

LA RÉNOVATION DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER Á L'ÉPREUVE DES OBJECTIFS DE PERFORMANCE DU RÉSEAU TERRITORIALISÉ D'ORGANISATIONS HOSPITALIÈRES: LE CAS DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Régine ROCHE
Laboratoire CORHIS
Université Montpellier 3
(France)

RÉSUMÉ :

L'objet de cet article est l'étude du périmètre d'application du service public hospitalier au sein des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières. Recherche qui répond à la problématique de la nature juridique de l'activité de service public réalisée en leur sein. Problématique qui conduit cette recherche à analyser, à l'aide d'une revue de la littérature de gestion portant sur les réseaux d'entreprises, l'impact du territoire sur la pérennité de ces organisations, et donc à évaluer la performance de leur mode de gouvernance en focalisant sous l'angle du management stratégique sur le méta-pilotage d'un réseau territorialisé « le Groupement Hospitalier de Territoire ». Démarche méthodologique qui implique en amont, la conception d'une grille d'évaluation théorique de la performance.

Mots clés : rénovation du service public hospitalier ; réseau territorialisé d'organisations hospitalières ; méta-pilotage ; mode de gouvernance ; grille d'évaluation de la performance.

INTRODUCTION

Le travail de recherche que nous présentons ici aborde la thématique de l'évaluation de la performance globale des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières à l'aune de la remise en cause des critères traditionnels de qualification du service public hospitalier. Il s'inscrit dans la continuité directe des travaux de réflexion, qui ont été conduits en amont et en aval de l'adoption du projet de loi de modernisation du système de santé publique « dite loi Tournaine » en date du 26 janvier 2016 et de l'entrée en vigueur le 27 avril 2016 de son décret d'application portant sur le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

Il a pour objet d'étudier le périmètre d'application du service public hospitalier au sein des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières et de mettre en évidence les variables susceptibles de conditionner l'adéquation de leur trajectoire de développement avec les objectifs d'une activité de service public hospitalier. Autrement dit, il s'intéresse aux critères de comparaison externes

susceptibles de permettre l'évaluation de leur performance globale (*Moisdon, 2000*). D'un point de vue plus empirique, notre travail de recherche tire sa raison d'être du refus d'accepter que la modernisation du service public hospitalier résulte purement et simplement de l'alignement du management public sur le management privé. Nous cherchons au contraire à dépasser l'opposition public-privé au profit d'un modèle de service public hospitalier par combinaison susceptible à terme d'être identifié comme un nouveau levier de gestion pour le secteur public hospitalier.

Dans la continuité des réformes managériales inspirées par les théories du *Nouveau Management Public*, les récentes réformes hospitalières ont participé à l'introduction de « mécanismes de type marché » dans la gestion du service public hospitalier, avec pour corollaire la remise en cause du modèle économique de l'hôpital public.

L'avènement d'un nouveau modèle organisationnel se rapprochant davantage des « firmes japonaises » décrites par *Aoki (1998)*, conduit cette recherche à se demander : dans quelle mesure le fonctionnement en réseau du système hospitalier est-il compatible avec l'exercice d'une activité de service public et peut-il contribuer à la rénover sans dénaturer son mode de gestion ? Comment développer un système multipolaire de pouvoirs promouvant des pratiques coopératives entre établissements de santé dotés de statuts différents qui soit compatible avec l'exercice d'une activité de service public hospitalier ? Comment faire le lien entre un concept et ses pratiques ?

En partant de l'hypothèse selon laquelle la recomposition en réseau du système hospitalier contribuerait à déjouer les grandes dichotomies sur lesquelles s'est construite l'action publique et donc à reconstruire par hybridation le mode de gestion du service public hospitalier (*Cueille, 2007*), cette recherche propose de montrer que l'équilibre entre performance et production d'une activité de service public hospitalier repose sur la trajectoire de développement du réseau et sur l'anticipation des stratégies adaptatives et opportunistes susceptibles d'être mises en œuvre par ses membres (*Fulconis, 2002*). Postulat qui induit pour améliorer le pilotage du réseau, la création d'indicateurs d'évaluation de la performance globale répondant à quatre fonctions (*Nutley et Smith, 1998*) : permettre à l'établissement de santé support d'avoir une vision organisationnelle du réseau; influencer sur le comportement des professionnels et des usagers tant au niveau macro-économique (filiales de prise en charge) que micro-économique (trajectoire du patient ; définir l'action à conduire autrement dit vérifier l'adéquation de la trajectoire de développement du réseau avec les objectifs d'une activité de service public à savoir l'égalité territoriale d'accès aux soins, la continuité du service, l'adaptabilité/flexibilité de l'offre de soins; faciliter l'exercice d'un contrôle interne.

1. CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE

L'étude du périmètre d'application du service public hospitalier au sein des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières répond à la problématique de la nature juridique de l'activité de service public réalisée en leur sein, autrement dit à la question de ses critères d'évaluation externe. Elle amène cette recherche à analyser, à l'aide d'une revue de la littérature de gestion portant sur les réseaux d'entreprises, l'impact du territoire sur la pérennité de ces organisations, et donc

à évaluer la performance de leur mode de gouvernance en focalisant sous l'angle du management stratégique sur le méta-pilotage d'un réseau territorialisé « le cas du Groupement Hospitalier de Territoire ». Démarche méthodologique qui implique en amont, la conception d'une grille d'évaluation théorique, permettant de vérifier après confrontation au terrain retenu, la validité des hypothèses formulées.

L'objectif est de mieux comprendre et d'améliorer le pilotage du réseau territorialisé d'organisations hospitalières (RTOH) tout en participant à renforcer l'efficacité et l'efficacités de l'offre publique de soins locale, autrement dit de rationaliser davantage les moyens utilisés tout en optimisant le parcours de santé et de soins du patient, d'augmenter la rentabilité financière de ses membres et d'accroître sa propre compétitivité en termes de parts de marché.

1.1. La mesure de la performance globale des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières : éléments de définition

La question de la performance d'une organisation fait le plus souvent référence à la notion d'évaluation. Il s'agit de mettre en place des critères déterminés par rapport à des normes, qui peuvent s'exprimer quantitativement sous la forme d'indicateurs quantitatifs, mais également qualitativement sous la forme d'un jugement de valeur. Elle est alors, évaluée à travers la construction d'outils de mesure et de tableaux adaptés aux spécificités du contexte et de l'organisation elle-même. C'est en l'occurrence notre démarche méthodologique.

1.1.1. La vision multidimensionnelle de la performance

La performance ne peut être que globale touchant non seulement l'aspect économique mais aussi l'aspect social. Elle renvoie à une vision intégrative des différentes fonctions de l'entreprise laquelle s'accorde à considérer qu'une entreprise est performante si elle génère de la valeur. Pour maîtriser les différentes dimensions spécifiques au Groupement Hospitalier de Territoire - définies à l'aide de critères facilement mesurables et favorisant suffisamment de variance pour assurer une discrimination à différents degrés de performance -, nous partons préalablement des outils de contrôle interne dont s'est dotée l'organisation pour évaluer sa valeur c'est-à-dire en l'occurrence des outils de gestion interne de type « balanced scorecard », mais également de ceux issus de la base de données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Outils, que nous confrontons au besoin, aux données théoriques validées par la littérature de gestion portant sur la mesure de la performance des RTO, pour obtenir des indicateurs d'évaluation pertinents.

Ci-après, un exemple de tableau emprunté au contrôle de gestion des prestations de services, que nous proposons d'appliquer par analogie au cas du Groupement Hospitalier de Territoire, pour faciliter notre analyse des instruments de contrôle utilisés en interne.

Tableau 1 - Instrumentation du contrôle des prestations de services

	Principaux instruments de contrôle opérationnel des services	Facteurs de contingence favorables à la généralisation de la pratique managériale ou de l'outil
1)	détermination des EPS les plus efficaces par la méthode d'analyse d'enveloppement des données	organisation en réseau d'EPS identiques forte densité de l'implantation des EPS sur le terrain
2)	benchmarking et contrôle du processus à partir du parcours et de l'expérience de l'utilisateur-client (<i>blueprint</i>)	importance de la phase de contact service homogène pour une clientèle de masse
3)	gestion des temps productifs, évaluation des coûts par le <i>TD-ABC</i> , puis gestion des files d'attente	co-production avec l'utilisateur-client rapidité du service fortement valorisée par l'utilisateur-client
4)	action sur la demande par le <i>yield management</i> , puis gestion des capacités	pas de stockage « coûts fixes faibles et coûts variables élevés »
5)	mesure de la qualité subjective puis mise en relation avec les coûts	gestion des opérations mais aussi de la relation complexité et diversité de la prestation
6)	mise sous tension du GHT par le <i>balanced scorecard</i>	importance du personnel de contact multi-dimensionnalité des facteurs de performance

1.1.2. Les différents maillons de la chaîne de création de valeur

Par rapport à la performance globale la notion de valeur soulève deux questions majeures liées au management et à la gouvernance du Groupement Hospitalier de Territoire : Quelles sont les sources de création de valeur ? - Il s'agit d'identifier les facteurs clés de succès, les différents maillons de la chaîne de création de valeur qui contribuent à accroître la valeur créée par le Groupement Hospitalier de Territoire. Sur ce point, les différents modèles d'analyse stratégiques (analyse de Porter, méthodes d'analyse de portefeuille, approche par les ressources) montrent que la performance peut s'améliorer soit par une augmentation de produits, soit par une diminution de coûts visibles ou « cachés » (*Savall et Zardet, 1989*) -.

Comment répartir la valeur créée par le Groupement Hospitalier de Territoire ? - En d'autres termes, quels sont les arbitrages à faire pour répartir la valeur créée (ex-post) ou à créer (ex-ante) entre les différentes parties prenantes du Groupement Hospitalier de Territoire ? Cette seconde question introduit le débat concernant l'influence sur la performance des décisions relatives à la répartition de la valeur créée. En raison de l'existence de conflits d'intérêts et de phénomènes d'asymétrie d'information entre les agents qui concourent à la création de valeur et ceux qui la répartissent, la définition d'indicateurs pour

mesurer la performance influence nécessairement le processus de création de valeur (*Marion et al, 2012*) -.

La création de valeur ne peut être entendue ici comme une recherche de profit financier (*Pestiau et Gathon, 1996*), mais plutôt comme la recherche de la satisfaction globale de l'utilisateur, qui non seulement fait intrinsèquement référence aux lois du service public, dites loi de Rolland c'est-à-dire l'égalité d'accès aux soins, la continuité du service et l'adaptabilité de l'offre, mais également au comportement de l'utilisateur. En ce sens la proposition de positionnement matriciel des services de *Collier et Meyer (1998)* mettant en relation deux concepts : la nature de la demande du client et les modes de délivrance de la prestation de service par l'entreprise, peut servir de bases à la définition d'indicateurs. Car le Groupement Hospitalier de Territoire a vocation à gérer à l'échelle du territoire de santé non seulement des relations autant que des opérations, mais aussi à co-construire la prestation avec l'utilisateur-client (*Edvardson et alii, 2005*) au même titre qu'un établissement de santé.

De fait, deux dimensions principales semblent importantes à appréhender pour mesurer le périmètre d'application du service public hospitalier au sein du Groupement Hospitalier de Territoire : la dimension usager-client qui fait référence à la trajectoire de soins et à l'expérience du patient et la dimension organisationnelle et managériale soit : valeur créée pour l'utilisateur au niveau de la trajectoire de soins (dimension usager-client) ; valeur créée pour les parties prenantes au niveau du groupement (dimension financière et sociale).

Ces deux dimensions sont complémentaires l'une de l'autre, en ce sens qu'elles permettent de vérifier la compatibilité de la trajectoire de développement du RTOH avec les objectifs d'une activité de SPH, non seulement grâce à la satisfaction globale de l'utilisateur, mais également en raison de son utilité sociale pour les différentes parties prenantes.

1.2. Identification des déterminants de la performance des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières

Comment évaluer la performance globale du Groupement Hospitalier de Territoire ?

1.2.1. Les limites de l'approche par la mesure de la performance des stratégies d'alliance

Les coopérations inter-hospitalières posent la question du périmètre (ou frontière) de l'établissement. En effet, en mettant en relation deux ou plusieurs établissements de santé, les coopérations inter-hospitalières constituent un terrain d'observation privilégié pour travailler sur la problématique du décloisonnement, à savoir la gestion des interfaces et des interactions organisationnelles. Contrairement aux fusions et acquisitions, il subsiste toujours deux entités autonomes suite à la conclusion de l'accord de coopération. Mais la valorisation de la performance (*et parfois de la valeur financière*) des partenaires est d'une importance cruciale puisque ces derniers vont être en situation d'interdépendance sur le ou les différents points sur lesquels porte l'accord de coopération. Ici encore, la revue de la littérature en gestion montre que la performance d'une

alliance est très difficile à appréhender (*Salgado, 1998 ; Bidault et Salgado, 2000*). D'une part, il n'existe pas un indicateur « universel » qui permette d'évaluer leur performance (*stabilité, résultats obtenus, etc.*), et d'autre part, la notion de performance est souvent associée à la « stabilité » de l'alliance, et l'instabilité à l'échec (*Ingham, 1990*). Or, certains auteurs (*Beamish, 1985, Garrette, 1991, Verna, 1989*) signalent que l'association entre « rupture de l'alliance » et « non performance » est fautive. A l'instar de *Verna (1989)*, nous pensons que la notion même de succès ou d'échec est, dans le contexte des coopérations inter-hospitalières, extrêmement floue.

1.2.2. L'approche par la mesure de la performance du mode de gouvernance

Selon l'analyse faite par *F. Fulconis* des réseaux, si l'on conçoit les activités du Groupement Hospitalier de Territoire à un double niveau intra-organisationnel et inter-organisationnel, se rajoutent aux finalités de l'évaluation de la performance, la compréhension et le pilotage des interactions entre les individus dans et entre les organisations, sources de complexité organisationnelle. Face à un ensemble d'informations intra-organisationnelles (activation, évolution d'un processus au sein d'un établissement de santé) et inter-organisationnelles (mécanismes de coordination des activités) et face à l'autonomie de décision dont peut disposer chaque partenaire, une recherche de convergence de sens, source d'un « cadre cognitif » partagé et accepté par les acteurs, s'impose. Identifier les mécanismes d'interprétation de l'information par les acteurs devient alors essentiel pour réduire l'asymétrie informationnelle et l'asymétrie d'interprétation des situations, et des actions à entreprendre. La performance du Groupement Hospitalier de Territoire ne réside-t-elle pas en effet dans la performance de chaque entité, mais aussi dans la qualité de la gestion des interfaces, là où se manifestent des risques de divergence de sens ?

La représentation du « réseau dynamique » donnée par *Miles et Snow (1986)* met l'accent sur la dimension interactive du réseau en soulignant l'importance d'un agencement de compétences, sous la coordination d'un pivot, et le nécessaire alignement des différents processus industriels, technologiques, commerciaux et logistiques autour d'un projet commun. En effet, c'est l'agencement des compétences individuelles et collectives, autrement dit dans ces processus dynamiques et continus, que l'organisation, et a fortiori le Groupement Hospitalier de Territoire, va puiser les sources de la performance. L'évaluation du pilotage par processus qui relève plus d'une logique d'adaptation voire de pro-action et de questionnement permanent que d'une logique de planification s'impose donc pour évaluer la performance globale du Groupement Hospitalier de Territoire, en ce sens qu'une activité n'aura de résultat productif qu'au travers de ce qu'elle requiert et apporte aux autres, et n'existera que par la relation qu'elle entretient avec les autres.

Force est de constater que les interrogations portant sur les pratiques de réseau ont jusqu'ici surtout concerné les organisations marchandes. Qu'en est-il des organisations particulières que sont les administrations publiques ? *F. Deltour (2000, p.2-3)* considère le réseau dans le domaine public comme une forme de coordination nouvelle par rapport aux pratiques antérieures, et spécifique par rapport aux pratiques des entreprises privées. Les objectifs semblent en effet

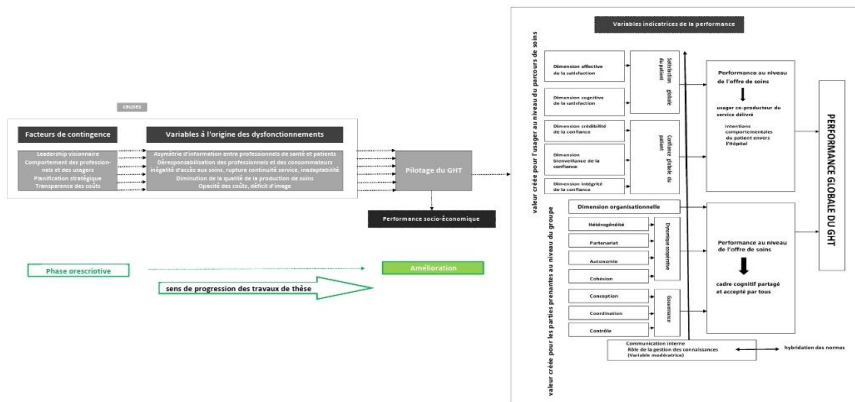
différents entre une stratégie d'entreprise et une stratégie territoriale. Certains évoquent la notion de compétitivité (*F. Deltour, 2000 ; M. Barabel, O. Meier, G. Schier, 2004*) pour la première, création de valeur (*A. Capiez N. Girlando, 2004*) et offre de services plus efficace pour la seconde. Les réseaux territorialisés sont généralement nés d'une volonté de l'Etat d'éviter les doublons d'actions des structures auprès des entreprises locales en harmonisant leurs missions.

Comme tout service public, les Hôpitaux répondent au principe de mobilité et leur périmètre, leur positionnement et les services qu'ils offrent à la population sont évolutifs. Les coopérations hospitalières basées sur la recherche d'efficience passent par un « *reengineering organisationnel* » inter-établissement. Elles reposent sur la prise de conscience que les établissements territorialement proches doivent adopter une démarche stratégique commune, constituer un réseau intégré afin de diminuer la concurrence interne pour augmenter la compétitivité de l'ensemble du réseau et de chacun de ses membres. La coopération passe du statut d'outil accessoire parmi d'autres de la compétitivité à celui d'outil central autour duquel vont s'organiser les politiques d'efficience.

Pour les membres du réseau, le maillage territorial et la diversification de l'offre commune permettent de tisser un filet assez serré dans lequel vont se prendre les patients pour la partie non négligeable de la demande qui est indépendante de la qualité perçue ou des délais. Le réseau doit alors s'efforcer : de maintenir un nombre important d'établissements autonomes attractifs par des coopérations portant sur la diffusion de la qualité ; sur l'amélioration de l'image des Etablissements Publics de Santé (EPS) ; sur des actions communes auprès des praticiens libéraux ; tout en procédant à une rationalisation de l'offre de soins c'est-à-dire en réduisant le nombre de choix possibles entre les structures en pesant sur les décisions des médecins de ville et des praticiens hospitalier.

Le concept d'économie industrielle qui illustre le mieux cette stratégie est celui d'intégration verticale ouverte qui donne à voir une prise en charge de la quasi-totalité des actes de soins pendant le parcours par le Groupement Hospitalier de Territoire sauf pour des actes très spécifiques qui seront externalisés. La maîtrise des coûts s'organise de plus en plus par la mise en commun des fonctions support déployées jusqu'à présent indépendamment par chaque établissement. Les gains d'une coopération proviennent alors d'une réduction des effectifs pour une production administrative collective constante mais aussi d'une diffusion de l'expérience et des meilleures pratiques entre les membres. Cela suppose de s'appuyer sur des coordinations organiques de gouvernance ; de territorialiser les multiples comités qualités. La réduction des coûts implique de jouer sur les effets volumes par une spécialisation des offreurs sous la double contrainte des coûts liés à la mobilité des patients et à la mobilité des praticiens et sous-entend que les membres du réseau entrent dans une sorte de coopération impérative qui dépasse les seules règles du donnant/donnant ou de la négociation entre égaux ; que l'optimisation du portefeuille d'activité et de la mutualisation de fonctions supports clés (direction de l'information médicale, administration, achats, laboratoire, imagerie) s'appuie sur la reconnaissance officielle d'un chef d'orchestre.

Figure 1 : Modèle théorique d'évaluation de la performance globale du GHT
(inspiré des travaux de LE POGAM sur la performance hospitalière)



Il s'agit alors d'un réseau territorialisé d'organisations. Dans ce cas par son pilotage, la structure de gouvernance doit permettre de trouver ce délicat équilibre entre performance et engagement relationnel de long terme dans un contexte politique et économique souvent difficile. Afin d'assurer ces fonctions, la structure centrale doit pouvoir s'appuyer sur une légitimité qui s'inscrit dans un jeu complexe de délégation-légitimation au cours duquel « le pouvoir de prendre des décisions pour les autres n'exclut pas cependant de recevoir des directives ». La performance du Groupement Hospitalier de Territoire dépendra alors de la valeur reconnue par l'utilisateur, mais également des performances de ses fonctions et de l'optimisation par métier, focalisée sur la valeur produite au sein de processus par nature transversaux et multi-acteurs.

L'identification de critères d'évaluation pertinents nous conduit donc, à sous-diviser la dimension organisationnelle et managériale en deux niveaux d'évaluation, que sont les relations intra-organisationnelles et les relations inter-organisationnelles au sein du GHT.

Deux sous-dimensions qui font référence au cadre cognitif partagé et accepté par tous (c'est-à-dire à la dynamique coopérative) et au pilotage des interfaces et des interactions organisationnelles (c'est-à-dire à la gouvernance). Pour simplifier, il s'agit en premier lieu, du niveau de compréhension qui renvoie aux critères de l'apprentissage réalisé c'est-à-dire aux innovations organisationnelles et à l'hybridation des normes nécessaires à la définition des objectifs et de l'intérêt collectif à savoir l'expérimentalisme démocratique, et de l'utilité sociale c'est-à-dire la qualité du projet de territoire développé par le GHT ; en second lieu, du niveau de pilotage des interfaces et des interactions organisationnelles qui fait référence aux critères d'une part de la productivité du GHT à travers la gestion des interfaces relationnelles spécifiques et le partage des ressources et des compétences c'est-à-dire les questions liées au management de la coopération, et d'autre de la rentabilité du GHT à travers la cohésion sociale et les modalités d'organisation du transfert de compétence.

l'évaluation de la performance globale des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières et le caractère multidimensionnel de leur analyse ainsi que l'incidence du contexte organisationnel sur les déterminants de leur trajectoire de développement occupent un espace théorique important. L'intérêt d'un espace empirique ressort de notre problématique qui considère l'interaction entre le Groupement Hospitalier de Territoire et une catégorie d'organisations, qui décident de l'utiliser comme mode de gouvernance territoriale et de le mettre en place à l'échelle de leur territoire d'intervention pour augmenter leurs parts de marchés. Cette interaction peut être analysée exclusivement par rapport à une logique abstraite et formelle ou au contraire elle suppose une relation directe avec les acteurs de terrain et l'observation de situations concrètes dans l'organisation.

Nous optons ainsi pour une méthodologie qualitative et une démarche d'analyse de cas, qui se situent au croisement des deux démarches classiques à savoir l'approche de recherche hypothético-déductive qui repose sur un paradigme positiviste et l'approche inductive qui repose sur un paradigme constructiviste. En effet chacune des deux approches offre des avantages et des inconvénients. L'approche hypothético-déductive est susceptible d'apparaître trop contraignante. Elle n'offre pas ou très peu de flexibilité d'examiner des faits nouveaux ou imprévus se révélant en cours de recherche, même si ces faits sont pertinents et importants (*D'Amboise, 1995*). Il est également difficile dans les recherches en management d'arriver à respecter les exigences statistiques de généralisation prévues par les voies scientifiques traditionnelles. Cette difficulté se pose dans les organisations publiques à cause de leur hétérogénéité. Cela pose un problème notamment si l'ambition de la recherche est d'acquérir une connaissance intime du phénomène étudié et donc de l'observer de très près et en profondeur. Cette proximité de l'objet étudié et la flexibilité de la méthode sont, en revanche, au centre de l'approche inductive. Néanmoins celle-ci propose, comme point de départ de la recherche, de faire table rase sur les théories existantes pour se concentrer sur l'observation du terrain. Cette démarche n'offre ni la structure ni le cadrage dont le chercheur pourrait avoir besoin.

Dans la recherche qualitative, les conditions de validité d'une démarche scientifique reposent sur deux critères génériques, que sont la validité et la fiabilité. Le premier critère de validité de la recherche est celui de l'authenticité. L'authenticité se valide en donnant des détails précis, en décrivant la relation du chercheur au terrain et les méthodes de collecte et d'analyse des données, ainsi qu'en expliquant comment ses propres biais ont été modérés. Un autre critère de validation de la démarche est celui de la validité du construit. Dans le cadre d'une recherche qualitative, il peut s'évaluer de deux manières. Il convient de s'assurer au préalable que les variables utilisées pour opérationnaliser les concepts étudiés sont les bonnes et que la méthodologie de recherche (design et instruments de recueil et d'analyse des données) permet de répondre aux questions initialement posées ; l'unité d'analyse et le type de mesure choisis contribuent bien à l'obtention des informations nécessaires.

Dans notre cas, le cadre conceptuel présente notre construit de recherche, et la manière dont nous comptons étudier le périmètre d'application du service public hospitalier au sein des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières – comment nous avons défini et opérationnalisé un concept tel que « l'évaluation

de la performance globale des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières ». Enfin, un dernier critère pour la validation de notre démarche scientifique est celui de la fiabilité de la mesure. Certes, en recherche qualitative, « la validité et la fiabilité de l'instrument de mesure reposent largement sur les compétences du chercheur, qui interroge et enregistre, tout en modifiant les outils d'observation, d'entretien et d'enregistrement d'une visite de terrain à une autre. » (*Miles et Huberman 1991 p. 81*). Néanmoins, le fait que la mesure des données soit « personne-dépendante » ne s'oppose pas à ce que le chercheur puisse s'efforcer d'en rendre compte avec la plus grande rigueur possible.

2.1. Présentation de l'étude de cas

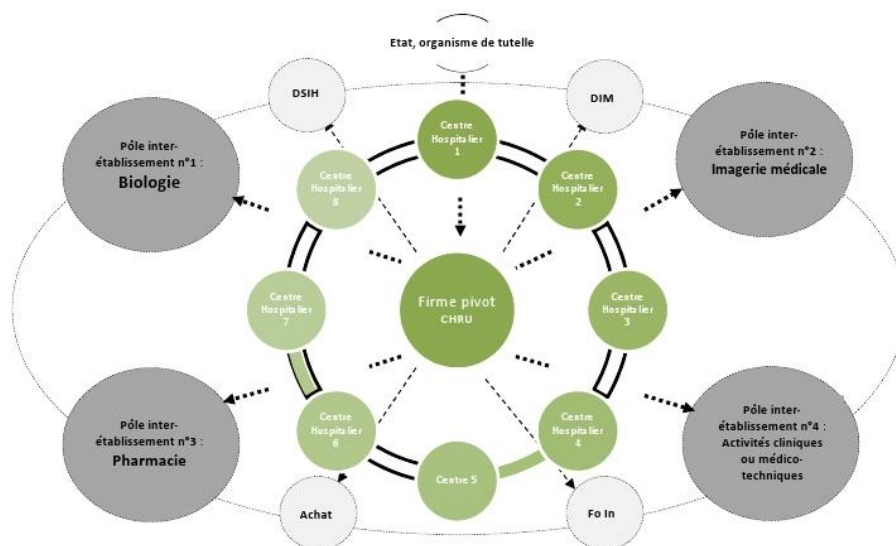
Notre choix de l'analyse de cas nous amène à exposer ici la manière dont nous allons effectuer un va-et-vient entre notre étude de cas et la théorie, dans l'espoir de construire une recherche innovante et crédible scientifiquement. En effet, pour nous, une difficulté majeure de notre travail de recherche réside dans l'interrogation suivante : comment s'assurer que notre perception des faits n'est pas distordue par des a priori théoriques, et que notre étude de cas ne se limite pas à valider une théorie existante ? Autrement dit comment s'assurer que notre recherche reste ouverte à l'observation, et que nous sacrifions en cela aux critères de validité scientifiques ? *R. Yin (1990)* positionne l'étude de cas en tant que stratégie d'étude à part entière et la définit comme étant « une enquête empirique qui examine un phénomène contemporain au sein de son contexte réel et pour laquelle de multiples sources de données sont utilisées ». Il considère que cette approche met l'accent sur la compréhension des dynamiques présentes au sein d'un environnement unique. Elle se limite à un domaine d'investigation bien spécifique et permet la collecte de données très diverses ». Cette approche nous semble donc adaptée à notre objet de recherche. Elle nous a obligés dès le départ à examiner le champ théorique et à se positionner par rapport aux travaux réalisés dans notre domaine de recherche. Elle nous a ensuite conduits à formuler une problématique et des hypothèses de recherche afin de structurer notre étude.

Notre étude de cas a pour objet un Groupement Hospitalier de Territoire qui regroupe 9 établissements de santé publics de taille hétérogène, dont le Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) assure par délégation de compétences la gestion des actions et des fonctions supports depuis le 1^{er} juin 2016.

A l'image de la loi Hôpital, Santé, Patients et Territoires (HPST), la loi de modernisation de notre système de santé publique (LMSS) dite « Loi Tourraine » en date du 27 avril 2016 vise à mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessible à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé quel que soit le lieu où le patient est pris en charge. Dans cette perspective, elle a placé les démarches coopératives inter-organisationnelles au cœur de son dispositif dont émane le Groupement Hospitalier de Territoire en tant qu'outil dédié aux coopérations public/public mais aussi public/privé.

Figure 2 : organisation en réseau du système hospitalier

Actualisée à partir du décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire



Selon les termes de la loi Tourraine, le Groupement Hospitalier de Territoire correspondrait à une forme de coopération de type conventionnel dont la vocation serait le renforcement du service public de santé et la qualité de la prise en charge du patient, alors qu'en pratique il s'agirait davantage d'un dispositif juridique destiné à la fusion d'établissements de santé publics, dont l'établissement public de santé support serait chargé d'assurer l'efficacité par le mécanisme du transfert d'activité (L. Houdart, 2016).

Cette délégation de compétences se traduit dans le cas étudié, par la gestion par le CHRU, pour le compte des établissements de santé membres, d'un compte qualité unique et d'un compte de résultat annexe (budget G) supportant les dépenses mutualisées/transférées et proposé en principe à l'équilibre budgétaire, avec un système de clés de répartition. Le mode de gouvernance dominant est la direction commune : 50% des établissements de santé membres sont rattachés juridiquement au CHRU sans pour autant avoir perdu leur autonomie. Mode de gouvernance qui est à mettre en adéquation avec la situation financière des établissements de santé membres du Groupement Hospitalier de Territoire, en ce sens que plus d'un établissement de santé sur deux présente un résultat déficitaire en fonctionnement sur les exercices 2014-2015. Situation qui est à mettre en lien direct avec une réduction récente de la capacité autorisée de certains établissements de santé membres, et qui contribue à grever significativement leur capacité d'investissement, d'autant que le taux de vétusté de leurs équipements immobiliers est supérieur à 60%. Le recours aux coopérations public/public et public/privé semble s'imposer comme un levier de gestion stratégique, même si le GHT affiche officiellement une stratégie de

groupe public. Car la fragilité financière du Groupement Hospitalier de territoire est aggravée, par le fait qu'il se retrouve en concurrence frontale avec les cliniques privées sur son propre territoire d'intervention, étant sous-représenté sur certaines disciplines sanitaires au niveau infra régional et supra régional.

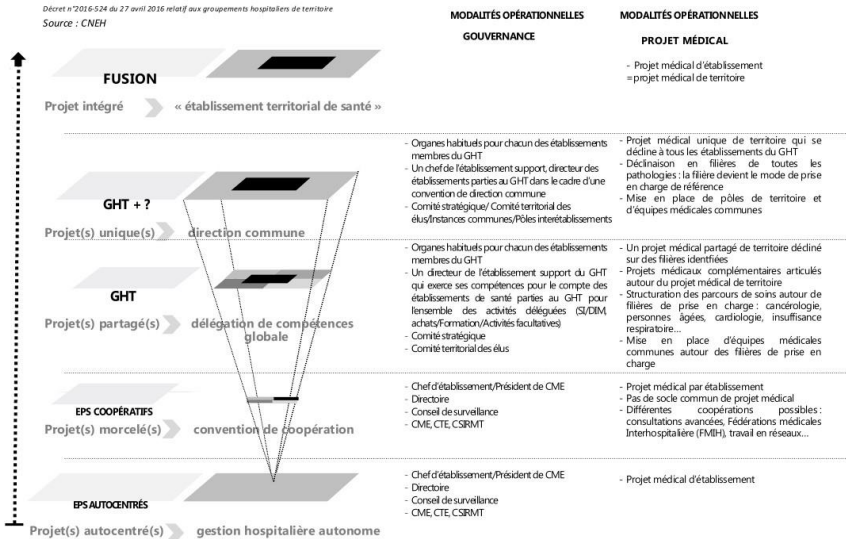
Répondant à une nécessité de complémentarité en termes d'activités sanitaires et de compétences, le Groupement Hospitalier de Territoire obéit à un mode de fonctionnement par filières de prise en charge dont la vocation ultime est de déboucher sur des temps de postes médicaux partagés. Filières de soins qui se veulent ouvertes sur le système libéral, dans la mesure où elles s'inscrivent par nature dans des objectifs de soins distribués sur le territoire, et qui ont donc leur ancrage territorial dans le secteur privé. La question des déserts médicaux pose d'emblée les limites d'un fonctionnement « en circuit fermé », où le service public hospitalier serait l'apanage exclusif des établissements publics de santé, et interroge d'ores et déjà sur « les passerelles » susceptibles d'être mises en œuvre entre le secteur privé et public, par le Groupement Hospitalier de Territoire.

Autrement dit, elle conduit non seulement à envisager le soin en termes d'offre globale, mais surtout à conférer à l'établissement de santé public « pivot » un rôle clé, dans les projets d'aménagement de territoire, en ce sens que la promotion et le développement d'une offre de soins de proximité va impliquer une stratégie d'action basée sur l'acquisition de nouvelles autorisations.

L'objectif est de contrebalancer les effets structurant de la tarification à l'activité (T2A) par l'extension des activités sanitaires du Groupement Hospitalier de Territoire. Dans un tel contexte, la création d'un label d'identité territorial nécessite d'emblée de recentrer le projet médical partagé sur des thèmes concrets et fédérateurs et de substituer à l'exhaustivité le principe de subsidiarité. Le travail en réseau devient *de facto* l'un des principaux leviers de gestion du Groupement Hospitalier de Territoire, ce qui subordonne en pratique la dynamique coopérative à un fonctionnement utilitariste des instances stratégiques de territoire, d'autant qu'en pratique la délégation/transfert de compétences se révèle limiter juridiquement par le code des marchés publics et le statut de la fonction publique hospitalière. Le mode de gouvernance semble conditionner la pérennité du Groupement Hospitalier de Territoire, en ce sens que sa trajectoire de développement est subordonnée à une extension de son champ de compétences internes.

Figure n°3 : la Pyramide d'intégration

Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
Source : CNEH



2.2. Méthodologie de la recherche

Notre recherche est à visée descriptive, explicative et prescriptive et s'appuie sur l'élaboration et la validation d'hypothèses de recherche à partir de l'observation scientifique et de la collecte de données dites de terrain. La posture épistémologique adoptée se rapproche davantage de la recherche-intervention telle que définie par le Centre de Gestion Scientifique (Moïsdon, 2007) dans l'étude des pratiques liées au champ du contrôle de gestion.

La recherche-intervention selon le CGS suppose le recours systématique à une instrumentation agissant comme révélateur du terrain. Les chercheurs du CGS définissent la recherche-intervention « comme un travail qui lie de façon étroite les chercheurs aux faits et aux acteurs eux-mêmes dans un travail commun. » (Moïsdon, 1997). De leur point de vue, l'intervention sur le terrain s'impose, en ce qu'elle est une condition *sine qua non* d'accès à la connaissance : c'est le seul moyen de comprendre le fonctionnement d'une organisation. « Les logiques locales ne se donnent pas à l'observateur spontanément. L'acteur peut avoir des réticences face à l'intervenant extérieur. Il peut n'avoir qu'une vision limitée du poids réel de ces logiques. D'autre part, il s'agit surtout de saisir un fonctionnement global, c'est-à-dire la façon dont les différentes logiques locales se lient entre elles, ce qu'elles laissent aux interstices, ce qu'elles induisent comme contradictions, ce qu'elles créent d'inattendu ».

Dans notre cas, l'application au terrain d'une grille d'évaluation de la performance globale des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières – préalablement conçue à partir d'une revue de la littérature de gestion et des outils de contrôle interne, constitue bien une démarche d'analyse du Groupement Hospitalier grâce à l'instrumentation gestionnaire, susceptible d'être qualifiée de recherche-intervention (Moïsdon, 2007). Accéder à la compréhension de cette

organisation « passera nécessairement par un travail spécifique où intervention et observation se mêleront intimement, dans la mesure où le champ de forces en cause ne pourra être reconstitué qu'en essayant de le modifier. ». Si cette démarche ainsi définie se distingue partiellement de l'enquête en ce qu'elle repose, spécifiquement, sur l'introduction d'instruments de gestion qui doivent agir comme révélateurs d'une situation, elle l'a rejoint dans sa conception des acteurs de terrain comme acteurs à part entière du dispositif de recherche et de recueil des données. En effet, des contacts réguliers avec l'animateur du réseau et la mise en place d'un comité stratégique vont permettre d'ajuster, d'étoffer les informations initiales et de réaliser un suivi longitudinal pour mieux appréhender l'évolution du réseau (*Angot et Josserand, 2007*).

Cette ouverture méthodologique (*Wacheux, 1996*), va contextualiser l'étude de cas, en enrichir les résultats et renforcer leur validité. Dans tous les cas, le recours à une « communauté d'enquête » est préconisé : celle-ci peut-être académique (*Dumez 2007*) ; elle peut être hétérologique, associant praticiens et acteurs de la vie sociale concernés par l'enquête (*Lorino 2008*) ; ce peut être également une « instance interne de gestion », groupe de suivi interne à l'organisation étudiée. Quelle que soit sa composition, le rôle de la communauté d'enquête va être de favoriser un fonctionnement collectif des acteurs de terrain, et la construction d'une chronique et d'un récit collectifs. Elle va constituer un élément essentiel du dispositif de validation de la connaissance, en ce sens qu'elle va participer à la validation des hypothèses et des résultats de la recherche, au fur et à mesure de leur émergence.

2.3. Mode opératoire

Après avoir obtenu la validation de notre protocole de recherche par le Directeur Général de l'établissement de santé support, nous avons commencé notre enquête sur le terrain par un diagnostic socio-économique du Groupement Hospitalier de Territoire, qui nous a amené d'une part à conduire une série d'entretiens semi directifs auprès des acteurs socio-économiques composant l'échantillon de l'étude, s'appuyant sur un guide d'entretien transmis à l'avance, et d'autre part à participer à l'aide d'une grille d'observation aux réunions des instances du Groupement Hospitalier de Territoire. Notre étude de cas qui a pour objet le GHT, regroupe neuf établissements de santé publics, d'où vu son architecture organisationnelle au moins un terrain d'investigation : la firme focale qui centralise les fonctions supports.



L'échantillon de l'étude

Acteurs institutionnels	Acteurs économiques	Acteurs sociaux
- D605	GHT : 9 Directeurs d'EPS	- Représentants syndicaux :
- ARS	D6 de l'EPS support, chargé de l'animation du réseau	direction et salariés
- Pdt du cseil de surveillance	DIM, DAFSI, DRH et DAMS représentants de l'EPS support	
- Maires	Directeur de la formation et Directeur IFSI/IFAS représentants de l'EPS support	

Elle est construite à partir d'entretiens semi-directifs individuels et collectifs, d'observations de terrain permettant le recueil de données primaires et de données secondaires utilisées comme données confirmatoire ou infirmatives à savoir la législation et les décrets d'application, les rapports IGAS et les programmes cadres ministériels, les schémas régionaux, la convention constitutive du GHT, le projet médical partagé, les relevés de décision des instances stratégiques du GHT, les comptes de résultats analytiques et les budgets. Sont également étudiées dans un souci de triangulation des données, les informations disponibles dans la presse économique et dans la littérature de gestion.



Les modes de collecte et de traitement des données

DONNÉES	MODES DE COLLECTE	TRAITEMENT
- Primaires	30 entretiens semi-directifs CR oraux de l'animateur du GHT PV écrit du cté d'experts-praticiens après restitution des résultats	Analyse de contenu thématique
- Secondaires internes	Accès aux documents internes du GHT	Analyse documentaire
- Secondaires externes	Accès à des supports de communication FHF, ATIH	Analyse documentaire

Les objectifs visés par cette étape sont : confronter la validité des indicateurs d'évaluation modélisés à la réalité du terrain, afin de tester leur pertinence au regard de notre objectif de recherche. En fait, il s'agit de recenser les outils d'évaluation dont dispose le Groupement Hospitalier de Territoire et d'accéder aux premiers éléments d'analyse. Les thèmes discutés pendant les entretiens sont relatifs aux dysfonctionnements organisationnels générés par la mise en place des GHT et aux actions susceptibles d'être mises en oeuvre pour y remédier, à la définition des missions stratégiques du GHT; à l'élaboration des instruments de pilotage, en l'occurrence les tableaux de bord ; à l'alimentation des tableaux de bord et à l'exploitation de ces instruments de pilotage.

3. PREMIERS RÉSULTATS – DISCUSSION

Le diagnostic socio-économique de l'organisation a permis d'identifier les causes racines des dysfonctionnements perturbant le management stratégique du GHT et leur impact économique potentiel. Ce diagnostic a servi de plateforme de travail au comité stratégique pour valider notre grille d'évaluation théorique.

3.1. Les causes racines des dysfonctionnements

- asymétrie d'information entre les professionnels de santé et les patients
- déresponsabilisation des professionnels de santé et des consommateurs
- inégalité territoriale d'accès aux soins, rupture dans la continuité de la prise en charge, inadaptabilité de l'offre de soins
- diminution de la qualité de la production des soins
- opacité des coûts, déficit d'image

3.2. Les actions d'optimisation du parcours de santé du patient

Ces premiers résultats mettent en évidence la nécessité d'une part de la valorisation de la participation de l'utilisateur à la coproduction du service délivré, d'autre part de la prise en compte de l'hybridation de l'offre de soins, dans la réponse globale apportée à ses besoins de santé publique.

3.2.1. Valorisation de la participation de l'utilisateur à la coproduction du service délivré

La structuration par filière de prise en charge du Groupement Hospitalier de Territoire permet d'ouvrir le parcours de santé du patient sur le territoire couvert et d'en avoir une vision globale. A partir d'une cartographie des filières du Groupement Hospitalier de Territoire générée par la base du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) du CHRU, *un modèle cible ou socle commun de prise en charge* concentrant les flux patients principaux du GHT est défini et reconnu par voie conventionnelle par les différentes parties prenantes comme étant le cadre cognitif de référence. Deux filières principales sont ainsi identifiées par le projet médical partagé : la filière maladies chroniques et métaboliques, et la filière relative à la prise en charge des syndromes coronariens aigus.

Le domaine concerne une large population qui va bien au-delà de la définition des affections de longue durée. La stratégie du GHT est d'accompagner la montée en puissance ou la préservation du premier recours sur ces pathologies chroniques soit en développant des prestations de recours, soit en développant des prises en charge interprofessionnelles pour renforcer l'adhésion du patient à son traitement, soit en développant des programmes ou des offres de service en direction de populations fragiles ou en développant des plateformes territoriales d'appui en soutien aux professionnels du premier recours dans lesquelles les établissements du GHT sont impliqués. Elle implique en outre, d'intégrer le secteur privé dans sa réponse aux besoins de prise en charge. Secteur privé, qui s'est positionné jusqu'ici, seulement sur des spécialités porteuses d'actes à réaliser, et moins semble-t-il sur des épisodes construits autour du parcours de santé du patient.

Compte tenu que le GHT s'inscrit par nature dans une stratégie de groupe public, dès l'adressage du patient par le médecin traitant, sa trajectoire de soins va être mise *de facto* sous tension au regard de ce modèle cible, pour évaluer l'adéquation de la trajectoire de développement du GHT avec les objectifs d'une activité de service public. Cette démarche d'évaluation peut être analysée comme la transposition de la méthodologie du patient-traceur initiée par la Haute Autorité de santé et mise en œuvre dans le cadre de la certification V2014, à l'échelle du Groupement Hospitalier de Territoire.

La vocation de la méthodologie du patient-traceur est l'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, grâce à l'analyse de manière rétrospective de la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours de soins, ainsi que des interfaces et de la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire. Elle contribue à l'identification et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

C'est une approche de la performance non seulement par la valeur créée pour l'usager-client au niveau de sa trajectoire de soins, mais également par la valeur créée pour les parties prenantes à travers la reconnaissance d'un socle commun de prise en charge. De fait elle participe à subordonner la satisfaction globale de l'usager et sa confiance en l'institution, à une maîtrise de la demande, que permettent d'évaluer son intention comportementale et son observance thérapeutique. Cela induit en terme de stratégie et de gouvernance territoriale la mise en œuvre de solutions pour éviter des ruptures dans la continuité du service, pour réduire le taux de fuite ; pour parvenir à la réalisation d'objectifs communs de spécialisation.

Ce modèle cible ou socle commun de prise en charge n'est mesurable en terme de réponse à un besoin de santé publique, qu'à hauteur de l'obligation de résultat mise à la charge du secteur public hospitalier par la réglementation – laquelle repose sur le triptyque : égalité d'accès aux soins, continuité du service, adaptabilité/flexibilité de l'offre de soins. Il contribue en ce sens à la définition, par voie conventionnelle du périmètre d'application du service public hospitalier au sein du GHT.

Les indicateurs définis sont d'autant plus pertinents qu'ils permettent la réduction du taux de mortalité en structure, ainsi que les erreurs d'orientation de prise en charge. Cette pertinence nécessite en amont d'avoir analysé les

conditions ayant permis d'atteindre la situation actuelle et de déterminer les moyens humains et logistiques nécessaires pour atteindre les objectifs cibles du Groupement Hospitalier de Territoire.

En effet le choix des indicateurs obéit à des objectifs de benchmarking et prend en compte les variations auxquels ils sont soumis à l'intérieur du territoire, en ce sens que le Groupement Hospitalier de Territoire couvre des territoires ruraux et urbains, ce qui induit une répartition inégale de l'offre de soins. L'enjeu principal à l'échelle du GHT sera d'optimiser les prises en charge des filières identifiées comme étant le modèle cible, en tenant compte tant des mutations démographiques que des évolutions de la démographie médicale.

A ce stade deux dimensions essentielles de notre grille d'évaluation sont ainsi validées après confrontation au terrain : valeur créée pour l'utilisateur-client à travers l'identification d'une trajectoire de soins cible ; valeur créée pour les parties prenantes du groupement à travers la reconnaissance d'un socle commun de prise en charge. Deux dimensions que mettent sous tension non seulement la mesure de la satisfaction globale de l'utilisateur et sa confiance en l'institution, mais également la mesure de l'engagement collectif et du mode de gouvernance du réseau territorialisé d'organisations hospitalières.

3.2.2. Hybridation de l'offre de soins dans la réponse globale apportée aux besoins de santé publique de l'utilisateur

La réponse aux besoins de santé publique repose sur une offre globale de soins induisant intrinsèquement la complémentarité avec le secteur privé, en ce sens que par leur ouverture sur le système libéral, les filières de prise en charge ont par nature leur ancrage dans le secteur privé. La construction de la solution de prise en charge par le GHT implique donc, de les associer dès le stade de l'adressage du patient en faisant prévaloir le principe du libre choix. L'objectif est de recentrer le secteur privé sur des épisodes construits autour du parcours de santé du patient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Angot J. et Josserand E (2007), *Méthode d'analyse des réseaux sociaux*, hal.archives-ouvertes.fr/hal-00239018.

Collin A, Demanet Q, Professeur Fenoll B, Joubert J, Paul E (2015) « *l'analyse économique des coopérations inter-hospitalières : la coopération pour la concurrence* » Université d'Avignon, Journal de Gestion et d'économie médicale, éditeur Eska, pages 64.

Barabel M, Meier O, Schier G (2004), *Construire le projet stratégique d'un territoire*, dans Management local et Réseaux d'Entreprises, Rousseau Michel, Edition Economica, Paris p.189-207.

Bérard E., (2014), « *Le rôle des instruments de gestion au sein des organisations : une approche sociomatérielle. Le cas de l'usage des comptes de résultat analytique et des budgets dans un hôpital public français* », thèse de doctorat en sciences de gestion, ESCP Europe, 417 pages.

Bidault F, Salgado M, (2001) « *Stability and complexity of inter-firm Coopération: the case of Multi-Points Alliances* », European Management Journal, volume 19, number 6, December.

Capiez A., Girlando N., (2004), *Réseaux d'entreprises et performance : une approche empirique*, hal.archives ouvertes.fr/Doc.

Cueille S. (2007), *Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital public*, Politique et Management public, Volume 25, Numéro 4.

Deltour F (2000), *de l'usage des réseaux en administration : le cas d'un réseau professionnel par intranet*, IXème Conférence Internationale de Management Stratégique, AIMS, Montpellier, les 24-25-26 mai, 21 pages.

Dumez H. et Jeunemaître A. (2003), « *Combinaison harmonieuse des vertus du public et du privé, ou mélange des genres ? Les partenariats public/privé, nouveaux venus du management public* », Revue Politiques et Management Public, 21, 4, pp. 1-14.

Dumez H (2006), *Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation*, revue gérer et comprendre.

Fulconis F., (2002), « *Les structures en réseau : archétype de design organisationnel pour de nouvelles formes de coordination interentreprises* », 3^{ème} colloque International, La Métamorphose des Organisations, GREFIGE, Université Nancy 2, Nancy.

Fulconis F, Paché G, Solle G (2012), *Structures en réseau : quel sens pour la performance collective ? Vers un contrôle de gestion en plateau*, Communication, Etats généraux du Management, Strasbourg, 11-12 octobre.

Fray A-M. (2009), *Nouvelles pratiques de gouvernances dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs*, revue Management et Avenir, page 422.

Garette B, (1991) « *les alliances entre Firmes concurrentes : configuration et déterminants du Management Stratégique* », Thèse de doctorat HEC.

Houdart L (2015), *Coopération ou fusion ? Mutualisation ou délégation ? L'ambiguïté du « groupe – ment » hospitalier de territoire*, Revue Hospitalière de France.

Ingham M (1995), *Management stratégique et compétitivité*, De Boek Université.

Jacobzone S. (1995) « *Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie économique de gestion du secteur hospitalier public* », Sciences sociales et santé, volume 13, Numéro 1, pp. 5-46

Joncour Y. (1985), « *La régulation du service public hospitalier : une « greffe » des techniques du Management privé* », <https://www.rechercheisidore.fr> > ressource.

Kaplan, Norton, David (1992, 1993), “*the balanced scorecard –measures that drive performance*”, Harvard Business Review, Vol. 71 n°1; “*putting the balanced scorecard to work*”, Harvard Business Review, Vol. 71 n°5.

- Killing J.P, (1982) “*How to make a global joint venture work*”, Harvard Business Review, mai-juin.
- Lamarzelle D. (2013) « *Management Public et modernisation des services publics* », <https://www.europaong.org> > uploads > 2013/02.
- Legrain A. et Verhoest K. (2004), « *Le secteur public en France et en Belgique : de la coordination hiérarchique à la coordination par réseaux* », Revue Politiques et Management Public, 22, 3, pp. 163-191.
- Le Pogam M-A., Luangsay-Catelin C., Notebaert J-F. (2009), *La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent*, Revue Management et Avenir, pages 428.
- Marion A, Asquin A, Everaere C, Vinot D, Wissler M, (2012), *Diagnostic de la performance d'entreprise, Concepts et méthodes*, Dunod.
- Meier O, Schier G, (2012) « *Fusions Acquisitions* », 4^{ème} édition, Dunod.
- Miles R., Snow C., (1986), *Organizations: new concepts for new forms*. California Management Review, 1986, vol. 28, n°3, p.62-73.
- Moisdon J.C, Tonneaud D. (1999, 2000), *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, SELI ARSLAM (tome 1 et tome 2).
- Moisdon J.C (2007), *Du mode d'existence des outils de gestion*. Paris Seli-Arslan.
- Moisdon J.C (2012), *Le paradoxe de la boîte noire. Réforme hospitalières et organisation*, Revue Droit et Société, n°80, pages 262.
- Moisdon J.C. (2013), *De l'incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé*, Quaderni, mis en ligne le 05 octobre 2015.
- Porter M, (1998), *Competitive Strategy*. New Preface.
- Savall H, Zardet V, (1989), “*Maîtriser les coûts et les performances cachés* », *Economica*, 351 p.
- Verna J, (1989), « *les stratégies conjointes des firmes françaises depuis 1980 : des comportements différenciés* », Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université de Grenoble.
- Yin R., (1990), *Case Study Research: Design and Methods, Third Edition*, *Applied Social Research Methods Series*, Vol. 5. 3rd ed. Sage publications, Inc.