

La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) : une structure en réseau pour renforcer l'efficience et l'efficacité de l'offre publique de soins

Résumé : La loi « *Hôpital, patients, santé, territoires* » (HPST) du 21 juillet 2009 « *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* » a placé les démarches coopératives inter-organisationnelles au cœur de son dispositif. La Communauté Hospitalières de Territoire (CHT) en tant qu'outil dédié aux coopérations public/public en est issue. Selon les termes de la loi HPST, la CHT correspond à une forme de coopération de type conventionnel, c'est-à-dire que la CHT repose sur une convention conclue par les établissements publics de santé. Elle a pour finalité la recherche de la meilleure utilisation des ressources à disposition des établissements publics de santé et la complémentarité entre les acteurs. Autrement dit, la CHT, remplacée bientôt par le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), a pour but de renforcer le service public de santé et la qualité de prise en charge du patient en favorisant les coopérations entre établissements publics autonomes appartenant à une même zone géographique. Dans ce contexte, cette communication présente les premiers résultats d'une étude effectuée sur les caractéristiques organisationnelles d'une CHT particulière, la CHT du Pays Provençal (CHT-PP). Elle a pour but de mieux comprendre son fonctionnement et comment sa nature réticulaire est susceptible de renforcer l'efficience et l'efficacité de l'offre publique de soins en France, autrement dit les conditions de l'accroissement de sa compétitivité. Dans un premier temps, suite à une réflexion sur l'origine et la place de la CHT en tant que nouvel acteur de la santé publique, et en s'appuyant sur une grille d'analyse des structures en réseau éprouvée en Sciences de Gestion, quatre propositions théoriques sont formulées en vue de les confronter au terrain : (1) par son hétérogénéité, la CHT est susceptible de contribuer à une meilleure maîtrise de la chaîne de valeur ajoutée, (2) par le partenariat, la CHT est susceptible de faciliter la coordination des activités le long de la chaîne de valeur ajoutée, (3) par l'autonomie, la CHT est susceptible de conjuguer indépendance et interdépendance de chacun de ses membres, (4) par la cohésion, la CHT est susceptible de maintenir uni, tout au long d'un processus de production de soins, chacun de ses membres. Dans un deuxième temps, en reprenant tour à tour les quatre propositions théoriques, les premiers résultats obtenus sont exposés. Ils aboutissent notamment à la formulation d'un ensemble de questionnements qui constituent les fondements d'un programme de recherche. Notre réflexion se conclut, dans un troisième temps, par une discussion sur la CHT admise comme un vecteur de compétitivité de l'offre publique de soins.

Mots-clés : Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), Compétitivité, Coopération, Offre publique de soins, Performance, Structures en réseau.

Introduction

Si les dépenses de soins constituent en France un sujet de plus en plus préoccupant, la véritable question ne réside-t-elle pas dans la réforme de l'organisation du système de santé bien plus que dans son financement tel qu'il est actuellement ? C'est dans cet esprit que la loi « *Hôpital, patients, santé, territoires* » (HPST) du 21 juillet 2009 « *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* » fut pensée. Présentée comme un « *projet d'organisation sanitaire* » et non pas comme un « *projet de financement* », cette loi vise à mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Dans cette perspective, cette loi a placé les démarches coopératives inter-organisationnelles au cœur de son dispositif dont émane la Communauté Hospitalières de Territoire (CHT) en tant qu'outil dédié aux coopérations public/public. Selon les termes de la loi HPST, la CHT correspond à une forme de coopération de type conventionnel, c'est-à-dire que la CHT repose sur une convention conclue par les établissements publics de santé (Clément, 2012). Ainsi, même si son objectif consiste à réunir plusieurs établissements publics de santé, elle n'est pas dotée de la personnalité morale.

Par la mise en œuvre d'une stratégie médicale commune, par une mutualisation de certaines fonctions ou activités ou par le transfert de compétences, la CHT a pour finalité la recherche de la meilleure utilisation des ressources à disposition des établissements publics de santé et la complémentarité entre les acteurs. Autrement dit, la CHT, véritable innovation de la loi HPST, a pour but de renforcer le service public de santé et la qualité de prise en charge du patient en favorisant les coopérations entre établissements publics autonomes appartenant à une même zone géographique. Elle s'inscrit en cela dans un long processus de territorialisation des politiques de santé publique, piloté et coordonné dorénavant par les ARS (Agences Régionales de Santé) en charge d'organiser, avec l'ensemble des acteurs concernés, l'offre régionale de soins. Elle s'appuie également sur les enseignements tirés des limites des outils de coopération plus anciens reposant, par exemple, sur diverses conventions de partenariats, les systèmes d'information hospitaliers (SIH) ou de nombreux GIP.

Dans ce contexte, cette communication présente les premiers résultats d'une étude effectuée sur les caractéristiques organisationnelles de la CHT afin de mieux comprendre son fonctionnement et comment sa nature réticulaire est susceptible de renforcer l'efficacité et l'efficacéité de l'offre publique de soins en France, autrement dit de rationaliser davantage les moyens utilisés tout en améliorant la qualité des soins, augmenter la rentabilité financière de ses membres et accroître sa propre compétitivité en termes de parts de marché. Dans un

premier temps, une réflexion sur l'origine et la place de la CHT en tant que nouvel acteur de la santé publique est proposée. Tout en s'appuyant sur la littérature existante sur les réseaux d'entreprises et à l'aide d'une grille d'analyse des structures en réseau éprouvée en Sciences de Gestion, quatre propositions théoriques sont formulées en vue de les confronter au terrain retenu, à savoir la CHT du Pays Provençal (CHT-PP). Dans un deuxième temps, en reprenant tour à tour les quatre propositions théoriques, les premiers résultats obtenus sont exposés. Ils aboutissent notamment à la formulation d'un ensemble de questionnements qui constituent les fondements d'un programme de recherche. Enfin, dans un troisième temps, notre réflexion se conclut par une discussion sur la CHT admise comme un vecteur de compétitivité de l'offre publique de soins.

1. La CHT : un nouvel acteur de la santé publique à observer

Les conditions d'émergence de la CHT, ses enjeux et sa structure réticulaire sont ici présentées, ainsi que la démarche de recherche retenue qui s'appuie sur une grille d'observation des structures en réseau et sur l'analyse de la CHT-PP en tant qu'étude de cas.

1.1. La CHT, émergence d'un nouvel acteur

La CHT est l'aboutissement d'une lente évolution caractérisée par l'intensification progressive des coopérations entre les établissements hospitaliers appartenant à un même territoire. Elle est le résultat combiné d'un mode de financement qui pénalise l'isolement et les petites structures, d'innovations technologiques qui facilitent les échanges entre établissements et leur mise en réseau et, enfin, d'une démographie médicale de plus en plus contraignante pour les établissements.

1.1.1. Du secteur au territoire

L'émergence du territoire comme concept opérationnel de santé publique a été freiné par la centralité de l'hôpital public, généralement associé à une ville, et baigné dans une tradition d'autarcie hospitalière peu propice aux coopérations et à l'émergence de stratégies territoriales. La territorialisation de la politique de santé publique démarre néanmoins en 1970 avec la planification sanitaire et l'identification de 256 secteurs. Fondée essentiellement sur une analyse quantitative des besoins et un principe d'égalité, elle vise le contrôle de l'offre de soins par délivrance d'autorisations. Cette approche, un peu technocratique et pilotée depuis le Ministère de la Santé, va évoluer progressivement avec la régionalisation de l'action publique et le développement de coopérations de proximité par la création des GIP

(Groupements d'Intérêt Public), des ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation) et des GCS (Groupements de Coopération Sanitaire). En 1994, le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) de première génération devient l'outil principal de régulation dans un sens moins rigide et plus adapté aux contextes locaux (Coldefy et Lucas-Gabrielli, 2012).

La notion de territoire de santé n'apparaît officiellement qu'en 2003 avec la suppression de la carte sanitaire. Il devient, avec les SROS de deuxième et troisième génération, l'espace d'organisation des soins. Le SROS décrit précisément le maillage territorial, définit des objectifs quantitatifs et incite les établissements, au travers des CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens), à la poursuite des objectifs de service public en termes d'accessibilité, d'efficacité et de qualité des soins (Amat-Roze, 2011). La loi HPST de 2009 transforme les ARH en ARS et crée les CHT (Communautés Hospitalières de Territoires), considérées comme des regroupements volontaires des hôpitaux publics d'un même territoire. Plus récemment encore, par le projet de loi de Santé présenté en Conseil des ministres le 15 octobre 2014, le gouvernement souhaite transformer les CHT en GHT (Groupement Hospitalier de Territoire selon l'article 27 dudit projet) avec un cadre plus contraignant et une coopération plus riche pour les établissements membres. Cette territorialisation, dont les CHT ne sont qu'un acteur, vise une prise en charge continue des patients pendant leur parcours de soins et nécessite l'intervention et la coordination d'un grand nombre d'acteurs (hôpitaux, médecins libéraux, cliniques, établissements médico-sociaux, etc.). C'est l'objet du SPTS (Service Public Territorial de Santé) tel qu'il est réaffirmé dans la stratégie nationale de santé du Gouvernement.

1.1.2. Pourquoi des CHT ?

Les CHT constituent une des réponses aux exigences contradictoires des objectifs de santé publique. Beaucoup d'éléments favorisent le maintien d'un nombre très important d'établissements sur le territoire français, nombre d'établissements par habitant bien supérieur à celui d'autres pays comparables (Le Menn et Milon, 2012). Parmi ces éléments, on retiendra les objectifs de permanence et d'accessibilité des soins ; les demandes de proximité des patients ; la nécessité de prise en charge rapide des premières urgences ; la volonté des élus locaux de maintenir l'activité de structures qui sont d'importants employeurs locaux et qui participent au rayonnement de leur ville ; le statut des établissements et des personnels qui permet d'écarter les scénarios de faillite. Entre la disparition et le *statu quo*, il existe en fait, comme le souligne régulièrement Vigneron (2000 et 2003), un rôle pour tous les acteurs, une maille idéale avec plusieurs niveaux de prise en charge selon la nature des problèmes posés.

À côté de cela, un ensemble de facteurs fragilise de nombreux petits établissements publics qui ne peuvent plus assumer tout seuls les multiples contraintes auxquelles ils doivent faire face telles que les réglementations sur les seuils d'activité, les coûts croissants de certaines technologiques, la démographie médicale qui les empêche d'effectuer certains recrutements stratégiques et des évolutions de population défavorables au développement de l'activité. La mise en place de la T2A, outil darwinien de sélection, a plongé de nombreux établissements dans des déficits insurmontables et nécessite des plans de retour à l'équilibre et des restructurations de leur offre de soins.

L'apparente contradiction entre la non viabilité, dans l'état actuel des règles financières et administratives, d'un bon nombre de structures, et l'impossibilité de fermeture ou de fusion, est à l'origine de l'innovation juridique créant les CHT. Celles-ci constituent l'outil principal des hôpitaux publics pour conserver leur compétitivité face au secteur privé, remplir l'ensemble des missions de service public et organiser leur nécessaire restructuration sur un mode participatif et consensuel. Le projet de loi de Santé, évoquée précédemment, propose de transformer les CHT en GHT pour les renforcer principalement par : un projet médical unique et non plus commun, une adhésion obligatoire et le passage du statut de signataire à celui de membre, une ouverture possible sur le secteur privé et médico-social, le renforcement de la mutualisation des fonctions supports et du rôle de l'établissement de référence. Malgré cela, l'autonomie des établissements reste préservée et il n'est pas prévu de donner la personnalité morale à la GHT, ce qui lui aurait notamment permis des embauches directes de personnels.

1.1.3. La CHT, un réseau dans des réseaux

La CHT est un sous-ensemble d'un réseau plus large identifié par la notion de SPTS dans lequel, à côté des hôpitaux publics, se retrouvent les médecins libéraux, les autres structures sanitaires, les structures sociales et médico-sociales. À ce titre, les CHT sont loin de répondre à la totalité de la demande de soins sur leur zone d'attractivité. C'est donc, par nature, un réseau ouvert avec des trajectoires de soins entièrement ou partiellement intégrées dans la CHT pour lesquelles le passage dans la CHT est souvent une étape dans le cycle de soins d'un patient. Par ailleurs, la CHT est elle-même un regroupement de réseaux : elle se déploie dans un environnement peuplé de corps sociaux forts aux multiples appartenances qui se réfèrent à des logiques de pensée différentes (Leloup *et al.*, 2005), qui partagent des valeurs propres parfois exclusives et qui défendent des intérêts parfois difficilement compatibles. Ces corps sociaux sont au nombre de quatre et fonctionnent également en réseau plus ou moins institués selon leur propre logique (Leloup *et al.*, 2005) :

- les logiques professionnelles, constituées par les médecins, les soignants et les directeurs dont le soin est la valeur centrale affichée ;
- les logiques technocratiques constituées des fonctionnaires des ARS, du Ministère de la Santé et des préfetures dont la valeur centrale est le contrôle ;
- les logiques marchandes constituées des groupes de santé et des agents commerciaux dont la valeur centrale est la rentabilité financière ;
- et les logiques représentatives des élus locaux et syndicalistes dont la valeur centrale est un mélange de bien public et de soutien électoral.

La CHT est donc un assemblage de réseaux organisé autour des missions de santé publique qui nécessite une gouvernance territoriale ou locale. Reprenant les travaux de Gilly et Wallet (2001), Mendez et Mercier (2006) précisent que cette gouvernance « *désigne un processus de confrontation et d'ajustement tout à la fois de systèmes de représentations et d'actions de groupes d'acteurs proches géographiquement mais pouvant être issus de champs organisationnels et institutionnels différents en vue de la réalisation d'un projet local de développement* ». Toute la difficulté étant d'activer ces réseaux pour la réalisation de projets, en mettant en évidence qu'ils sont en adéquation avec les valeurs centrales et en évitant de mettre en péril des intérêts immédiatement supérieurs à ceux de la CHT. Doigté, évaluation correcte des rapports de forces, estimation des points de blocages prévisibles, connaissance précise des limites et des capacités de négociation des membres sont indispensables aux acteurs de la CHT pour lui permettre d'atteindre ses objectifs.

1.2. Démarche de recherche

À l'instar des structures en réseau très étudiées depuis les années 1980, l'analyse des CHT suppose de faire appel à des approches en termes de gestion de projet (projet médical commun inter-établissements), de mutualisation et de prise en charge partagée d'activités et de ressources, de pilotage transversal de fonctions (achats, systèmes d'information, ressources humaines, formations, gestion des flux de patients, logistique, etc.) et, plus largement, de management des (et par les) processus intra et inter-organisationnels. Plusieurs établissements sont en effet mobilisées dans le but d'organiser et de coordonner leurs actifs, leurs ressources et leurs compétences nécessaires à la réalisation de leur projet médical commun. Comment alors appréhender, sous un angle organisationnel, la mise en place de ce vaste projet ?

1.2.1. Cadre théorique et grille d'observation HPAC

Étudiées sous l'angle du management stratégique, les structures en réseau sont considérées comme vecteur de compétitivité, c'est-à-dire comme une réponse

organisationnelle à la recherche de facteurs d'efficacité et d'efficacités (Snow *et al.*, 1992 ; Voisin *et al.*, 2004 ; Paché et Paraponaris, 2006 ; Suire et Vicente, 2008 ; Assens, 2013). Selon Fulconis (2004), c'est dans cette perspective que, sur le plan théorique, les concepts de structures en réseau et de compétitivité peuvent être mis en relation pour procéder à l'élaboration du concept de « *structures en réseau vecteur de compétitivité* ». Comme pour toute construction de modèle d'analyse en sciences sociales (Van Campenhout et Quivy, 2011), cette élaboration s'effectue en trois temps : la détermination des quatre dimensions principales, puis celle des composantes fondamentales qui leur sont associées (Hétérogénéité – Partenariat – Autonomie – Cohésion) et, enfin, la traduction de ces composantes en indicateurs comme l'indique la grille d'observation HPAC (cf. Annexe 1). Pour étudier un cas particulier de CHT, nous utiliserons ces quatre composantes telles que définies ci-après :

- l'**hétérogénéité** renvoie à deux archétypes. Le premier correspond à l'hétérogénéité même d'une structure en réseau dans son ensemble, c'est-à-dire aux formes très variées qu'elle peut acquérir en fonction de la structuration de ses membres. On parle notamment de réseaux centrés ou non-centrés, bureaucratiques ou organiques (Butera, 1991 ; Fréry, 1998 ; Mariotti, 2005 ; Assens, 2013). Le second archétype repose sur la diversité des entreprises qui composent les structures en réseau. Elle peut s'exprimer par exemple en termes de métier, d'activité, d'organisation interne, de structure, de taille, de pratiques managériales, de leadership, de systèmes d'information ;
- le **partenariat** désigne une démarche destinée à coordonner les actions d'organisations juridiquement autonomes. Déjà dans les années 1980, Johnston et Lawrence (1988) qualifiaient les structures en réseau de « *partenariat à valeur ajoutée* », c'est-à-dire « *un ensemble d'entreprises indépendantes qui travaillent en étroite relation afin de gérer les flux de biens et de services le long d'une chaîne de valeur* ». Cette notion recouvre l'ensemble des liens de coopération, qu'ils soient formels ou informels, susceptibles d'être noués entre deux ou plusieurs entreprises ;
- l'**autonomie** des entreprises partenaires est triple. Elle est à la fois juridique (condition *sine qua non* de l'existence des structures en réseau constituées d'entreprises juridiquement autonomes), financière (il n'existe pas de liens financiers entre ces entreprises) et de décision (elle correspond à l'étendue de la décision locale de chacune des entreprises et à leur capacité à décider de leur gestion, de leur organisation interne et de l'utilisation de leurs ressources) (Voisin *et al.*, 2004) ;
- la **cohésion** correspond à la force qui permet aux entreprises constitutives de structures en réseau de rester unies autour d'un projet commun. Elle repose sur le respect d'un principe

– volonté commune pour demeurer et évoluer ensemble – s'appuyant sur un système de valeurs partagées dont la préoccupation principale est la recherche de mutualité (Thuderoz *et al.*, 1999 ; Assens, 2013).

Ces composantes sont décrites au moyen d'indicateurs¹ exprimant, en termes directement observables, le concept de « *structures en réseau vecteur de compétitivité* ». La représentation de ce concept correspond au point de départ de la réalisation du guide d'entretien. Lors de l'étude empirique, il a servi d'outil d'exploration visant à recueillir et à produire des données d'observation par la confrontation au terrain de quatre propositions théoriques (PT)². Chacune de ces propositions, générées à partir de la littérature, correspond à une composante explicitée précédemment :

- **PT 1 : par son hétérogénéité, la CHT est susceptible de contribuer à une meilleure maîtrise de la chaîne de valeur ajoutée ;**
- **PT 2 : par le partenariat, la CHT est susceptible de faciliter la coordination des activités le long de la chaîne de valeur ajoutée ;**
- **PT 3 : par l'autonomie, la CHT est susceptible de conjuguer indépendance et interdépendance de chacun de ses membres ;**
- **PT 4 : par la cohésion, la CHT est susceptible de maintenir uni, tout au long d'un processus de production de soins, chacun de ses membres.**

Cette étape de conceptualisation et de formulation de propositions théoriques a permis de définir quels éléments prendre en considération pour décrire et étudier le fonctionnement d'une CHT particulière (la CHT-PP), et ce, dans le but de mieux comprendre comment son organisation réticulaire pouvait être, non seulement un vecteur de rationalisation des moyens utilisés alliés à une hausse de la qualité des soins, mais aussi un vecteur de plus forte rentabilité financière de ses membres et de progression de ses propres parts de marché.

D'un point de vue théorique, notre approche se place résolument dans le domaine du management stratégique des relations inter-organisationnelles, plus spécialement dans la lignée des travaux initiés dans les années 1980 par des auteurs tels que Miles et Snow (1986) ou Thorelli (1986). Si, depuis, la littérature sur les réseaux d'entreprises est abondante, allant d'organisations assez stables dans le temps (Fréry, 1998) à des organisations « *virtuelles* » (Aubert *et al.*, 1999), ou encore « *temporelles* » avec une durée de vie très courte (Turner et Müller, 2003), voire « *éphémères* » (Salaun, 2014), nous avons retenu, pour la réflexion

¹ Les termes « attribut » ou « caractéristique » peuvent également être ici utilisés de façon équivalente (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p. 123).

² Van Campenhoudt et Quivy (2011, p. 111) rappellent que ces propositions « *constituent en quelques sortes des réponses provisoires et relativement sommaires qui guideront le travail de recueil et d'analyse des données* ».

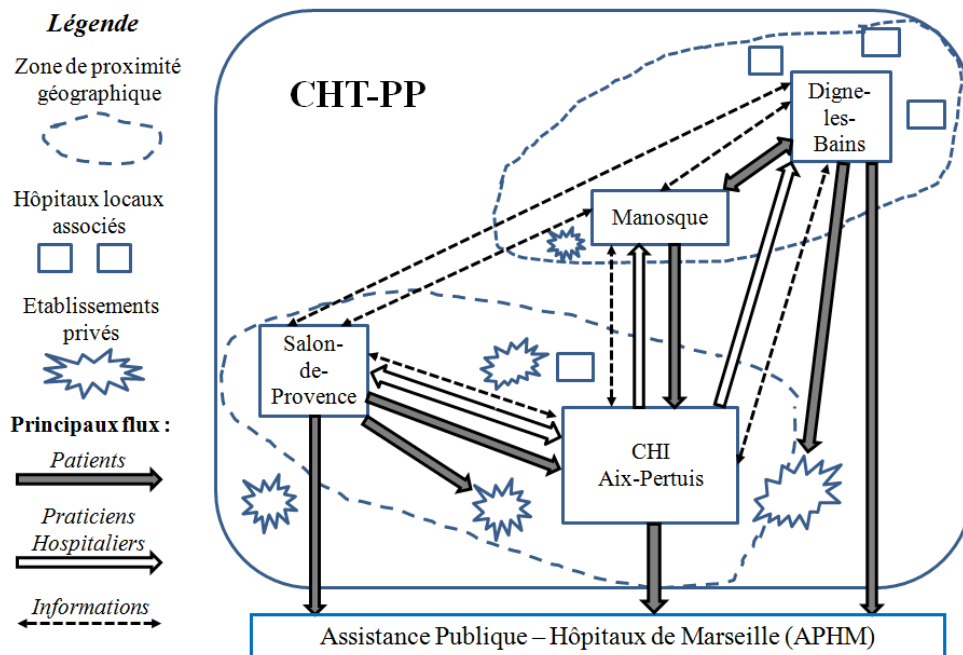
menée, une acception large des structures en réseau proche de celle de la notion de « *cluster* » au sens de Porter (2000), bien que l'innovation ne soit pas ici le but central de la CHT qui relève d'ailleurs plutôt du principe de proximité que de celui de concentration. Très récemment, Dussuc et Geindre (2015) reprennent la notion de « *cluster* ». Ils insistent sur la présence d'une pluralité d'entreprises associées dans un champ particulier, géographiquement proches, et qui tirent avantage de la présence les unes des autres, lesquelles renvoyant, selon ces deux auteurs, à trois figures connues de l'organisation productive : les districts industriels, les systèmes productifs locaux et les pôles de compétitivité.

Notons également que, dans le cas qui nous intéresse, les relations inter-organisationnelles qui caractérisent les CHT peuvent aussi être appréhendées à l'aide de travaux menés en logistique et *Supply Chain Management* (SCM), tels que ceux de Fabbe-Costes et Jahre (2008) qui proposent un modèle d'intégration des chaînes logistiques reposant sur différents niveaux, ceux de Fiore et Sampieri-Teissier (2010) qui s'interrogent que le pilotage des flux de patients à l'hôpital ou, plus récemment, ceux de Angelé-Halgand et Garrot (2015) qui s'intéressent, notamment sous l'angle du SCM, aux questions d'intermédiation et de coordination dans le secteur de la santé en France.

1.2.2. Le cas de la CHT-PP : présentation et cadre méthodologique

Compte tenu de l'objet de notre investigation, une recherche de nature qualitative a été privilégiée. L'étude de cas a été choisie en tant que dispositif type de recherche (Yin, 2009). Elle apparaît comme la stratégie la plus appropriée pour mieux comprendre comment la CHT-PP fut mise en place et fonctionne depuis le mois de janvier 2012. À ce jour, elle regroupe quatre établissements (Schéma 1) : le centre hospitalier de Digne-les-Bains et celui de Manosque (Alpes-de-Haute-Provence), le centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis (Bouches-du-Rhône et Vaucluse) et le centre hospitalier de Salon-de-Provence (Bouches-du-Rhône).

Schéma 1. Représentation de la CHT-PP



La démarche retenue pour recueillir les données s'appuie principalement sur l'observation de cette CHT depuis sa création. Cette phase d'observation repose sur l'exploitation de sources primaires et secondaires. Les sources primaires ont été recueillies depuis 2012 dans le cadre d'une Convention de recherche liant le Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP) et le laboratoire de recherche en Droit, Économie et Gestion de l'université des auteurs. Une vingtaine d'entretiens en face-à-face a été menée avec les équipes de direction des quatre établissements concernés, les principaux chefs de pôles d'activité clinique et des membres de l'Agence Régionale de Santé PACA. Parallèlement, un suivi d'équipes de direction a entraîné les auteurs à participer aux réunions des différentes instances : directoire, conseil de surveillance, commissions médicales des établissements, comités techniques des établissements (CTE) et réunions de la CHT. Les entretiens et ce suivi ont permis de recueillir des données sur l'origine de cette CHT, sa mise en œuvre, ses logiques de coordination, les difficultés rencontrées, les réorganisations opérées et ses principales décisions et réalisations. La construction du guide d'entretien repose principalement sur la grille d'observation HPAC (cf. Annexe 1).

Les sources secondaires ont été utilisées comme des données confirmatoires ou infirmatives, elles sont aussi venues compléter des aspects souvent trop récents pour être approfondis dans les entretiens. Ces sources sont principalement constituées par la législation et les décrets d'application, les rapports IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) et les programmes cadres ministériels (programmes nationaux et stratégie nationale de santé),

les schémas régionaux (SROS), les *Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)*, les projets d'établissement, les relevés de décisions des instances hospitalières. Dans un souci de triangulation des données, en plus de ces documents, des informations disponibles dans la presse économique et dans la littérature ont également été étudiées.

L'analyse qualitative des données empiriques a été réalisée à partir d'analyses du contenu des entretiens et des documents évoqués selon les méthodes en vigueur (Gavard-Perret *et al.*, 2012 ; Dumez, 2013 ; Thiétart *et al.*, 2014). Elles ont eu lieu pendant (fiches de synthèse d'entretiens et de documents) et après la période de recueil des données.

2. La CHT, une structure en réseau : premiers résultats à partir de la grille d'observation HPAC

Depuis leur création par la loi HPST du 21 juillet 2009, les CHT ont fait l'objet d'une attention constante de la part du Ministère de la Santé, mais aussi de la part de nombreux acteurs locaux sur un territoire donné (établissements de santé, collectivités territoriales, etc.). Il n'en demeure pas moins que la question de leur mise en œuvre, de leur fonctionnement et de leur performance reste entière, à tel point que la nouvelle loi de Santé, proposant la création de GHT qui se poseraient « en héritiers » des CHT, prévoit de doter les hôpitaux d'une nouvelle responsabilité vis-à-vis de leurs territoires respectifs. En privilégiant une approche en réseau des CHT, nous avons alors confronté au terrain (auprès de la CHT-PP) les quatre propositions théoriques énoncées précédemment. Les résultats les plus significatifs sont ici présentés en fonction des principales composantes des structures en réseau identifiées, c'est-à-dire l'hétérogénéité, le partenariat, l'autonomie et la cohésion.

2.1. L'Hétérogénéité de la CHT-PP

L'hétérogénéité au sein d'une CHT se mesure par la taille, l'activité globale, l'ampleur et la diversité de l'offre de soins, le nombre d'établissements satellites dépendants, la situation financière, l'environnement économique et le bassin de population. En fonction d'indicateurs, le tableau 1 met en évidence l'hétérogénéité des quatre établissements composant la CHT-PP.

Tableau 1. La CHT-PP : un ensemble d'établissements hétérogènes

<i>Indicateurs</i>	<i>Établissements</i>			
	Aix-Pertuis	Salon-de-Provence	Manosque	Digne-les-Bains
Nombre RSA MCO	29 762	14 384	10 592	7 105
<i>Médecine</i>	19 615	9 923	7 254	4 631
<i>Chirurgie</i>	6 899	2 674	2 247	1 753
<i>Obstétrique</i>	3 248	1 787	1 091	721
Recettes totales en K €	191 165	76 173	56 829	73 963
Nombre GHS recours	3,4 %	0,7 %	0,7 %	1,3 %
Nombre d'anesthésistes	24	10	8	2,5
Part de marché sur zone d'attractivité en Médecine / Chirurgie	34 % / 24 %	45 % / 28 %	42 % / 28 %	53 % / 26 %
Population municipale	144 000	43 000	22 000	17 000
Dette / Recettes (millions €)	63 / 196	21 / 76	73 / 56	44 / 73
Taux de Capacité d'autofinancement (Brut / Net)	5,1 / 40	4,9 / 59	7 / 25,2	5,8 / -108

Sources : Données Hospidiag 2013 (URL : <http://hospidiag.atih.sante.fr> consultée le 16/01/2015)³.

L'hôpital d'Aix-Pertuis représente 48 % de l'activité (mesurée en nombre de RSA) et emploie plus de 50 % des anesthésistes. En termes d'activités MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), viennent ensuite, par ordre d'importance, Salon-de-Provence, Manosque et Digne-les-Bains. La véritable différence se situe au niveau de certaines activités, l'hôpital d'Aix-Pertuis étant le seul à posséder une part significative, bien que faible, de GHS recours. Les performances économiques sont également différentes, les taux de capacité d'autofinancement nette étant très faibles pour Manosque et négatifs pour Digne-les-Bains avec un taux d'endettement très élevé. Certains des quatre établissements sont situés sur un seul et même lieu (Manosque et Salon-de-Provence) alors que d'autres fonctionnent plutôt en archipel (Digne-les-Bains) avec un secteur psychiatrique intégré et des hôpitaux locaux associés, ce qui provoque un mode de financement laissant une part importante aux dotations forfaitaires.

Il est à noter que les parts de marché sur la zone d'attractivité sont assez proches aussi bien en médecine qu'en chirurgie, même si l'on constate qu'Aix-Pertuis obtient les moins bons résultats du fait d'une concurrence plus forte (cliniques privées, centres hospitaliers marseillais). Les difficultés en termes de progression d'activité (dans une logique de financement qui l'impose), et la vulnérabilité qui en découle, sont donc essentiellement dues à la taille des aires urbaines desservies par les hôpitaux, plutôt qu'aux fuites qui seraient plus importantes dans les petites structures que dans les grandes. Les effets de seuil et les retraits

³ Hospi Diag est un outil d'aide à la décision, géré par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Il permet de mesurer la performance d'un établissement de santé qui pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique, en comparaison avec d'autres établissements. Avec cet outil, les forces et les faiblesses d'un établissement sont identifiées, tout comme ses gisements de performance dans cinq domaines : qualité des soins, pratiques professionnelles, organisation des soins, ressources humaines et finances. Les indicateurs d'Hospi Diag sont calculés par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) à partir des données sources.

d'autorisation expliquent également les difficultés rencontrées en matière de chirurgie et de cancérologie pour les établissements situés dans des zones faiblement peuplées. Les difficultés de recrutement de praticiens spécialisés dans certaines spécialités (anesthésie, neurologie, pédiatrie, etc.) constituent également un handicap supplémentaire pour les trois établissements satellites.

La CHT-PP constitue donc un réseau asymétrique centré (Butera, 1991) autour d'un hôpital de référence le CHIAP et de trois hôpitaux de plus petite taille. Cette notion d'hôpital de référence, dont le contenu et la légitimité ne sont pas reconnus par le législateur dans le cadre de CHT (mais le deviennent dans le projet de GHT, Loi 2015, par la notion « *d'établissement support* »), signifie seulement qu'un des établissements est choisi dans la convention constitutive pour être le siège des organes politiques de la CHT. Cela ne lui accorde explicitement aucun pouvoir particulier. Il en reste néanmoins vrai que l'hôpital d'Aix-Pertuis est la structure dominante de la CHT, l'hôpital de référence de fait.

Comme il est souvent souligné dans la littérature (Ehlinger *et al.*, 2007), la présence d'une firme dominante est plutôt un atout. Cette « *hub firm* », « *firme pivot* » ou encore « *broker* » (Jarillo, 1988), peut jouer le rôle de centre stratégique. Pour Fréry (1998), ce rôle repose sur « *les trois C formés par le triptyque Conception, Coordination et Contrôle* » auxquels Pellegrin-Romeggio (2011) ajoute un quatrième C correspondant à une compétence de « *Combinaison* ». Siège de la CHT et hôpital de référence, le CHIAP apparaît comme la « *hub firm* » avec une responsabilité primordiale en termes de stratégie et de coordination du réseau. Il doit le faire en exerçant une sorte de « *soft power* » (North, 1990) fondé sur des compétences professionnelles et non hiérarchiques. On attend notamment de la firme pivot un rôle moteur dans la définition des termes de la « *convention de gouvernance* » dans ces dimensions de « *sens* », de « *partage* » et de « *transparence* » (Carles, 2006). L'autre atout d'un groupe asymétrique réside dans la possibilité, en faisant appel à la théorie des biens collectifs (Kindleberger, 1986), que l'« *hégémon* » (ici la « *hub firm* ») puisse prendre à sa charge le coût de production d'un ensemble de biens collectifs. Production qui serait insuffisante voire impossible dans une structure constituée d'un grand nombre d'acteurs identiques en raison du principe de « *la tragédie des communs* » et du comportement classique de passer clandestin des acteurs d'un réseau homogène non hiérarchisé.

Assez forte en matière de taille et d'activité, cette hétérogénéité est néanmoins triplement limitée : dans son ampleur, dans sa profondeur, dans son fonctionnement. Elle est limitée dans son ampleur aux deux extrémités de la chaîne de soins classés selon la gravité. La CHT-PP n'offre pas tous les soins disponibles, ni sur les cas extrêmes de sévérité ou de

spécialisation très pointue comme les transplantations ou la neurochirurgie, ni sur les prises en charge de très longue durée dans des établissements pour personnes âgées. Elle est également limitée dans sa profondeur par l'existence d'offres concurrents, que ce soit la médecine de ville ou des établissements privés pratiquant des actes techniques réalisés également dans les établissements de la CHT. Les parts de marché indiquent que globalement la CHT assure moins de la moitié des activités MCO de sa zone d'attractivité. Une « intégration verticale fermée » et une prise en charge complète pour tous les patients n'est ni souhaitable ni possible. La logique pousse plutôt vers une intégration verticale ouverte avec des passages entre les établissements de la CHT mais également avec l'extérieur. Elle est limitée enfin dans son fonctionnement. Les modes de fonctionnement et les différentes instances (Conseil de surveillance, directoire, CME, CTE, etc.) sont similaires puisque fortement encadrés par la loi. Les types de financement également, avec un système de paiement prospectif non différencié (la T2A) et des forfaits MIGAC aux cahiers des charges identiques. Nous sommes également en présence des mêmes corporations professionnelles (soignants, médecins, corps de direction) dont les carrières et les statuts sont gérés nationalement. Cet encadrement réglementaire financier et professionnel commun, limite l'hétérogénéité et limite en même temps l'émergence de nécessaires adaptations différenciées à des environnements particuliers.

Cette hétérogénéité devrait constituer une source de compétitivité reposant sur la complémentarité des structures et devrait participer favorablement à la maîtrise de la chaîne de valeur pour un même patient. Dès lors, trois questionnements apparaissent.

1. L'hétérogénéité, qui donne naissance à des avantages comparatifs, devrait permettre un gain de productivité lié à l'apparition de spécialisations et à l'abandon d'activités de la part de certains membres du réseau. La difficulté est alors d'organiser cette mutation dans l'offre de soins. S'effectue-t-elle dans une logique de concertation, d'analyse économique ou dans une logique d'impartition du fait de la tutelle ou de l'acteur pivot ?
2. Sur la base de cette hétérogénéité, il s'agit également de mettre en place un système de gradation des structures et de gradation des soins répondant à une double exigence de qualité et de proximité. Dès lors, comment permettre à chacun de jouer son rôle sans tout concentrer au même endroit et pour éviter des encombrements et éviter des déplacements coûteux et inutiles ?
3. Cette hétérogénéité semble nécessaire pour permettre une prise en charge continue des patients pendant leur cycle de soins avec des allers-retours intra-CHT mais aussi des sorties vers des établissements privés, vers les structures du médico-social ou des CHU. La CHT peut donc fonctionner comme un réseau ouvert. Toute la question étant alors celle

des « adresseurs » de patients (médecins de ville, praticiens hospitaliers, médecins coordonnateurs), des organisateurs du parcours du patient, mais également de l'adaptation des modes de financements à propos desquels Angelé-Halgand et Garrot (2014) proposent une réforme fondée sur une tarification au cycle de soins (TCS) ?

2.2. Le partenariat au sein de la CHT-PP

Au sein de la CHT le partenariat peut prendre une multitude de formes différentes. Une étude de l'ANAP (2011) met en évidence l'existence de 17 instruments juridiques de coopération à disposition des CHT pour la réalisation de leur projet opérationnel. On peut distinguer les modes organiques, qui passent par la création de structures à personnalité morale comme les GCS, et les modes fonctionnels qui reposent sur la mise en œuvre de projets communs, la prise de décision concertée, l'échange d'informations et le partage d'outils, notamment dans le domaine de la logistique hospitalière (Benoit, 2015 ; Sampieri-Teissier et Rollin, 2015).

Les objectifs du partenariat peuvent être regroupés en trois grands domaines selon qu'ils visent : une augmentation de l'efficacité et un renforcement de la compétitivité coûts des membres ; une meilleure organisation des filières de soins et de la prise en charge globale du parcours des patients ; et un accompagnement des membres les plus vulnérables incapables d'assurer seuls la continuité et la qualité du service public. Pour reprendre la classification de l'ANAP (2011), il s'agit des coopérations « efficacité », « filière » et « isolement ».

Les coopérations « efficacité » sont devenues indispensables du fait de la mise en place de la T2A et du développement de la concurrence des groupes privés qui a fortement accru les exigences de compétitivité-coûts des hôpitaux publics. Ces derniers doivent dorénavant adopter des démarches stratégiques concernant leur offre de soins (Pépin et Moisdon, 2010) et leur organisation productive, la baisse des coûts des groupes homogènes de séjour (GHS) et la croissance des volumes devenant une exigence incontournable pour l'atteinte de l'équilibre financier. L'essentiel du travail doit s'effectuer au niveau de chaque établissement, et passe notamment par une réduction des durées moyennes de séjour (DMS), une meilleure organisation des blocs, une maîtrise de l'absentéisme et de la chaîne de facturation. Cependant, à côté de ce travail propre, un ensemble d'outils est à la disposition des CHT pour diminuer le coût des fonctions supports et le poids des contraintes réglementaires en matière de garde et d'astreinte. Il s'agit en fait d'aller progressivement vers une territorialisation de l'ensemble des fonctions supports, mais aussi des activités médico-économiques. La CHT-PP a mis en place un partenariat fondé sur des conventions de

recrutement des personnels partagés : un ingénieur-médical, un ingénieur-phare pour les achats et une radio-physicienne sur les quatre sites, un plateau juridique commun. Ces éléments viennent renforcer les actions plus anciennes et traditionnelles effectuées par le GCS du pays d'Aix (GCSPA) dans le domaine de l'hôtellerie et de la formation. En matière d'imagerie, l'objectif est de travailler sur les astreintes pour remettre en place une garde de territoire. En biologie et en finance, des audits sont conduits au niveau de la CHT-PP pour les certifications.

Les coopérations « filières » visent à décliner les objectifs du SROS au niveau d'un territoire. Il s'agit ici non pas de répartition de filières entre structures mais de la mise à contribution de plusieurs structures sur une même filière. L'action sur les deux bornes externes du cœur de métier (accueil et sortie) devient essentielle : première prise en charge des malades, contribution à l'orientation et au diagnostic, organisation des recours, organisation des retours et des soins de suite. Elles passent aussi par le travail en commun des équipes médicales et soignantes et sont normalement bien identifiées dans le projet médical de la CHT. Dans le cas de la CHT-PP, il est prévu de mettre en place des équipes mobiles de territoire en gériatrie et de déployer les pôles d'activités issus de l'hôpital d'Aix-Pertuis sur l'ensemble du territoire. Les principales filières concernées sont la filière neurologie et la filière cardio-vasculaire. Des spécialisations sont déjà en œuvre dans le domaine de la gastroentérologie avec un partage des tâches entre deux membres de la CHT-PP, la chirurgie étant effectuée à Manosque et la chimiothérapie à Digne-les-Bains.

Les coopérations « isolement » tiennent compte du fait qu'il y a dans les CHT, comme dans la CHT-PP, des établissements plus fragiles que les autres pour lesquels le partenariat va consister à trouver les moyens de réduire les vulnérabilités, d'appuyer une activité naissante ou de soutenir une activité en difficultés. En effet, des établissements comme celui de Digne-les-Bains, situés dans des zones faiblement peuplées, n'ont pas d'activité suffisante pour équilibrer leur compte, obtenir les autorisations d'ouverture, recruter des ressources rares, maintenir une palette large d'activités. Ils sont vulnérables et fragiles et l'un des objectifs est de lutter contre l'isolement des praticiens et des équipes. La participation à la CHT peut diminuer les effets de cette sous activité par l'externalisation de certaines activités médicales. Pour la CHT-PP, c'est par exemple le cas pour les analyses biologiques et la radiologie, voire l'organisation de consultations avancées pour des spécialités non existantes sur place (pédiatrie, neurologie). C'est dans le domaine de la permanence des soins, de la prise en charge des urgences et du complexe anesthésie- réanimation que les établissements périphériques ont le plus de difficultés et devraient profiter d'une gestion commune des

gardes et des astreintes. Un pool d'anesthésistes est en train de se mettre en place au niveau de la CHT-PP pour venir en appui des équipes locales et pour éviter des recours coûteux à l'intérim. Les directions fonctionnelles du site de Digne-les-Bains sont soutenues, en matière de ressources humaines et de finance, par leurs Collègues du site d'Aix-Pertuis, notamment pour répondre aux demandes des tutelles, pour l'acquisition et l'utilisation de logiciels spécialisés et pour le recours commun à des expertises externes.

Le partenariat au sein des CHT apparaît ainsi comme un facilitateur pour coordonner les activités des établissements le long de la chaîne de valeur ajoutée. Dès lors, trois types de questionnements apparaissent.

1. Quelles sont les activités et fonctions supports (administration, systèmes d'information, formations, hôtellerie, etc.) de la CHT qui doivent être mutualisées et celles qui doivent être conservées dans chaque structure ? Quel serait leur volume optimal ? Comment gérer la présence de certains comportements opportunistes ou de passagers clandestins ?
2. Dans la mise en place de filières se pose la question du déploiement territorial de filières de soins et de l'émergence de pôles de territoire. Se pose aussi celle du rattachement contractuel des praticiens à un employeur ou à un groupement d'employeurs. Et se pose alors la question de l'adaptation ou pas des instruments juridiques au besoin de partenariat des CHT ? Par exemple, les CHT (ou bien les futurs GHT) ne devraient-ils pas être des personnes morales ?
3. La mise en place de partenariats va supposer une gestion commune de certaines recettes nécessaires à la production des biens collectifs et au financement des coûts de coordination. Il faudra trouver des modes de répartition de recettes dans un système où elles sont liées à l'activité (T2A) et affectées principalement aux établissements plutôt qu'aux projets ou aux communautés d'établissements.

2.3. L'autonomie au sein de la CHT-PP

Un réseau d'acteurs indépendants, comme l'est une CHT, ne doit pas être confondu avec une entreprise multinationale fonctionnant en réseau d'établissements coordonnés et hiérarchisés. Ce n'est pas non plus un réseau piloté par un centre, une structure holding qui organise la production d'un « produit système » par impartition et répartition d'activités entre des fournisseurs de premier, second et troisième rang. À la base du fonctionnement de la CHT-PP, comme pour toutes CHT, il y a l'égalité juridique des membres et une indépendance formelle pour toutes les fonctions traditionnelles d'une entreprise. L'article 2 de la convention constitutive de la CHT-PP du 17 Janvier 2012 précise que la stratégie commune s'effectue

« dans le respect de l'identité de chaque établissement ». En reprenant les concepts de Williamson (1981), ce n'est ni la hiérarchie, ni le marché qui est le principe moteur de la CHT mais l'influence, le partage, la réciprocité. Comme l'autonomie reste entière, la CHT est une organisation de production de soins sans hiérarchie.

Cette autonomie est bien réelle. Tous les établissements sont des personnes morales, ils emploient directement leur personnel et possèdent les mêmes organes délibératifs et décisionnaires. Ils disposent d'un budget propre, d'une dette propre. Les recettes leurs sont attribuées pour faire face à l'ensemble de leurs dépenses. Les établissements gèrent le dialogue social, définissent leur organisation et le découpage en pôles d'activité, construisent leur projet médical, décident des recrutements de l'ouverture ou de la fermeture de nouvelles activités. La capacité d'effectuer, en toute indépendance, les choix stratégiques reste entière. À titre d'exemple, un membre de la CHT-PP souhaite entretenir un partenariat privilégié avec le secteur privé présent dans sa ville, un autre souhaite maintenir des liens forts avec le CHU de proximité alors que, pour un troisième membre, le maire de la ville est également un praticien hospitalier de l'établissement. Ces situations provoquent des comportements stratégiques qui ne sont pas forcément contraires aux intérêts de la CHT-PP, mais ils attestent du fait qu'il s'agit d'un regroupement de membres autonomes défendant des intérêts propres. Cette autonomie est d'ailleurs beaucoup plus forte entre les membres d'une CHT qu'entre ces mêmes membres et leur tutelle. Les innombrables réglementations, autorisations, accréditations et les procédures de certification pèsent sur tous les membres du réseau et conditionnent une offre de soins largement contrainte.

Bien sûr, cette autonomie peut constituer un frein à la coopération, notamment à l'occasion des redistributions d'activités et lorsque les intérêts propres des membres ne semblent pas en adéquation avec les intérêts du territoire. Un système différent avec un hôpital de territoire disposant d'une administration unique et centralisée serait peut être plus performant, plus rapide pour réaliser les restructurations rendues nécessaires par les exigences financières et réglementaires. Nonobstant le fait qu'un tel dispositif de fusion suppose un accord des parties et une proximité géographique, comme cela fut le cas entre Aix et Pertuis et qui ne se fit pas pour autant sans difficultés (recours judiciaire, vote négatif des personnels etc.), le maintien d'un réseau de membres autonomes vise justement à assurer une coordination des décisions et, en même temps, une plus grande responsabilité des acteurs.

Il s'agit d'éviter notamment « l'erreur de détachement » (Mintzberg, 1994) qui entrave le bon fonctionnement d'une structure pilotée à distance et de dépasser les limites rapidement atteintes de l'intelligence pyramidale. Il s'agit de tenir compte des effets d'agglomérations qui

viennent rapidement grever les coûts, des effets de bureaucratisation qui viennent handicaper les capacités de réaction et d'adaptation des personnels dont il serait dangereux d'ignorer le sentiment d'appartenance. Il s'agit, enfin, de se servir de cette indépendance pour faire jouer pleinement le principe de subsidiarité entre des structures autonomes et qui veulent le rester.

Le pari de la CHT, c'est que l'autonomie sous influence peut constituer la meilleure solution, notamment par rapport aux alternatives que sont la fusion ou la gestion par un administrateur provisoire de type conseillers généraux des établissements de santé. Un des moyens utilisés pour susciter cette influence est, dans le cas de la CHT-PP, la mise en place d'une direction commune entre Aix-Pertuis et Digne-les-Bains. Cette configuration institutionnelle semble la meilleure façon de gérer la dialectique dépendance-interdépendance. Il est souligné qu'elle ne doit pas être vécue comme une mise sous tutelle d'un petit établissement fragile par un plus grand centre hospitalier, mais comme un moyen de maintenir les atouts de l'autonomie sans en subir les inconvénients. Les deux hôpitaux ont chacun un directeur, le même, qui dispose de deux administrations distinctes pour l'aider à gérer les tendances schizo-phréniques liées à ce cumul de fonctions. Ce dispositif se révèle être un gage de cohérence des choix et de bonne coordination, mais également de légitimité des décisions qui doivent tenir compte des spécificités locales afin de faciliter leur mise en œuvre opérationnelle.

L'autonomie au sein des CHT semble donc être un moyen de conjuguer indépendance et interdépendance de chacun de ses membres et conduit, à présent, à approfondir trois catégories de questionnements.

1. Comment mettre en place des mécanismes de prise de décisions au sein d'une CHT lorsque les directions ne sont pas communes et que les intérêts sont divergents ? Les dispositifs actuels de concertation sont-ils suffisants et quel rôle réel peut jouer la tutelle pour faciliter (ou imposer ?) la prise de décisions stratégiques ?
2. L'autonomie n'est-elle pas un leurre quand la situation financière est très dégradée, lorsque certains établissements sont sous tutelle de l'ARS et ne disposent pas de ressources suffisantes pour rémunérer leur personnel ? Quelle est en définitive le contenu de cette autonomie ?
3. L'autonomie des membres ne doit pas se confondre ici avec l'indépendance, mais c'est plutôt une condition favorable pour une application du principe de subsidiarité. Demeure la question de l'affectation du lieu où se prennent les décisions (opérationnelles / stratégiques ; centralisation / décentralisation) en fonction des connaissances spécifiques et des responsabilités financières.

2.4. La cohésion de la CHT-PP

Pendant la vie du réseau, depuis sa création jusqu'à son éventuelle disparition, le niveau de cohésion apparaît comme un facteur fondamental de réussite. Ce niveau de cohésion résulte de facteurs externes et internes.

2.4.1. Les facteurs externes de la cohésion

Il résulte de l'étude de terrain que trois éléments externes sont déterminants pour la cohésion des CHT. C'est en premier un cadre institutionnel favorisant, auquel s'ajoute l'existence de normes et de valeurs partagées (1). C'est ensuite le rôle clé de la tutelle, comme initiateur, facilitateur et contrôleur du réseau (2). C'est, enfin, le sentiment commun d'une menace et la reconnaissance d'une vulnérabilité qui imposent de rompre l'isolement insoutenable (3).

Pour les établissements hospitaliers, le développement des CHT et des coopérations qui en découlent, est avant tout le résultat de la législation plutôt que de la volonté d'acteurs désencastrés. Comme le signale Brousseau (2000), le cadre institutionnel est déterminant et la confiance et les normes de comportement sont générées et maintenues par l'existence d'un cadre légal et juridique favorable et stable. En plus du cadre juridique, c'est le partage d'un ensemble de valeurs et de normes qui favorise ces coopérations. La réciprocité, la confiance et l'identité collective sont des normes de comportement qui permettent ces coopérations (Ostrom, 1990). Dans le domaine de la santé, les valeurs liées aux soins, le dévouement au service des patients, et la volonté de remplir au mieux les missions de service public créent une maïeutique indispensable qui maintient la cohésion du réseau par-delà les intérêts de court terme de chacun des membres. À l'hôpital, l'égalité d'accès, la gratuité, la continuité, la neutralité du service de santé constitue le corpus idéologique véhiculé par les décideurs.

Comme il est indiqué dans les textes de loi, les CHT sont créées sur une base volontaire, mais peuvent être suggérées, voire imposées, par les ARS. Les CHT apparaissent bien comme des réseaux provoqués dont la constitution et le fonctionnement sont très encadrés par la loi, il est par exemple impossible à un établissement d'appartenir à deux CHT. Le découpage territorial choisi pour la CHT, validé par l'ARS, est facteur ou non de cohésion, selon qu'il ignore ou non les habitudes des populations (descendre les vallées plutôt que les remonter, franchir ou non un col), de même que les réalités culturelles, les antagonismes historiques, la sensibilité politique des villes où sont implantés les établissements. Si la tutelle intervient à la création, elle assiste la CHT par la suite. Pour cela, elle dispose d'outils financiers incitatifs (actuellement les crédits MIGAC et les FIR) pour améliorer son fonctionnement, mais

également de prérogatives réglementaires comme les autorisations d'exercice qui peuvent faciliter des projets ou favoriser des collaborations. Ces incitations exogènes de l'ARS peuvent aussi s'exercer lors du choix d'un environnement numérique afin de permettre des interconnexions et des convergences plus fortes entre les membres.

La réalité, voire le sentiment d'une menace externe, est souvent à l'origine du regroupement d'acteurs indépendants qui estiment que leur vulnérabilité serait atténuée par la collaboration. Dans le domaine de la santé, de nombreux établissements sont depuis plusieurs années fragilisés par le système de financement reposant sur la comparaison, par la concurrence du secteur privé, par la rareté des ressources stratégiques, par la mobilité et le consumérisme des patients. Les plans de retour à l'équilibre se multiplient. Les établissements sont conscients qu'ils ne peuvent plus résoudre seuls un certain nombre de difficultés économiques et techniques. La participation à un réseau semble parfois être le seul moyen soit d'éviter une fusion avec une structure plus importante, soit la disparition de pans entiers des activités MCO. La participation est ici de nature défensive. À l'opposé certains établissements voient dans les réseaux l'occasion de maintenir ou de développer des positions dominantes, de limiter les fuites et de mieux contrôler les parcours des patients. La participation est ici de nature offensive.

2.4.2. Les facteurs internes de la cohésion

Tout au long de la vie du réseau, les occasions du renforcement de sa cohésion ne manquent pas. Elles peuvent être classées en quatre catégories selon qu'elles renvoient (1) à la qualité de la gouvernance et au rôle des individus clés, (2) à l'apprentissage de la coopération par la multiplication des espaces de rencontre, (3) au développement d'outils de cohésion en termes de communication et de transport, et (4) au sentiment que le bilan global de la participation à la CHT est positif pour chacun des acteurs.

Si la structure de gouvernance de la CHT est assez encadrée par la loi, des marges de liberté existent pour améliorer constamment la cohésion du réseau. La cohésion est normalement maintenue par le haut au niveau des trois assemblées, celles des directeurs, celles des présidents de CME et celles des présidents de conseil de surveillance. La convention constitutive de la CHT-PP, dans son article 11, prévoit la création d'une commission de communauté rassemblant les directeurs, les présidents de CME et les élus. L'article 16 de la même convention envisage l'existence de comptes combinés. Il est également prévu que les directoires, les commissions médicales et les comités techniques de chaque établissement accueillent, en leur sein, un représentant des autres établissements.

L'article 6, quant à lui, leur impose un projet médical commun, alors que l'article 10 demande une mise en cohérence de leurs documents stratégiques propres : « *contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, projets d'établissement, plans globaux de financement pluriannuels et programmes d'investissement des établissements* ». Le bon fonctionnement de ces assemblées reste dépendant de la qualité des relations personnelles entre les membres, ce qui peut constituer un avantage ou un handicap sérieux selon la qualité des relations personnelles.

La multiplication des occasions de rencontres favorise l'apprentissage de la coopération et l'installation de la confiance et diminuer la dépendance aux personnes clefs. Les réflexes collaboratifs se mettent en place, les échanges gratuits se développent, les retours d'expériences sont étendus, les idées d'actions concrètes émergent. Pour la CHT-PP, le renforcement de la cohésion passe aussi par le partage d'expériences sur les pratiques sur différents points (RMM, CLUD, CLIN, CLAN, CSTH, CoVRAS et COMEDIMS)⁴, mais aussi par la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) communes et d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

La CHT-PP souhaite mettre en place une régulation intra-CHT pour les transports primaires et secondaires des patients mais aussi des matériels. La mise à disposition d'une équipe complète avec véhicules éviterait d'être trop dépendant d'opérateurs ayant des intérêts dans des structures externes à la CHT-PP et faciliterait l'organisation logistique du réseau. En matière de communication, le défi principal est de renforcer l'inter-communicabilité des systèmes d'information pour la mise en place prévue, au niveau du territoire, d'un dossier médical partagé (DMP) permettant une mesure rapide des flux de patients et des prises en charge multi-sites facilitées. Deux liaisons PACS⁵ existent déjà (entre Digne-les-Bains et Manosque, ainsi qu'entre Aix-Pertuis et Digne-les-Bains) et il est prévu, à court terme, de mailler entièrement le réseau de la CHT-PP.

Tous les adhérents d'un réseau, dans la mesure où celui-ci est constitué sur la base du volontariat, doivent s'y retrouver. Dans ces conditions, la cohésion suppose que tous les membres estiment profiter de leur appartenance au réseau. Le risque est que la CHT soit perçue, non pas comme mutuellement bénéfique, mais comme parasite, au mieux commensale, au pire pathogène. Dans le cas d'une CHT asymétrique, cela peut poser problème pour les membres les plus fragiles qui peuvent légitimement craindre que la CHT

⁴ RMM : revue de morbidité et de mortalité ; CLUD : comité de lutte contre la douleur ; CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales ; CLAN : comité de liaison en alimentation et nutrition ; CSTH : comité des anti-infectieux et celui de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance ; CoVRAS : comité des vigilances et des risques associés aux soins ; COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

⁵ *Picture Archiving and Communication System* (PACS).

soit la modalité la plus efficace, après la disparition ou la fusion, pour supprimer des activités. C'est toute la difficulté de l'hôpital d'Aix-Pertuis qui peut légitimement tirer profit de la CHT mais sans que cela se fasse au détriment des autres. La spécialisation et l'abandon d'activités non rentables étant inévitables, il est important pour les acteurs de la CHT d'insister, comme nous l'avons déjà fait dans la partie sur le partenariat, sur les gains que les membres fragiles retirent de la CHT en matière de réduction de leur vulnérabilité, par la mise à disposition d'outils, d'expertise et de professionnels en provenance des autres établissements.

La cohésion dans les CHT semble permettre de maintenir uni, tout au long d'un processus de soins, chacun de ses membres. Dès lors, ici aussi, trois ensembles de questionnements apparaissent.

1. Les outils actuels dont disposent les ARS sont-ils suffisamment efficaces pour renforcer la cohésion au sein des CHT ? Sont-ils utilisés explicitement dans ce sens ? Faut-il en envisager de nouveaux ?
2. L'appartenance des acteurs de la CHT à des corporations externes à la CHT (directions, médecins, élus locaux, fonctionnaires) constituent-ils un élément de renforcement ou bien, au contraire, d'affaiblissement des CHT ?
3. Le fait que la CHT ne constitue qu'un sous-ensemble d'un réseau d'offeurs de soins sur un territoire ne risque-t-il pas de fragiliser cette cohésion et de favoriser les tendances centrifuges et la recherche de partenariats hors CHT ?

3. Discussion et conclusion : la CHT, vecteur de compétitivité de l'offre publique de soins

L'analyse d'une CHT comme un réseau d'offeurs de soins, effectuée à l'aide de la grille de lecture HPAC, a permis de caractériser son fonctionnement et de soulever un ensemble de questions posées par cette nouvelle configuration organisationnelle. Sous l'éclairage de notre objet d'étude, la CHT-PP, nous avons constaté que l'hétérogénéité, bien qu'avérée, était insuffisante car limitée à quatre établissements publics, que les partenariats s'intensifiaient autour d'un établissement de référence avec une territorialisation de fonctions médicales et administratives, que l'autonomie se réduisait vis-à-vis des tutelles mais perdurait entre les membres, et que la cohésion restait fragile, sensible aux affinités personnelles et fragilisée par des intérêts divergents, malgré une direction commune pour deux des quatre établissements.

Plus généralement, la CHT est une innovation institutionnelle qui vise à renforcer la compétitivité globale d'un réseau d'offeurs de soins. Il s'agit essentiellement de diminuer la

concurrence interne à court terme, pour augmenter la capacité concurrentielle du groupe à moyen terme. Ce comportement stratégique s'inscrit dans un secteur particulier où les offreurs doivent négocier leur stratégie avec la tutelle et ne maîtrisent pas les coûts des facteurs et les prix de vente. Cette « infirmité » structurelle ne les empêche pas de devoir affronter une double rivalité pour la captation d'une demande de soins solvable bornée. C'est cette double rivalité qui justifie économiquement les formes de coopérations mises en place au sein de la CHT. Une première rivalité qui est présente à l'intérieur du territoire de référence de la CHT pour le partage des flux de patients avec le secteur privé et le CHU, la CHT-PP répondant à moins de 50 % de la demande MCO sur sa zone d'attractivité. Une seconde rivalité qui s'exerce entre les territoires, fondée sur la comparaison des coûts moyens nationaux de prise en charge des patients, GHS, mais aussi des pathologies chroniques et des parcours multi-établissements. Les territoires les mieux organisés auront des coûts globaux de prise en charge plus faibles et une qualité et sécurité des soins plus élevées. La CHT peut alors renforcer la compétitivité du réseau par une action portant à la fois sur la demande pour accroître le volume d'activité et sur les coûts pour améliorer l'efficacité collective d'un territoire.

L'action sur la demande consiste à densifier l'offre en termes de types de pathologies et de niveaux de sévérité, pour augmenter la taille du filet et rétrécir ses mailles afin de gagner des parts de marché. La maîtrise de la demande s'appuie sur l'hétérogénéité du réseau pour élargir la palette de soins offerte par la CHT dans son ensemble. La rationalisation de l'offre, fondée sur les avantages comparatifs des membres, passe par la suppression de doublons et l'instauration de spécialisations. Il s'agit d'organiser, au travers du projet médical de territoire comme vision stratégique commune et facteur de cohésion, des abandons réciproques d'activités, une graduation des soins et une capacité de prise en charge collective de toutes les étapes d'un parcours du patient. La densification de l'offre, selon les types de pathologie et les niveaux de sévérité, passe par le maintien pour chacun des membres du réseau d'une technicité suffisante, propre à leur autonomie, pour la prise en charge de patients lourds, et ce, avec l'aide de spécialistes clés et la possibilité d'utiliser des plateaux techniques communs performants. La captation de la demande passe aussi par la capacité de la CHT, grâce aux partenariats dans les transports et les systèmes de communication, d'accueillir les premières visites (urgences ou soins programmés) et de maintenir ensuite un nombre élevé de patients dans ses établissements. Les conventions avec les médecins libéraux autour des pôles territoriaux de spécialités développeront les liens privilégiés entre les « adresseurs » du territoire et les établissements du réseau.

La maîtrise des coûts et de la qualité va s'appuyer sur la réalisation d'économies d'échelle et d'envergure, mais aussi sur le partage des effets d'expérience. La gestion commune des achats de fourniture, de matériels, de facteurs de production et de ressources rares, devrait diminuer les prix d'acquisition. La spécialisation, encadrée par des contraintes de service public, et la diminution conséquente de l'entropie de l'offre au sein de chaque établissement vont mécaniquement, toutes choses égales par ailleurs, entraîner une hausse des volumes favorables à la baisse des coûts moyens par pathologie. La taille minimale, dans notre cas le seuil minimal d'activité et les autorisations qui en dépendent, sera ainsi plus facilement atteinte en matière de chirurgie carcinologique notamment. Le partage des équipements lourds, mais aussi des gardes et astreintes, viendront diminuer le poids de certaines charges dans le coût complet des GHS. Les échanges sur les meilleures pratiques en matière organisationnelle, en matières clinique et médico-technique au niveau des pôles de CHT amélioreront la productivité globale des facteurs et diminueront la valeur des unités d'œuvre de biologie et d'imagerie notamment. Il faut enfin souligner que la compétitivité du réseau dépend aussi du maintien dans la performance de tous les membres du réseau. Si à court terme des membres peuvent être incités à se siphonner mutuellement des parts de marché, cette concurrence, de type « *beggar thy neighbour* », provoquera un affaiblissement de la périphérie et pénalisera à moyen terme la capacité du réseau à soutenir la double concurrence intra-territoriale et inter-territoriale pour le partage de la ressource commune (ONDAM).

La CHT est une création récente mais déjà incontournable. Elle est une des pièces maîtresses de la mise en place d'un fonctionnement de type SPTS. Le renforcement des CHT, qui vont très prochainement devenir des GHT, est prévu dans la loi de Santé 2015. Les textes fondateurs de cette évolution (Stratégie Nationale de Santé de 2013, Rapport Devictor 2014, etc.) insistent sur des éléments que l'on peut relier à la grille de lecture utilisée puisqu'il s'agit d'élargir l'hétérogénéité des CHT par l'ouverture au secteur privé et médico-social, de renforcer les partenariats par la reconnaissance du rôle de la « firme pivot », de maintenir l'autonomie par le refus d'accorder la personnalité morale, de favoriser la cohésion par la fin du volontariat et l'attribution de nouvelles responsabilités aux ARS. Si les CHT restent encore des structures baroques rendues nécessaires pour répondre aux injonctions contradictoires, elles constituent désormais une évolution irréversible et profonde de l'offre publique de soins.

Bibliographie

- Amat-Roze J.-M. (2011), « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Revue Hérodote*, Éditions La Découverte, 4^e Trimestre, N° 143, pp. 13-32.
- ANAP (2011), *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, République Française, Paris, Volume 2, Janvier. URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anap_Guide_cooperations_Part2_V20110304.pdf
- Angelé-Halgand N. et Garrot T. (2014), « Les biens communs à l'hôpital : de la « T2A » à la tarification au cycle de soins », *Comptabilité, Contrôle, Audit*, Tome 20, Vol. 3, pp. 15-41.
- Angelé-Halgand N. et Garrot T. (2015), « L'intermédiation en santé ou la voie de l'intégration des soins », Chap. 10, in Pardo C. et Paché G. (éds.), *Commerce de gros et commerce inter-entreprises*, Éditions EMS, Caen, pp. 205-222.
- Assens C. (2013), *Le management des réseaux. Tisser du lien social pour le bien-être économique*, De Boeck, Bruxelles.
- Aubert B., Patry M. et Rivard S. (1999), « L'organisation virtuelle », in Poitevin M. (éd.), *Impartition : fondements et analyses*, Les Presses de l'Université de Laval, Québec, pp. 243-263.
- Benoit C. (2015), *Manager un établissement de santé. La logistique au service de l'humain*, 2^e éd., Gereso Édition, Le Mans.
- Brousseau É. (2000), « La gouvernance des processus de coopération », in Voisin C., Plunket A. et Bellon B. (éds.), *La coopération industrielle*, Économica, Paris, pp. 29-43.
- Butera F. (1991), *La métamorphose de l'organisation - Du château au réseau*, Les Éditions d'Organisation, Paris.
- Carles J. (2006), « Réseau, stratégie et gouvernance », *L'Expansion Management Review*, Vol. 4, N° 123, pp. 85-95.
- Clément C. (2012), *La Communauté hospitalière de territoire (CHT), mode d'emploi*, Coll. « Pratiques professionnelles », Les Études Hospitalières - LEH Édition, Bordeaux.
- Coldefy M. et Lucas-Gabrielli V. (2012), « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? », *Questions d'économie de la santé*, N° 175, Avril, pp. 1-8. URL : <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>
- Dumez H. (2013), *Méthodologie de la recherche qualitative*, Vuibert, Paris.
- Dussuc B. et Geindre S. (2015), « Intermédiation et clusterisation », Chap. 7, in Pardo C. et Paché G. (éds.), *Commerce de gros et commerce inter-entreprises*, Éditions EMS, Caen, pp. 145-156.
- Ehlinger S., Perret V. et Chabaud D. (2007), « Quelle gouvernance pour les réseaux territorialisés d'organisations ? », *Revue Française de Gestion*, Vol. 33, N° 170, pp. 155-171.
- Fabbe-Costes N. et Jahre M. (2008), « Supply chain integration and performance: a review of the evidence », *International Journal of Logistics Management*, Vol. 19, N° 2, pp. 130-154.
- Fiore C. et Sampieri-Teissier N. (2010), « Quelle démarche de pilotage logistique dans les activités de service ? Le cas des flux de patients à l'hôpital », *Actes des 8^{es} Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique*, Bordeaux, 25 p. (CD-rom).
- Fréry F. (1998), « Les réseaux d'entreprises : une approche transactionnelle », Chap. 3, in Laroche H. et Nioche J.-P. (éds.), *Repenser la stratégie - Fondements et perspectives*, Vuibert, Paris, pp. 61-84.
- Fulconis F. (2000), *La compétitivité dans les structures en réseau - Méthode d'analyse et perspectives managériales*, Thèse ès Sciences de Gestion, I.A.E., Université de Nice Sophia-Antipolis, Nice.
- Fulconis F. (2004), « Le réseau, objet de recherche en gestion - La pluralité des cadres d'analyse », Chap. 3, in Voisin C. et al. (éds.), *Les réseaux : dimensions stratégiques et organisationnelles*, Économica, Paris, pp. 59-75.
- Gavard-Perret M.-L., Gotteland D., Haon C. et Jolibert A. (2012), *Méthodologie de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, 2^e éd., Pearson France, Montreuil.
- Gilly J.-P. et Wallet F. (2001), « Forms of Proximity, Local Governance and the Dynamics of Local Economic Spaces: the Case of Industrial conversion Processes », *International Journal of Urban and Regional Research*, Vol. 25, N° 3, pp. 553-570.
- Jarillo J.C. (1988), « On strategic networks », *Strategic Management Journal*, Vol. 9, N° 1, pp. 31-41.
- Johnston R. et Lawrence P.R. (1988), « Beyond Vertical Integration - The Rise of the Value-Adding Partnership », *Harvard Business Review*, July-August, pp. 94-101.

- Kindleberger C. (1986), « International Public Goods without International Government », *American Economic Review*, Vol. 76, N° 1, pp. 1-13.
- Leloup F., Moyart L. et Pecqueur B. (2005), « La gouvernance territoriale comme nouveau mode de coordination territoriale ? », *Géographie, Économie, Société*, Vol. 7, N° 4, pp. 321-332.
- Le Menn J. et Milon A. (2012), *Rapport d'information effectué au nom de la Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS), de la Commission des affaires sociales, sur le financement des établissements de santé*, N° 703, Sénat, 341 p. URL : <http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>.
- Mariotti F. (2005), *Qui gouverne l'entreprise en réseau ?*, Sciences Po Gouvernances, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris.
- Mendez A. et Mercier D. (2006), « Compétences-clés de territoires. Le rôle des relations interorganisationnelles », *Revue Française de Gestion*, Vol. 32, N° 164, pp. 253-275.
- Miles R.E., Snow C.C. (1986), « Network organizations: new concepts for new forms », *The McKinsey Quarterly*, Autumn, pp. 53-66.
- Mintzberg H. (1994), *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Dunod, Paris.
- North D. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Ostrom E. (1990), *Governing the Commons. The Evolution of Institutions for Collective Action*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Paché G. et Paraponaris C. (2006), *L'entreprise en réseau : approches inter et intra-organisationnelles*, Éditions de l'ADREG. URL : <http://thierry-verstraete.com/editions-de-ladreg/>
- Pellegrin-Romeggio F. (2011), *L'assemblage dynamique des chaînes logistiques mutiservices : identification des compétences clés du pivot assembleur dans le contexte du voyage*, Thèse ès Sciences de Gestion, Aix-Marseille Université, Aix-en-Provence.
- Pépin M. et Moisson J.-C. (2010), « Les impact de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé », *DREES - Direction de la Recherche et des Études de l'Évaluation et des Statistiques - Dossiers Solidarité et Santé*, N° 16, 24 p.
- Porter M. (2000), « Location, competition and economic development: local clusters in a global economy », *Economic Development Quarterly*, Vol. 14, N° 1, pp. 15-34.
- Salaun V. (2014), « Organisation Virtuelle Éphémère, quelle place pour le management logistique ? Le cas des festivals musicaux », *Logistique & Management*, Vol. 22, N° 2, pp. 61-69.
- Sampieri-Teissier N. et Rollin F. (2015), « Pour une meilleure intégration des services logistiques - Limites et avenues des possibles », *Gestions Hospitalières*, N° 542, Janvier, 16-21.
- Snow C.C., Miles R.E. et Coleman H.J. (1992), « Managing 21st Century Network Organizations », *Organizational Dynamics*, Vol. 20, N° 3, Winter, pp. 5-20.
- Suire R. et Vicente J. (2008), « Théorie économique des clusters et management des réseaux d'entreprises innovantes », *Revue Française de Gestion*, Vol. 34, N° 184, Mai, pp. 119-136.
- Thiéart R.A. et al. (2014), *Méthodes de recherche en management*, 4^e édition, Dunod, Paris.
- Thorelli H.B. (1986), « Networks: Between Markets and Hierarchies », *Strategic Management Journal*, Vol. 7, N° 1, pp. 37-51.
- Thuderoz C., Mangematin V. et Harrisson D. (Coord.) (1999), *La confiance : approches économiques et sociologiques*, Gaëtan Morin Éditeur, Paris-Montréal.
- Turner J.R. et Müller R. (2003), « On the nature of the project as a temporary organization », *International Journal of Project Management*, Vol. 21, N° 1, pp. 1-8.
- Van Campenhoudt L. et Quivy R. (2011), *Manuel de recherche en sciences sociales*, 4^e Éd., Dunod, Paris.
- Vigeron E. (2000), *Santé et Territoires*, La Documentation Française, Juin, N° 8015, Paris.
- Vigeron E. (éd.) (2003), *Pour une approche territoriale de la santé*, Éditions de l'Aube - DATAR, La Tour d'Aigues - Paris.
- Voisin C., Ben Mahmoud-Jouini S. et Édouard S. (éds.) (2004), *Les réseaux : dimensions stratégiques et organisationnelles*, Economica, Paris.
- Williamson O.E. (1981), « The Modern Corporation: Origins, Evolution, Attributes », *Journal of Economic Literature*, Vol. 19, December, pp. 1537-1568.
- Yin R.K. (2009), *Case Study Research: Design and Methods*, 4th ed., Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Delhi.

Annexe 1. Grille d'observation HPAC

C O N C E P T	STRUCTURES EN RESEAU EN TANT QUE VECTEUR DE COMPETITIVITE			
D I M E N S I O N S	Cohérence structurelle	Cohérence externe	Cohérence interne	Cohérence du système de valeurs
F O N D A M E N T A L E S C O M P O S A N T E S	Hétérogénéité	Partenariat	Autonomie	Cohésion
I N D I C A T E U R S	<ul style="list-style-type: none"> - Type de structure en réseau - Positionnement sur la chaîne de valeur - Degré de réticulation de la chaîne de valeur - Type d'architecture de la structure en réseau - Modalités de choix d'un partenaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Types d'accords entre les partenaires - Durée de l'accord et fréquence de renouvellement - Mode de coordination des tâches entre les partenaires - Mode d'organisation de la production et du travail - Degré d'intégration des TIC - Degré d'utilisation des TIC 	<ul style="list-style-type: none"> - Types d'autonomie - Degré d'autonomie de décision - Modes d'expression de l'autonomie de décision 	<ul style="list-style-type: none"> - Degré d'élaboration du système commun de valeurs - Nature du pouvoir décisionnel - Modes d'articulation des logiques d'action des partenaires - Modalités de contrôles et de résolution de problèmes ou de conflits - Activités des acteurs réticulaires - Degré de variété des activités - Temps consacré à la relation - Degré de confiance

Source : d'après Fulconis (2000 et 2004).