2015, instituant un nouveau découpage régional depuis 2016, est un facteur de contexte fort. Il joue à la fois :

- Négativement, notamment du risque d'effacement de Clermont-Ferrand face à Lyon (« *on passe de capitale régionale à une ville avec un statut universitaire fragile et menacé. Dans ce contexte, on se retrouve en compétition avec Lyon, Grenoble et St Etienne* » [6]) et de la délocalisation des instances décisionnelles (« *aujourd'hui, vous voulez poser une question à l'ARS, il faut se référer à Lyon* » [19]).
- Positivement, en termes de réaction face à l'omnipotence lyonnaise – réelle ou supposée (« *ça pourrait amener à resserrer les rangs sur le site clermontois* » [12]) et d'opportunités pour les acteurs du territoire en général (« *est-ce que cette notion de territoire va être assez forte pour fédérer les intérêts des uns et des autres, donc qu'on trouve un nouvel équilibre ?* » [11]) et le CJP en particulier (« *avec l'idée de territoire et de parcours de soins à l'occasion de la nouvelle région, le CLCC a peut-être un rôle à jouer* » [5]).

3.2 CONCURRENCE

Parler de concurrence aux acteurs de la santé est malaisé. Pour certains, ce terme est connoté politiquement et idéologiquement, ce qui amène à des prises de position radicales : « *il y a de la place pour tout le monde !* » [21] ; « *on ne se sent pas en guerre contre le CJP* » [22].

Pourtant, en approfondissant la compréhension des expériences de terrain, le discours se tempère : « *on peut parler de concurrence dans le domaine de la santé ; ce n'est pas un gros mot, c'est une réalité* » [3]. La concurrence concerne ainsi, dans la logique de quasi-marché aujourd'hui applicable à la santé, les parts de marché de chaque établissement, au regard, bien entendu de son plateau technique et de ses domaines d'expertise : « *Est-ce qu'il y a une guerre par rapport à la porte d'entrée [c'est-à-dire le choix de l'établissement pour le malade] ? La réponse est non. Maintenant, il faut être lucide : il y a des offres différentes de parcours, que les malades vont choisir* » [19]. La concurrence concerne également la fluidité des relations dans le cadre d'un partenariat : « *au niveau des médecins, il y a eu de gros soucis parce qu'il y a des différences de vision entre les oncologues du CJP et le médecin [de l'HAD]* » [16].

Enfin, cette concurrence concerne aussi la répartition des activités en fonction des autorisations données par l'ARS. A titre d'illustration, le CJP bénéficie localement du monopole de la médecine nucléaire et dispose de 2 TEP-Scan⁶ saturant ainsi le marché, c'est-à-dire permettant de réaliser le nombre d'examens correspondant aux besoins des quatre départements de l'ex-région Auvergne. Il semblerait qu'une troisième autorisation soit sur le point d'être accordée à un établissement privé « *donc on se pose des questions : y-a-t'il du lobbying là-derrrière ?* » [11], question d'autant plus sensible dans le contexte actuel de restructuration des cliniques privées locales. Comptant pour les autorisations accordées par l'ARS mais aussi pour la viabilité de l'activité d'un médecin libéral, qui dépend du nombre d'actes réalisés chaque jour ou chaque semaine, l'effet de seuil joue aussi sur la concurrence éventuelle : « *[dans le cas du cancer du sein] a-t-on la masse critique pour avoir une concurrence saine ?* » [19].

Le contexte conduit à s'interroger également sur le statut des différents établissements, qui réalisent sous des conditions différentes des activités parfois identiques : « *dans l'esprit des personnes, il y a une différence entre les établissements privés et les établissements publics, et*

⁶ TEP Scan : Tomographie par Emission de Positons, méthode d'imagerie médicale pratiquée en médecine nucléaire.

trop souvent, il y a une barrière, avec une forte pensée que les établissements privés font n'importe quoi, que les établissements publics font rien... C'est caricatural mais c'est une vision assez juste de ce qui peut être perçu » [3]. Même si « c'est la finalité qui est importante, au-delà d'un statut » [19], les différences en termes de conséquences éventuelles peuvent inquiéter : « les CHU ont commencé à aussi faire de la cancérologie. Donc ils ont commencé à revendiquer leur place. Avec la particularité que nous n'avons pas le même statut. Dans le sens où nous sommes privés à but non lucratif, c'est-à-dire que si le CHU est en déficit, l'ARS viendra combler ce déficit, ce qui ne sera pas vrai pour nous. Nous [CJP], nous luttons contre le public et le privé » [7]. De même, les évolutions législatives fortes des vingt dernières années ont largement contribué à promouvoir cette concurrence de fait : « la concurrence, c'est plutôt un effet secondaire qu'un postulat à l'entrée ; c'est un résultat de fonctionnement » [19].

Si l'on ne parle pas volontiers de concurrence, même si elle est avérée et reconnue notamment entre le CJP et le Pôle Santé République, qui « développe des parts de marché alors que Jean Perrin en perd » [13], ce que l'on retiendra surtout, ce sont les raisons qui vont faire qu'un patient s'adressera ici plutôt qu'ailleurs : « les critères principaux, ce sont l'expertise et la rapidité de prise en charge » [19]. Certains pensent néanmoins devoir préciser qu'en tout état de cause, « on respecte l'établissement d'origine des patients. On ne pique pas les malades » [1].

3.3 COOPÉRATION

3.3.1 Des coopérations qui fonctionnent

Dans le monde de la santé, « la coopération, c'est ce qui fait le plus peur » [11]. Pourtant, « on ne pourra plus tout faire, il faut coopérer » [5]. Certains domaines, comme la recherche, essentielle lorsque l'on parle du cancer, sont naturellement beaucoup plus ouverts à la coopération (« une recherche non partagée, c'est une recherche qui est condamnée à se scléroser et diminuer » [13]). De même, les équipements lourds, pour lesquels l'ARS accorde une autorisation et d'éventuels financements, ne sont souvent envisageables qu'à plusieurs, à la fois pour atteindre une masse critique permettant d'optimiser l'utilisation de l'équipement et pour couvrir au mieux les besoins du territoire : « on a des investissements qui sont très lourds. Si on n'utilise un appareil qu'à 60%, c'est logique d'avoir un partenariat » [8].

Assez naturellement également, des coopérations sont mises en place dans une logique de complémentarité : « *[avec le CHU], on a des choses à s'apporter mutuellement* » [4] ; « *il y a des spécialités que le CHU ne fait pas* » [3], comme par exemple le cancer du sein sur lequel le CHU n'intervient pas, ou la médecine nucléaire sur laquelle le CJP a le monopole localement. Autre exemple : en urologie, le CJP accueille l'activité d'oncologie mais n'a pas d'autorisation pour la chirurgie, cette dernière étant réalisée par le CHU et le Pôle Santé République. Avec les établissements d'HAD ou de SSR, les choses sont évidemment plus fluides, puisque la complémentarité est avérée, dans une logique de filière amont et aval : « *nous [HAD] continuons à être l'œil de l'équipe médicale qui nous confie son patient* » [14]. Des conventions viennent formaliser et structurer certaines coopérations : ainsi, en mars 2016, a été signé un partenariat entre le CJP et un établissement d'HAD prévoyant la mise à disposition, par le CJP au profit de l'HAD, d'une infirmière coordinatrice à mi-temps : « *ça fluidifie le fonctionnement ; ce poste est stratégique et essentiel aujourd'hui* » [14]. Un projet de mise à disposition d'un médecin oncologue est également à l'étude. Ce type de partenariat formalisé contribue visiblement à resserrer les liens entre les personnels : « *[les conventions avec l'HAD et les SSR], ça nous aide beaucoup et ça marche très bien* » [1]. De même, depuis 2006, une convention de sous-traitance existe entre le CJP et la clinique de La Châtaigneraie, permettant d'avoir une consultation d'oncologie dans le second établissement, avec des oncologues du CJP : « *cette convention est née sous l'impulsion des chirurgiens [...] L'objectif était de permettre une continuité des soins et pour ne pas à avoir envoyer les patients dans un autre établissement. C'est une très bonne collaboration ! Parce que dans ce système là, tout le monde s'y retrouve* » [20].

3.3.2 Les difficultés rencontrées

Cependant, ces réussites ne doivent pas laisser penser que les coopérations sont toujours un long fleuve tranquille. Certaines sont considérées comme imposées, voire vécues comme une spoliation : « *il y a les partenariats forcés, c'est-à-dire pour lesquels on n'a pas notre mot à dire, les partenariats orientés par l'ARS. Par exemple, on a vu partir notre unité phare, l'Unité de Transplantation Médullaire, qui a été créée à Jean Perrin, développée à Jean Perrin et qui est partie à l'Hôtel Dieu d'abord et qui est maintenant à Estaing [l'une des entités du CHU]* » [4]. L'inquiétude est d'ailleurs assez spontanée dès lors que l'on parle de coopérations : « *il y a une lutte entre plusieurs établissements. Même s'il y a des accords*

entre eux, il ne faut pas que ces accords puissent faire disparaître Jean Perrin ou le cantonner à des spécialités qui se réduiront au fil des années comme peau de chagrin » [13].

La difficulté à mettre opérationnellement en œuvre les collaborations doit également être notée : *« on nous dit 'il faut se rapprocher du CHU'. Mais dès qu'on essaie c'est pour soulever des montagnes de poussière et de difficultés. Donc, on n'avance pas* » [6]. De même, y compris dans les cas de complémentarité avérée et de logique de filière avec les établissements d'HAD ou de SSR, des tensions sont parfois perceptibles : *« on a des fois le sentiment que CJP utilise [l'HAD] juste pour vider des lits et inversement, que [l'HAD] veut mener la prise en charge du patient et s'en fiche de l'oncologue...* » [14]. Enfin, les comportements opportunistes existent également : *« quand on pense partenariat, on pense 'comment on va aller bouffer l'autre ?' »* [2]

Par ailleurs, au-delà du seul cas du CJP, il faut citer les liens toujours délicats entre les établissements de santé et la médecine de ville : *« le médecin traitant ne doit pas être exclu de la prise en charge de son patient. Il doit rentrer dans le circuit. Et ils ont raison lorsqu'ils nous demandent de participer »* [7].

3.4 AU CŒUR DES LOGIQUES DE CONCURRENCE ET COOPÉRATION : LE PATIENT

3.4.1 Consensus sur le parcours patient

Si la concurrence et la coopération semblent caractériser de façon paradoxale et cependant très opérationnelle les relations des établissements de santé avec le CJP, un point de consensus émerge néanmoins de façon très nette : tous les acteurs s'accordent, a minima dans le discours, sur la priorité absolue à donner au patient et à la qualité des soins : *« il est indispensable qu'il y ait des rapprochements entre toutes ces structures car s'il y avait des heurts, ce serait l'un qui casserait l'autre et ce n'est pas dans l'intérêt du patient »* [13].

D'ailleurs, quand le patient pâtit des incohérences du système, les personnels sont les premiers à dénoncer la vision purement économique des choses : *« les patients qui souffrent d'un cancer des poumons que l'on traite en chirurgie thoracique, on n'a pas le droit de les traiter en chimio puisqu'on doit les envoyer au CHU en pneumo. Dites-moi où est le lien pour le patient, il y a juste un intérêt économique ! »* [4]

Du fait des réformes des vingt dernières années, le CJP, tout comme les autres CLCC qui jouissaient d'une situation de monopole à leur création, est aujourd'hui contraint de travailler avec d'autres acteurs, dans une logique de coopération inter-organisationnelle et de circuits

courts. Pour les établissements d'un territoire, *« l'enjeu consiste à dépasser les barrières habituelles pour développer un projet gagnant-gagnant consistant à regrouper des activités non concurrentielles »* [23]. Le projet d'Institut du Sein, développé par le CJP, illustre cette ambition.

3.4.2 Le projet d'Institut du Sein

Considérant que le CLCC a un rôle à jouer dans la restructuration de la région, le projet s'inscrit dans la thématique du territoire et du parcours de soins. Concrètement, ce projet consiste en la création d'une structure de pilotage des parcours en cancer du sein (dans un premier temps) et d'urologie (dans une deuxième phase). Concernant la sénologie, le CJP effectue quasiment toutes les activités et ne se trouve en concurrence qu'avec une seule clinique, le Pôle Santé République. En revanche, sur l'urologie, la chirurgie est assurée par le CHU et la clinique de la Châtaigneraie alors que le CJP pratique uniquement l'oncologie et la radiothérapie. L'idée était donc de développer un projet pluri-partenaires avec le CHU, les cliniques (Pôle Santé République et Châtaigneraie), les SSR et l'HAD. Concrètement, il s'agit de créer une plateforme d'accueil unique, lancée en septembre 2017, qui puisse porter à terme un Institut du Sein multi-sites dont le CJP serait la porte d'entrée, à partir d'un 3C commun à l'ensemble des établissements. Au stade actuel, *« la plateforme d'appel a [pour l'instant surtout] permis d'améliorer les processus internes, le fonctionnement de l'hôpital de jour et la satisfaction des patients et des médecins. [...] Il reste à construire les coopérations avec le CHU et les cliniques. [...] Nous espérons que la notion de territoire sera suffisamment forte pour fédérer les intérêts des différentes parties prenantes ; est-ce qu'on retrouve un nouvel équilibre où on peut travailler ensemble ou est-ce que les jeux de concurrence vont être trop forts ? »* [11]. Si la mise en œuvre opérationnelle d'un tel projet semble encore longue, *« le projet a du sens pour l'utilisateur par rapport à l'accessibilité à un diagnostic et une prise en charge personnalisée »* [19].

4 ENTRE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, UNE COOPÉTITION AU PRISME DU TERRITOIRE

En étudiant les déterminants de la coopétition dans le cadre du CJP, nous avons mis en évidence que les relations de concurrence, souvent niées au départ, sont en réalité bien présentes. Concernant la coopération, les actions s'en réclamant sont nombreuses mais

rencontrent néanmoins des difficultés de mise en œuvre. On observe par ailleurs qu'un consensus est trouvé autour du parcours patient et de l'offre territoriale de soins. Nous proposons maintenant de reprendre ces résultats et de les discuter au regard de la théorie, en utilisant tout d'abord une analyse en termes de tensions et d'harmonie (Chou & Zolkiewski, 2017) et en interrogeant la dimension territoriale de la coopération ainsi observée.

4.1 ENTRE TENSIONS ET HARMONIE : QUELLE COOPÉTITION ?

Si l'on utilise le corpus théorique sur la coopération, il s'avère que celle-ci est envisageable dans différentes dimensions : horizontale (entre concurrents ayant des activités en concurrence frontale), verticale (lorsque les concurrents sont dans une logique amont/aval), mais aussi diagonale (dans la logique de réseau) (Czakoń *et al.*, 2014 ; Dahl *et al.*, 2016). Nous proposons de reprendre ces trois catégories et d'analyser nos résultats des relations coopératives du CJP en y ajoutant la dimension duale de tensions (essentiellement étudiées, ici, au niveau inter-organisationnel) et d'harmonie, qui caractérisent simultanément la coopération selon Chou et Zolkiewski (2017). Le tableau 3 présente cette grille de lecture.

Il en ressort que sur certaines activités bien identifiées, le CJP est en concurrence frontale avec d'autres établissements : « *Le CJP est notre principal concurrent, c'est eux qui sont en face de nous, plus particulièrement pour ce qui concerne le sein* » [22]. Sur d'autres activités, la coopération existe ou est à développer. « *Ce projet [d'Institut du Sein] permet de mettre au jour les endroits sur lesquels on est en concurrence frontale et sur lesquels il n'y a pas d'accords possibles, et d'autres domaines sur lesquels on peut s'organiser* » [11].

Dans les différents cas, il s'agit d'une coopération délibérée (Czakoń *et al.*, 2014 ; Dahl *et al.*, 2016), puisque les acteurs décident sciemment de la mettre en œuvre, spontanément (cas de l'Institut du Sein), l'environnement encourageant de tels rapprochements (cf. les actions menées par Oncauvergne, dont sont membres tous les établissements étudiés, avec, par exemple, la mise en place du Dossier Communicant en Cancérologie). Parfois, cette coopération est mise en œuvre de façon plus contrainte, et éventuellement plus émergente, lorsque l'ARS accorde au CJP l'exclusivité de la médecine nucléaire, obligeant de fait les autres établissements à coopérer avec le CJP sur cette activité.

Tableau 3 – Tensions et harmonie des relations coopétitives du CJP

	Tensions (exemples)	Harmonie (exemples)
Coopétition horizontale (concurrence frontale sur certaines activités avec CHU ou cliniques privées)	<ul style="list-style-type: none"> • Concurrence frontale sur certaines activités avec un ou plusieurs établissements locaux (ex : sénologie avec le Pôle Santé République) • Incohérences liées aux activités autorisées (ex : autorisation de chirurgie thoracique au CJP alors que la chimiothérapie en pneumologie se fait au CHU) • Attribution possible d'un 3ème TEP Scan à un acteur privé 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie en urologie : projet de demande d'activité pour le CJP, abandonné avec le rachat des deux cliniques par Elsan, dont l'une possède cette activité, ainsi que le CHU • Projet d'Institut du Sein multi-sites avec le CJP comme porte d'entrée unique
Coopétition verticale (complémentarité de filière avec HAD ou SSR)	<ul style="list-style-type: none"> • Avis médicaux parfois contradictoires entre les médecins de chaque établissement • Difficulté à ré-hospitaliser au CJP un patient en HAD 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière coordinatrice, mise à dispo par le CJP pour l'HAD • Convention de partenariat entre le CJP et la Châtaigneraie concernant les oncologues • Réunions de staff deux fois par semaine, interdisciplinaires sur les dossiers des patients
Coopétition diagonale (logique de réseau, dans le cadre d'Oncauvergne ou du CLARA)	<ul style="list-style-type: none"> • Relations avec la médecine de ville • Compétition entre équipes de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier Communicant en Cancérologie (DDC) : logiciel régional sécurisé de partage et d'échange des données médicales • Projet de recherche Cancer Auvergne Prostate (CAP), menée par des équipes pluridisciplinaires, associant, entre autres, des chercheurs du CJP et du CHU

Source : auteurs

Cependant, dans ce secteur bien particulier qu'est la santé, imprégné de valeurs caritatives fortes, présentant une mixité d'acteurs aux statuts publics et privés et soumis à des contraintes législatives et réglementaires très fortes, il ne faut pas oublier que la concurrence est très variable d'une activité à l'autre et d'une zone géographique à une autre (Pascal *et al.*, 2009).

4.2 LE TERRITOIRE, CATALYSEUR DE LA COOPÉTITION

La dimension territoriale se lit en filigrane de nos résultats relatifs aux relations coopétitives du CJP. En effet, au-delà de la dimension administrative et contrainte du territoire de santé, qui fait de ce dernier un « *objet politique* » [19], celui-ci étant encore renforcé par les mesures législatives instaurant les GHT, cette notion de territoire s'avère omniprésente.

Sur le plan géographique, le territoire donne effectivement son véritable sens au parcours de soins, puisqu'il détermine leur accessibilité pour le patient, posant d'ailleurs ainsi la problématique des déserts médicaux et des délais d'attente (Moulin & Salles, 2017). De même, la zone d'attractivité des établissements, hormis pour les pathologies rares qui nécessitent une prise en charge par un centre spécialisé, est déterminante. Ainsi, 60% des patients du CJP sont originaires du Puy-de-Dôme (*cf.* carte 1). Il semble donc nécessaire d'analyser plus précisément cette notion de territoire.

Nous proposons pour cela de mobiliser les travaux de l'école de la proximité, qui ajoute à la dimension géographique de cette dernière une dimension organisée (Rallet & Torre, 2004). L'originalité de notre approche est de proposer une lecture des relations coopétitives (faites de tensions ou d'harmonie) telles qu'analysées dans le paragraphe précédent à travers les deux dimensions de la proximité (*cf.* tableau 4).

Tableau 4 – Relations coopétitives et proximité

	Proximité géographique	Proximité organisée
Tensions coopétitives	<ul style="list-style-type: none"> • Attractivité / Parts de marché • Nouvelles autorisations d'activité ou d'équipement 	<ul style="list-style-type: none"> • Risques (<i>cf.</i> théorie des jeux) : tromperie, sabotage, extorsion
Harmonie coopétitive	<ul style="list-style-type: none"> • Partage de l'activité en fonction des autorisations délivrées par l'ARS • Complémentarité (équipements partagés ou mise à disposition de personnel) 	Partenariats : <ul style="list-style-type: none"> • Encouragés (voire imposés) par les autorités de tutelle : ex. autorisations d'activité • Spontanés : ex Institut du Sein

Source : auteurs

4.2.1 La proximité géographique comme source de tensions coopétitives

Si, pour deux acteurs, le fait d'être proches géographiquement semble constituer un atout à la coopération, il s'avère que cette dernière est loin d'être automatique, car, comme le rappelle Torre (2009), « *la proximité géographique est neutre dans son essence* » (p.66). Lorsqu'elle est activée, elle peut être aussi bien recherchée que subie, permanente que temporaire. Dans le cas du CJP, la question de l'attractivité des établissements auprès des patients et des prescripteurs (médecine de ville) est l'une des tensions visibles générées par cette proximité géographique : les patients d'un territoire donné (correspondant ici à une Auvergne légèrement élargie dans son axe nord/sud) vont se diriger vers l'établissement qui semble leur proposer la meilleure expertise dans les délais les plus courts, l'impact du bouche à oreille et de la réputation du spécialiste rencontré – voire de son établissement – étant déterminant. Or

cette activité génère des parts de marché, qui constituent l'un des indicateurs retenus par l'ARS pour accorder (ou non) de nouvelles autorisations d'activité.

4.2.2 La proximité géographique favorise l'harmonie coopérative

Lorsque la proximité géographique est activée, elle peut contribuer efficacement à une harmonie coopérative. En effet, le mécanisme des autorisations d'activité par l'ARS conduit à une proximité subie, dans une logique de coopération émergente, qui oblige les établissements à coopérer tout en évitant la concurrence frontale, les activités proposées offrant une complémentarité permettant une répartition des actes entre établissements. Cette coopération peut également être délibérée, par exemple dans le cas des partenariats prévoyant la mise à disposition de personnel d'un établissement vers un autre.

4.2.3 La proximité organisée, déterminante pour l'harmonie entre les acteurs

La proximité organisée, quant à elle, « *concerne les différentes manières qu'ont les acteurs d'être proches, en dehors de la relation géographique* » (Torre, 2009, p.69) et se décline en logique d'appartenance (qualifiée aussi par d'autres auteurs de relationnelle) et de similitude (ou encore cognitive). Elle permet à des acteurs de faciliter leurs interactions, notamment du fait qu'ils adhèrent à des références similaires, les valeurs du champ de la santé pouvant s'en prévaloir, notamment l'attention portée à la qualité des soins et au bien-être des patients.

Or, comme le note Cazin (2016a) dans son étude sur les GHT, la coopération peut recouvrir des réalités très différentes et être accueillie avec enthousiasme par les personnels et les médecins des établissements dès lors qu'elle est perçue comme renforçant ou améliorant l'offre de soins initiale. Dans l'exemple du CJP, c'est par exemple le cas du partenariat avec l'HAD ou la clinique de la Châtaigneraie.

4.2.4 Les tensions générées par la proximité organisée

En revanche, si cette coopération est perçue comme dégradant l'offre de soins, les injonctions de coopération risquent d'être très mal vécues, faisant ressurgir les peurs de domination d'un établissement sur les autres, tel le CHU « mangeant » le CJP.

Plus largement, tous les risques identifiés dans les alliances stratégiques à l'aide de la théorie des jeux sont potentiellement observables : la tromperie, le sabotage ou l'extorsion, renforçant de fait la dimension concurrentielle de la relation au détriment de la relation de coopération. L'exemple de l'éventuelle autorisation par l'ARS d'un troisième TEP-Scan sur le territoire au profit de l'une des cliniques privées illustre ce phénomène et contribue à dégrader la relation

de confiance entre les partenaires, qui continuent néanmoins à coopérer sur d'autres domaines.

Cette grille d'analyse, qui croise les dimensions de la proximité avec les tensions et harmonie générées par les relations coopétitives du CJP, nous permet de mettre en évidence le caractère incontournable du territoire. En effet ce dernier s'avère particulièrement structurant pour les pratiques coopétitives des différents établissements de santé, puisqu'il constitue tout d'abord le socle géographique sur lequel se structure l'activité donc se tissent les relations coopétitives entre établissements de santé. Par ailleurs, c'est dans la dimension de projet que le territoire prend toute sa place : qu'il s'agisse d'un GHT, dont le projet est rendu obligatoire par les textes en vigueur, ou de l'Institut du Sein, qui constitue une tentative de coopération forte entre acteurs, c'est bien cette dimension d'action collective qui le caractérise. Or, pour qu'un projet puisse se développer, la notion de confiance entre acteurs, activée à la fois par la dimension géographique et organisée de la proximité, est indispensable (Cazin, 2016a).

CONCLUSION

Notre recherche porte sur un CLCC particulièrement soumis à des relations simultanées de concurrence et de coopération avec les autres établissements de santé du territoire autorisés en cancérologie. L'étude du CJP nous a permis d'identifier les déterminants de la coopétition à travers une lecture en termes de tensions et d'harmonie, ce qui nous a conduit à identifier le territoire comme catalyseur de la coopétition.

Notre recherche apporte ainsi plusieurs contributions. Sur le plan théorique, elle permet tout d'abord élargir la coopétition au-delà d'une vision traditionnelle limitée aux acteurs « entreprises » en l'élargissant au champ de la santé. Elle permet également de mieux prendre en compte le territoire comme une dimension clé d'une coopétition que l'on peut qualifier d'élargie, mixant proximité géographique mais aussi organisée. Sur le plan managérial, ce travail permet d'enrichir la compréhension des relations coopétitives entre établissements de santé sur un territoire, en montrant notamment que la coopétition génère simultanément des tensions inter-organisationnelles mais aussi de l'harmonie, navigant ainsi sur un subtil équilibre entre complémentarités / coopérations fortes et une concurrence. Se pose également, en filigrane, la nature de la coopétition à l'œuvre dans les GHT, en cours de constitution.

Bien évidemment, ce travail n'est pas exempt de limites. Notre choix d'étudier un CLCC, établissement atypique de par son statut et son activité, limite évidemment le potentiel de généralisation du cas. De plus, les spécificités régionales locales (avec la question de la place de l'Auvergne dans la nouvelle grande région) influencent nos résultats. Enfin, sur un plan méthodologique, les difficultés rencontrées à pouvoir interviewer des représentants de tous les établissements du territoire, ainsi que la fonction même des personnes rencontrées, constituent un biais évident.

Cette recherche ouvre néanmoins des perspectives. Tout d'abord, il convient de compléter le travail actuel en réalisant des entretiens complémentaires, notamment avec des acteurs qui n'ont pour l'instant pas répondu positivement à nos demandes. Ensuite, une étape complémentaire consisterait à creuser les perceptions en interne et le mode de gestion pour et par les parties prenantes internes (médecins, soignants, supports). En effet, un certain nombre de travaux montrent que l'univers n'est pas naturellement prêt pour la coopération et il semblerait donc pertinent de prolonger notre réflexion en analysant comment le paradoxe concurrence / coopération permet une déconstruction sociale puis une reconstruction à l'aide de représentations partagées.

REFERENCES

- Amat-Roze, J. M. (2011), La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote*, (4), 13-32.
- Astley, W. G. et C. J. Fombrun (1983), Collective strategy: Social ecology of organizational environments. *Academy of management review*, 8 : 4, 576-587.
- Barretta, A. (2008), The functioning of co-opetition in the health-care sector: An explorative analysis. *Scandinavian Journal of Management*, 24 : 3, 209-220.
- Bengtsson, M. et S. Kock (1999), Cooperation and competition in relationships between competitors in business networks. *Journal of business & industrial marketing*, 14 : 3, 178-194.
- Bologaro, F. et C. Alegria (2017), Les cliniques de court séjour (MCO), Xerfi.
- Bourdillon, F. (2005), Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire. *Revue française d'administration publique*, 113 : 1, 139-145.
- Brandenburger, A. Met B. J. Nalebuff (1995). The right game: Use game theory to shape strategy. *Harvard Business Review*, july, 57-71.
- Cazin, L. (2016a), La recomposition du tissu hospitalier à l'échelle territoriale : dessiner et jouer la carte de la confiance, Colloque AIRMAP, Poitiers, juin.

Cazin, L. (2016b), Coopérations territoriales : un nouvel outil stratégique au service de l'hôpital-entreprise ? *in* Baly, O., L. Cazin, J. Despatin, F. Kletz et E. Periac (dir.), *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Presses des Mines, 175-194.

Chiambaretto, P. et H. Dumez (2016), Toward a typology of cooptition: a multilevel approach. *International Studies of Management & Organization*, 46 : 2-3, 110-129.

Chou, H. H. et J. Zolkiewski (2017), Cooptition and value creation and appropriation: The role of interdependencies, tensions and harmony. *Industrial Marketing Management*, xx-xx.

Coldefy, M. et V. Lucas-Gabrielli (2012), Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé. *Questions d'économie de la santé*, 175, 1-8.

Czakon, W., K. Mucha-Kus et M. Rogalski (2014), Cooptition research landscape – a systematic literature review 1997-2010. *Journal of Economics & Management*, 17, 121-150.

Dahl, J., S. Kock et E. L. Lundgren-Henriksson (2016), Conceptualizing cooptition strategy as practice: A multilevel interpretative framework. *International Studies of Management & Organization*, 46 : 2-3, 94-109.

Dumez, H. (2013), Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. *Annales des Mines-Gérer et comprendre*, 112 : 2, 29-42.

Fernandez, A. S. et F. Le Roy (2015), Les stratégies de cooptition comme source de tensions : le cas EADS-Thales dans l'industrie des satellites de télécommunications. *Management International / International Management / Gestión Internacional*, 19 : 3, 115-128.

Fleury, L. (2001), Max Weber. Paris, Presses Universitaires de France.

Fulconis, F. et J. Joubert (2017), Compétitivité et réseau public d'offre de soins: des Communautés Hospitalières de Territoire aux Groupements Hospitaliers de Territoire. *Management & Avenir*, 93 : 3, 37-63.

Gavard-Perret, M. L. et A. Helme-Guizon (2008), Choisir parmi les techniques spécifiques d'analyse qualitative, *in* Gavard-Perret, M. L., D. Gotteland, C. Haon et A. Jolibert (dir.), *Méthodologie de la recherche*. Editions Pearson Education France, 247-279.

Gee, E. P. (2000), Co-optition: the new market milieu. *Journal of Healthcare Management*, 45 : 6, 359-363.

Lacam, J. S. et D. Salvétat (2016), L'étendue d'une filière et l'étendue géographique des stratégies de cooptition comme source de complexité des réseaux ? Le cas des PME et des ETI de la filière nautique française. *Management & Avenir*, 6, 59-82.

Lado, A. A., N. G. Boyd et S. C. Hanlon (1997), Competition, cooperation, and the search for economic rents: a syncretic model. *Academy of Management Review*, 22 : 1, 110-141.

Louazel, M. et C. Keller (2016), Entre concurrence et coopération : un « effet bloc » des incitations règlementaires sur les relations entre établissements de santé ? *in* Baly, O., L. Cazin, J. Despatin, F. Kletz et E. Periac (dir.), *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Presses des Mines, 195-218.

Mascia, D., F. Di Vincenzo, et A. Cicchetti (2012), Dynamic analysis of interhospital collaboration and competition: empirical evidence from an Italian regional health system. *Health policy*, 105 : 2, 273-281.

Moulin, T. et N. Salles (2017), Stratégie nationale de santé, désert médicaux et accès aux soins : une réponse opérationnelle La Télémédecine, *European Research in Telemedicine / La Recherche Européenne en Télémédecine*, 6 : 3-4, 103-106.

Nautré, B. et K. Kononovich (2014), Du féodalisme établissement au pilotage de territoire-Un objet frontière & une innovation. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 32 : 1, 25-45.

Pascal, C., J. B. Capgras, J. F. Botton et J. P. Claveranne (2009), La mesure et l'analyse de la concurrence au service de la stratégie des établissements de santé. *Journal d'économie médicale*, 27 : 1, 21-42.

Peng, T. J. A. et M. Bourne (2009), The coexistence of competition and cooperation between networks: implications from two Taiwanese healthcare networks. *British Journal of Management*, 20 : 3, 377-400.

Pouvoirville (de), G. (2016), Le territoire dans la régulation du système de santé, *in* Baly, O., L. Cazin, J. Despatin, F. Kletz et E. Periac (dir.), *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Presses des Mines, 13-25.

Rallet, A., & Torre, A. (2004), Proximité et localisation. *Économie rurale*, 280(1), 25-41.

Routelous, C., I. Vedel et L. Lapointe (2011), Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? *Management & Avenir*, 7, 147-164.

Torre, A. (2009), Retour sur la notion de proximité géographique. *Géographie, économie, société*, 11 : 1, 63-75.

Westra, D., F. Angeli, M. Carree et D. Ruwaard (2017a), Understanding competition between healthcare providers: Introducing an intermediary inter-organizational perspective. *Health Policy*, 121: 2, 149-157.

Westra, D., F. Angeli, M. Carree et D. Ruwaard (2017b), Coopetition in health care: A multi-level analysis of its individual and organizational determinants. *Social Science & Medicine*, 186, 43-51.