

NOUVELLES STRATÉGIES MUTUALISTES

Le cas du groupe hospitalier mutualiste

par Jennifer Urasadettan (*)

Les contraintes pesant sur le secteur de la santé ont conduit les établissements de santé à adopter de nouvelles stratégies de concentration. Les établissements mutualistes sont particulièrement concernés par cette démarche qui permet d'atteindre une taille critique et, par la mise en commun de ressources, de réduire les coûts. Cet article s'intéresse à une organisation mutualiste qui a constitué un groupe en rachetant cinq cliniques privées. L'auteur montre que les cliniques rachetées, non mutualistes à l'origine (but lucratif), peuvent avoir des difficultés à adopter la culture mutualiste (but non lucratif). Par ailleurs, ne bénéficiant pas d'un environnement identique, elles doivent adopter des stratégies locales distinctes tout en appliquant l'éthique mutualiste. Dans quelle mesure une telle structure permet-elle la constitution d'un groupe cohérent sachant garder une réactivité au niveau local? Quel impact peut avoir cette structure sur les modalités de partage d'une culture mutualiste?

(*) Doctorante en sciences de gestion, Cregor, université Montpellier-II. Jennifer_urasadettan@hotmail.com.

Le secteur de la santé se caractérise depuis 1970 par une contrainte de financement croissante conduisant à une concentration des établissements de santé. L'organisation mutualiste étudiée a entrepris depuis dix ans de constituer un groupe par le rachat de cinq cliniques privées: il s'agit là d'obtenir une certaine crédibilité sur le plan national par la mise en commun de ressources et la poursuite d'une stratégie cohérente. Nous allons montrer comment la structure du groupe permet l'établissement d'une stratégie globale assortie de stratégies locales, puis comment la conservation de cultures locales n'empêche pas la construction d'une culture commune.

La structure du groupement hospitalier mutualiste

Si *a priori* le rachat de cliniques privées par le groupe mutualiste étudié témoigne de la volonté de fonder une stratégie de groupe, chaque établissement dispose cependant de latitudes.

Une structure à plusieurs niveaux

Le groupe étudié se constitue autour d'une clinique qui a toujours été mutualiste et qui possède le statut de PSPH, ou « participant au service public hospitalier » (la clinique est financée selon le même régime que celui

des hôpitaux publics dont les praticiens sont salariés). Evoluant dans un contexte fortement concurrentiel, elle a cependant passé avec succès la première version de la certification de la Haute Autorité de santé (HAS). Une étude qualitative menée sur un échantillon de quinze personnes (cinq administratifs et membres de la direction, cinq membres du personnel soignant et cinq membres du corps médical) montre qu'un fort consensus s'est construit sur l'idée selon laquelle cet établissement apporte la preuve que le mutualisme est la synthèse entre accès et qualité des soins et rentabilité. Le mutualisme évoque d'ailleurs pour un des interviewés « *la mise en commun de moyens et d'un idéal dans un même objectif, qui est la meilleure prise en charge du patient au meilleur coût, et ça, j'ai pu personnellement le vérifier* ». Disposant de réserves financières et profitant de la restructuration du secteur de santé privé, le groupe rachète entre 1996 et 2003 cinq cliniques privées dont la santé financière était précaire.

Effectués avec l'agrément de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) et en concordance avec le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui définit les grands axes de la reconstitution hospitalière locale, ces rachats ont dans un premier temps permis une remise aux normes des plateaux techniques et des structures d'accueil. Au sein de la même région, les cliniques sont, à une exception près, situées dans des départements différents. La constitution du « groupe hospitalier mutualiste » témoigne d'une hiérarchie entre son « membre fondateur », la clinique A, et ses « adhérents », les cinq cliniques rachetées. La clinique A a exprimé sa volonté d'associer le personnel au changement de représentations et de pratiques, notamment en nommant à la tête de chaque établissement un nouveau directeur, chargé dans le cadre de sa fonction de promouvoir cet « esprit mutualiste ». Les décisions stratégiques, c'est-à-dire constituant un investissement important (réfection des blocs opératoires ou des bâtiments, gros travaux de remise aux normes, achat de matériel technologique coûtant plus de 4 000 euros), sont prises en comité de direction, présidé par le directeur du groupe (directeur de la clinique A), décideur final. Par ailleurs, chaque établissement s'est vu imposer le même système d'information (logiciel de facturation et de gestion des ressources humaines), dont la maintenance est assurée par le siège. L'achat de petit matériel médical et chirurgical

● Méthodologie employée

Le terrain étudié porte sur six cliniques du « groupe hospitalier mutualiste », comportant la clinique A et cinq cliniques rachetées entre 1996 et 2003 par le groupe mutualiste ayant fondé la clinique A (membre fondateur du « groupe hospitalier mutualiste »). Cette analyse se base sur des observations non participantes, l'analyse de documents internes et une analyse de contenu de quarante entretiens semi-directifs pratiqués auprès du personnel des six établissements du groupe.

(à usage unique) fait également l'objet d'une politique de groupe, le fournisseur ayant été choisi par la clinique fondatrice du groupe. L'adhésion aux pratiques mutualistes a également été imposée par la clinique A aux autres cliniques et se traduit par la non-discrimination du patient (recrutement de médecins conventionnés ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires) et le réinvestissement des bénéfices dans le groupe (but non lucratif). Il existe ainsi au sein du groupe une forte interdépendance entre établissements se traduisant par une homogénéité de conduites entre membres.

Concomitamment à ce mode de fonctionnement étroitement couplé et fortement hiérarchisé, le groupe est utilisé comme un réseau d'information. Par exemple, le recrutement de praticiens, qui est une des missions du chef d'établissement, peut devenir un objectif du groupe s'il n'y a pas de médecins disponibles dans le bassin de recherche de l'établissement demandeur. Les cadres infirmiers utilisent également cette structure afin d'échanger leurs expériences en termes d'organisation du bloc opératoire ou de déménagement de bloc.

Enfin, certaines latitudes émergent de cet ensemble, conférant à chaque établissement une certaine autonomie. Si la direction centrale reste décideur final en ce qui concerne les investissements lourds, certains domaines gardent leur autonomie et sont laissés à la discrétion de chaque chef d'établissement. De façon générale, la gestion courante de l'établissement relève de l'entière responsabilité du chef d'établissement. Par exemple, la gestion du personnel (qui demeure régi par la convention collective en exergue avant le rachat) administratif et soignant relève du domaine local. Une étude qualitative auprès de ces personnes (cinq administratifs, cinq soignants et trois médecins par établissement) démontre d'ailleurs que le rachat n'a pas entraîné de changement notable dans leur mode de fonctionnement au quotidien. De plus, seuls les chefs d'établissement sont en étroite communication (réunion en comité de direction et séminaires estivaux) avec le directeur du groupe, le personnel semblant être soigneusement tenu à l'écart de l'existence des autres cliniques. Seule l'implantation de logiciels de gestion de ressources humaines et de tarification partagés a donné lieu à des formations communes, susceptibles de faire émerger une « conscience collective » auprès du personnel non cadre.

En définitive, le groupe hospitalier mutualiste présente trois dimensions distinctes de fonctionnement :

- un mode hiérarchique en ce qui concerne les investissements et la politique d'achat auprès des différents fournisseurs (groupement d'intérêt économique). Il sous-tend une logique de contrôle étroit par la direction centrale de la politique d'investissement et de négociation afin de guider la restructuration du groupe ;
- le développement d'un réseau informel pour tout ce qui touche au recrutement de praticiens, à la transmission d'expériences professionnelles. Il alimente un répertoire tacite de connaissances et de pratiques du changement ;

- un mode autonome à propos de la gestion quotidienne de la clinique. De même, la mise en œuvre des décisions collégiales relève des directeurs d'établissement et de leur personnel.

Structure de groupe et articulation global-local

Environnement instable et stratégie globale

Introduite en France par l'ordonnance du 24 avril 1996, l'accréditation a pour objectif d'évaluer la qualité du fonctionnement des établissements de santé. Confiée à la HAS, cette procédure donne lieu à une communication publique des résultats de l'audit, effectué « *à l'aide d'indicateurs, de critères ou de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement* » (article L. 710-5 du Code de la santé publique). Cette procédure volontaire (mais obligatoire) peut être analysée comme une « *pratique imposée, consistant à rendre plus transparent le fonctionnement de l'organisation vis-à-vis de l'auditeur dans le cadre d'un contrôle externe accru et institutionnalisé* » (Halgand, 2003).

Jusqu'alors étranger à de telles contraintes, l'offreur de soins voit ces exercices d'audit rythmer sa vie organisationnelle. Tout établissement est audité, au minimum, une fois tous les cinq ans, lorsque le rapport d'accréditation ne contient pas de réserve (les contraintes sont multipliées dans le cas contraire). L'accréditation constitue également une assurance qualité, au sens où elle comporte une phase de diagnostic des dysfonctionnements, notamment sur les trois référentiels relatifs au patient et à sa prise en charge, points sensibles en matière de politique d'image et qui génèrent d'ailleurs près de la moitié des recommandations ou des réserves. L'application de cet audit à la totalité des établissements de santé et l'accessibilité de leurs résultats rendent possible « *un certain étalonnage des établissements* » (Claveranne et Vinot, 2003).

A cet audit qualitatif s'ajoute un audit plus quantitatif, s'appuyant sur le développement des systèmes d'information comptables et de contrôle budgétaire. Créé en 1982 par le ministère de la Santé, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a pour objectif de calculer la productivité de chaque établissement de santé. A cet effet, l'ensemble des séjours hospitaliers est divisé en GHS, ou groupements homogènes de séjour (environ six cents), supposés renvoyer à une pathologie ou à une classe de pathologies voisines (on trouvera par exemple le GHS « Insuffisances cardiaques » ou encore le GHS « Interventions majeures sur le thorax ») et à une mobilisation analogue des ressources (personnel, matériel et consommables). L'activité d'un établissement peut alors se résumer à son *casemix*: nombre de séjours dans chaque GHS, par exemple sur l'année (enrichissement considérable, cela dit, par rapport à la période précédente, où l'on disposait uniquement d'un nombre d'admissions globales, mélangeant allégrement appendicites et greffes de foie). Ainsi, le rapprochement entre ce *casemix* et un *casemix* « théorique », calculé à partir des objectifs moyens totaux pour chaque GHS, permettra d'évaluer sa « rentabilité » par rapport à ses concurrents.

L'agence régionale d'hospitalisation, organisme de tutelle local, se sert de l'accréditation et du PMSI afin de sélectionner les établissements « méritant » une allocation de ressources. Ces agences jouent en effet un rôle d'acheteur face aux établissements désormais considérés comme des offreurs de soins, quel que soit leur statut (public ou privé, à but lucratif ou non). Même si le discours officiel se garde bien de parler de concurrence, cette nouvelle donne permet de réintroduire l'aiguillon du marché, en organisant un régime de compétition périodique dans le cadre d'un marché contestable (Baumol, 1982). Chaque offreur de soins s'engage ainsi vis-à-vis de l'ARH par un contrat d'objectifs et de moyens (COM), d'une durée de trois à cinq ans, en cohérence avec les priorités plus globales définies dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire. Cet horizon temporel impose aux organisations de construire une réflexion stratégique explicitée dans un projet d'établissement. Même s'ils concernent actuellement encore moins de la moitié des établissements, les COM constituent pour la tutelle un outil de restructuration du système d'offre et « *s'apparentent plus à un acte unilatéral qu'à un exercice librement négocié* » (Budet et Blondel, 1998) avec apparitions – réseaux de santé, notamment – et disparitions – fusions d'établissements, notamment – d'organisations. Cette pratique a ainsi amorcé un long mouvement de restructuration des établissements de santé, et plus particulièrement du secteur privé, se traduisant par leur fermeture ou leur regroupement, le souci de favoriser la recomposition de l'offre se caractérisant par une politique de réduction du nombre de lits. La réduction du nombre d'établissements de 2002 à 2006 (données Insee ⁽¹⁾) a été de 2,4 % pour le secteur public (987 contre 1 011), mais elle a atteint pendant la même période 7,1 % pour les cliniques privées (1 869 contre 2011).

Cette tendance s'explique également par la contraction du délai d'obsolescence du matériel médical, nécessitant un investissement croissant dans le plateau technique. L'objectif d'atteinte d'une taille critique permettant une automatisation des tâches et la couverture des coûts fixes engendre ainsi la concentration croissante d'un secteur dont historiquement plus de la moitié des structures, fondées sur une seule spécialité chirurgicale, étaient dirigées par le chirurgien (Morvan, 1991). La constitution du groupe mutualiste obéit à cette logique, puisque ce dernier cherche en investissant dans des établissements le plus souvent périlicant à obtenir un poids significatif au niveau régional. Il s'agit par le choix et l'étroit contrôle des investissements accordés d'atteindre une crédibilité au niveau national en tant que troisième secteur côtoyant le privé pur et le public. Le développement du groupe hospitalier mutualiste étudié n'est d'ailleurs pas un cas isolé. Les établissements mutualistes cherchent à être reconnus auprès des pouvoirs publics comme un acteur incontournable de l'économie sociale, car « *les hôpitaux privés sans but lucratif sont une des trois composantes, la plus mal connue, du système de soins hospitalier français. Ils allient les qualités du public et du privé: prise en charge de pathologies lourdes, accès aux soins pour tous, absence de profits, et souplesse et adaptabilité de la gestion privée* ⁽²⁾ ».

(1) www.insee.fr/fr/ffc/figure/NATTEF06106.XLS.

(2) Extrait de la page d'accueil de l'association des hôpitaux privés sans but lucratif : www.hpsbl.org/2005/11/index.html.

Ainsi, l'étroit contrôle de l'investissement dans les cliniques rachetées représente un signal de bonne gestion auprès de l'ARH, qui va contribuer à légitimer la place du mutualisme. En effet, les cliniques rachetées bénéficient désormais des fonds nécessaires pour fonctionner correctement et leur performance croissante devrait à terme rendre le groupe incontournable pour les tutelles locales.

Contexte différencié et stratégies locales

A cette forte contrainte exercée par les autorités de santé locales s'associe celle du niveau de concurrence auquel est soumis chaque établissement du groupe étudié.

Nous pouvons distinguer deux types de contextes dans lesquels évoluent les établissements étudiés : un environnement fortement concurrentiel (cliniques B et C) et un environnement faiblement médicalisé (cliniques E, D et F). Ces deux types d'environnement entraînent des stratégies distinctes, nécessitant une certaine latitude d'action.

Les cliniques B (87 lits) et C (35 lits), respectivement acquises en 2000 et 2003, se situent dans la même ville. De taille moyenne (120 000 habitants) et par ailleurs fortement médicalisée, cette commune comporte, outre le CHU de 600 lits, six cliniques privées à but lucratif de taille variable (trois établissements de plus de 150 lits et trois de moins de 100 lits). La population est vieillissante et plutôt à faibles revenus. Installés dans des bâtiments vétustes, les deux établissements ont le projet de fusionner en une seule structure construite en dehors de la ville et selon les dernières normes en vigueur. Ils travaillent de concert (déplacement et rationalisation d'activités) et sont gérés par une même direction. L'imposition du non-dépassement d'honoraires pose cependant problème auprès des praticiens des établissements, dont une bonne partie a changé de lieu d'exercice afin de continuer cette pratique. Si une autre équipe a été trouvée *in extremis*, le manque d'attractivité des rémunérations de B et C pour le corps médical devient pesant. Afin de pallier cet effet négatif, mais sans toutefois contrevenir strictement à l'éthique mutualiste, il a été décidé que, si l'opération chirurgicale effectuée dans le cadre de la clinique ne pouvait être soumise à aucun dépassement, en revanche la consultation préopératoire exercée dans un cadre libéral pouvait en faire l'objet.

Par ailleurs, le principe de non-discrimination du patient nécessite d'un établissement mutualiste qu'il pratique les spécialités médicales les plus courantes, y compris les moins lucratives, afin que le patient ait toujours la possibilité d'être pris en charge à moindre coût pour lui. Cette optique généraliste se heurte cependant à la nécessité de posséder une spécialité exclusive (non exercée par les concurrents) et génératrice de fréquentation (apanage des cliniques privées à but lucratif). La fusion entre B et C représente la conjugaison de ces deux objectifs, l'étendue des spécialités de la première structure s'alliant à la spécialisation de la seconde dans un domaine exclusif et porteur.

Tableau récapitulatif des établissements du groupe et des stratégies poursuivies

Clinique	B	C	D	E	F
Environnement	Urbain et concurrentiel	Urbain et concurrentiel	Rural et non concurrentiel	Rural et non concurrentiel	Rural et non concurrentiel
Stratégie	Projet de fusion Recherche d'une spécialisation lucrative en plus des spécialités normales existantes Réduction du cadre du non-dépassement d'honoraires		Extension des activités générales	Extension des activités générales	Extension des activités générales

Les cliniques D, E et F, situées en zone rurale, ne subissent pas de concurrence d'autres établissements de santé et ne poursuivent nullement une politique de spécialisation. La recherche de praticiens s'oriente plutôt en fonction des spécialités manquant à la palette des cliniques généralistes. Cette optique fait d'ailleurs l'objet d'une coopération entre la clinique F et la clinique A, cette dernière lui « prêtant » deux fois par semaine un médecin dont la spécialité, pourtant répandue, n'était pas exercée dans l'établissement. Laisser une certaine latitude dans les choix quotidiens s'imposant à chaque établissement permet donc de mener une stratégie adaptée à chaque contexte local. Cette indépendance n'occulte cependant pas une stratégie de groupe. Construite selon la nécessité d'articuler stratégie collective et priorités locales, la structure du groupe hospitalier mutualiste permet à la fois une gestion autonome de chaque établissement et l'organisation d'une stratégie de groupe au niveau régional. Nous allons voir dans la deuxième partie comment cette structure a influencé la construction d'une culture mutualiste à plusieurs niveaux: si certaines représentations et pratiques sont clairement associées au mutualisme par le personnel des cinq cliniques, il subsiste néanmoins quelques particularités locales liées à l'histoire de chaque établissement.

Tableau récapitulatif de la structure du groupe

	Environnement	Domaines contrôlés
Intégration Dimensions contrôlées par la direction centrale	Complexe, étroitement contrôlé par les autorités locales à un niveau qualitatif (protocoles de soins) et quantitatif (réduction des coûts)	Politique d'investissement, politique d'achat, système d'information
Différenciation Dimensions contrôlées au niveau de chaque établissement	Environnement plus ou moins concurrentiel selon les établissements	Gestion au quotidien et notamment étendue du non-dépassement d'honoraires pour les médecins et de la politique de spécialisation

La culture du groupement hospitalier mutualiste

Il n'est pas nécessaire que l'ensemble du personnel ait la même représentation du mutualisme (partage d'une même culture) pour que le groupe fonctionne. Cette structure permet la coexistence de cultures d'établissement concomitamment à la construction d'une culture de groupe.

Une culture à plusieurs niveaux

L'ensemble du personnel des cliniques rachetées possède une représentation unanime du mutualisme en tant que « groupe » et y associe essentiellement un lexique économique traduisant une mutualisation des moyens (pourvoyeur d'argent, possibilité d'économies d'échelle, partage de connaissances, partage de ressources...). Le mutualisme est généralement invoqué dans la relation qu'il peut avoir avec la notion de pérennité et celle d'investissement, mais plus rarement dans sa dimension éthique. Il existe en effet des différences de représentation entre membres du personnel selon l'établissement étudié. Afin de comprendre ces différences locales, nous avons voulu partir d'un point de vue plus concret, en analysant les changements provoqués par l'appartenance au groupe hospitalier mutualiste.

Une analyse de contenu a été pratiquée sur les interviews du personnel des cinq cliniques acquises. A partir de thèmes proposés (le métier et la description des pratiques professionnelles, le rachat et les changements apportés, le mutualisme, la performance), les interviewés ont pu exprimer leur représentation du groupe hospitalier mutualiste. L'organisation de l'analyse a été menée selon la méthodologie préconisée par Bardin (1998), avec lecture flottante, regroupement des réponses, définition des catégories, codage des réponses et affectation des réponses aux catégories. Les résultats montrent que le rachat n'a en aucune façon modifié leur quotidien. Le changement de direction en découlant ne semble pas aux yeux du personnel imprimer de dynamique particulière dans le fonctionnement concret de l'établissement. L'évocation du terme « mutualisme » renvoie à une représentation collective du personnel et à des pratiques très différentes selon l'établissement envisagé.

Les cliniques B et C semblent clairement attribuer le non-dépassement d'honoraires au mutualisme, et cela quelle que soit la catégorie de personnel interrogée (administratif, soignant, corps médical). Cela peut s'expliquer par le fait que B était déjà mutualiste avant d'être acquise par le groupe et que, les deux établissements échangeant leur personnel, ils communiquent entre eux. En revanche, si la qualité des soins est clairement évoquée par le personnel de B (toutes catégories confondues) comme découlant des valeurs mutualistes, les membres de C l'attribuent à la petite taille de leur structure. Les cliniques D, E et F n'associent aucune pratique particulière au mutualisme. Tout au plus certains médecins mentionnent-ils le non-dépassement d'honoraires, mais la connaissance de cette pratique, circonscrite au corps médical, ne s'est pas diffusée au reste du personnel. Or, les climats

sociaux favorables semblent invalider l'hypothèse d'un manque de communication entre membres. La qualité des soins, mentionnée dans ces trois établissements par l'ensemble du personnel (toutes catégories confondues), est clairement imputée à la petite taille des établissements et au fait que la plupart des patients admis connaissent les membres du personnel en raison de la faible densité de population.

Ainsi, selon les établissements, des pratiques attribuées par certains au mutualisme se justifient-elles différemment pour d'autres (qualité de la prise en charge). Par ailleurs, des pratiques découlant du mutualisme demeurent largement ignorées dans certains établissements (non-dépassement d'honoraires). Nous pouvons en conclure qu'il existe une large déconnexion entre la notion de mutualisme et les pratiques qui lui sont associées. En ce sens, il existe un lien lâche entre pratiques et représentation du mutualisme.

Culture de groupe et articulation global-local

Si, pour les établissements, le changement de direction s'est matérialisé dans un fort investissement technique (réfection du bloc opératoire, amélioration ou reconstruction des bâtiments...), il n'a pas occasionné de changements organisationnels. De ce fait, le mutualisme n'est principalement invoqué dans sa dimension éthique que par les membres de l'établissement qui était déjà mutualiste avant le rachat. Ces valeurs sont évoquées, mais de manière plus sporadique par certains membres des autres établissements. Ils justifient cette connaissance par la forte tradition mutualiste existant au sein du département.

Aucun membre du personnel administratif et soignant de la clinique F n'a évoqué le mutualisme comme valeur, et cela s'explique par le fait que le dirigeant actuel, déjà à la tête de la clinique avant le rachat, n'a nullement diffusé cette dimension, estimant que le mutualisme n'allait « certainement pas changer la manière de soigner les gens ici, qui est déjà très bonne ». En effet, cette petite structure (70 lits) implantée au cœur d'une région rurale et peu densément peuplée a toujours fonctionné selon un schéma « familial », où le patient pouvait facilement accéder aux médecins.

Tableau récapitulatif des liens entre représentation et pratiques du mutualisme

Etablissement	B	C	D	E	F
Liens unanimes entre représentation du mutualisme et pratiques	Notion de groupe solide financièrement et investissement dans les structures Mutualisation des moyens et changement de système d'information				
Liens locaux entre représentation du mutualisme et pratiques	Non-dépassement d'honoraires et qualité des soins	Non-dépassement d'honoraires	Pas de liens	Non-dépassement d'honoraires pour les médecins	Pas de liens

Changer les représentations du personnel risquait ainsi de modifier son fonctionnement habituel. Or, chaque établissement, excepté les cliniques B et C, qui ont fusionné et vont prochainement s'établir sur un nouveau site, possède moins de cent lits et est implanté dans un milieu plutôt rural ou moyennement urbanisé. Leur fonctionnement a de fait toujours été familial, par opposition à une structure plus grande, plus impersonnelle et plus routinière dans son rapport avec le patient, et le groupe ne voyait aucun intérêt à amoindrir la qualité de la prise en charge. C'est la raison pour laquelle la diffusion des « valeurs mutualistes » n'a sciemment pas été faite auprès du personnel par le directeur de la clinique F ou n'a pas fait écho auprès du personnel salarié, qui ne voyait aucune raison de modifier ses pratiques à l'énoncé des valeurs sous-tendant « l'esprit mutualiste ».

Conclusion

La présente analyse démontre qu'il existe une correspondance entre la structure et la culture du groupe, notamment dans l'articulation entre stratégie globale et priorités locales. Ainsi, structure et culture présentent chacune une dimension intégrative commune à l'ensemble du groupe (politique d'investissement et stratégie de reconnaissance du groupe au niveau régional en ce qui concerne la structure et conscience de groupe pour la culture) articulée à une dimension différenciatrice (gestion quotidienne de chaque établissement pour la structure et dimension éthique du mutualisme concernant la culture). Elle concorde avec la vision de Thompson (1967) selon laquelle toute organisation constitue simultanément une agrégation de systèmes à la recherche de cohérence et de systèmes ouverts de pratiques escomptant et faisant avec les contradictions inhérentes à chaque localisation. A ce titre, le groupe hospitalier mutualiste peut être analysé comme un système de couplage lâche, c'est-à-dire comme un système « *où certains éléments sont réactifs et flexibles tout en ayant une identité propre et une certaine indépendance* » (Weick, 1976) aussi bien au niveau structurel que culturel. Si *a priori* le rachat de ces cliniques privées semble les brider étroitement aux objectifs de la direction centrale et imprimer une cohérence des représentations ou du moins des pratiques, il n'en est rien : chaque établissement dispose d'une latitude certaine lui permettant de s'adapter à l'environnement local aussi bien structurellement (gestion quotidienne) que culturellement (représentations des pratiques professionnelles résultant d'une construction collective du personnel et non de la direction). Cette analyse nous confirme que la culture d'entreprise est étroitement liée aux pratiques professionnelles quotidiennes et qu'une modification des représentations ne peut se produire sans modification des pratiques. De plus, la notion de couplage faible permet de relativiser l'importance des représentations dans l'action organisée, en ce que leur partage par le personnel n'est pas nécessaire au développement et au maintien d'un système d'actions organisées.

Bibliographie

Bardin L. (1998), *L'analyse de contenu*, Paris, Puf, 9^e édition.

Baumol W. J. (1982), « Contestable markets, an uprising in the theory of industry structure », *American Economic Review*, 72, p. 1-15.

Besson P. (1997), *L'institution de la valeur, comment réarticuler le sens de la responsabilité sur les logiques de marché?* Vuibert, « Dedans, dehors », Paris, p. 121-150.

Budet J. M., Blondel F. (1998), *La réforme de l'hospitalisation publique et privée*, Berger-Levrault, Paris.

Claveranne J. P. (2003), « L'hôpital en chantier: du ménagement au management », *Revue française de gestion*, n° 146, p. 125-129.

Claveranne J. P., Vinot D. (2003), *Quand dire, c'est faire, ou peut-on passer des réformes hospitalières à la réforme de l'hôpital?* XIII^e colloque international *Politiques et Management public*, Strasbourg, novembre.

Halgand N. (2003), « L'accréditation hospitalière: contrôle externe ou levier de

changement? », *Revue française de gestion*, n° 147 p. 219-231.

Leteurtre H., Vandenmersch V., Blondiau M. F. (1997), *L'accréditation hospitalière, gestion et services de soins*, 2^e édition, Berger-Levrault, Paris.

Morvan Y. (1991), *Fondements d'économie industrielle*, Economica, coll. « Gestion », Paris, p. 74-75.

Nelson R. R., Winter S. W. (1982), *An evolutionary theory of economic change*, Harvard University Press, Cambridge, MA.

Raspin C. (2002), « La pratique du *benchmarking* dans les organismes d'audit du secteur public en Angleterre et au pays de Galles », *Politiques et Management public*, vol. 20, n° 3, septembre.

Thompson J. D. (1967), *Organizations in action: social science bases of administrative theory*, New York, McGraw-Hill.

Weick K. (1976), « Educational organizations as loosely coupled elements », *Administrative Science Quarterly*, n° 21, 1-9 part.