

**« NOUVEAUX COMPORTEMENTS, NOUVELLE GRH ? »**  
XXIème CONGRES AGRH - DU 17 AU 19 NOVEMBRE 2010  
RENNES / SAINT-MALO



La coopération entre établissements sanitaires :

Les modes de régulations du changement

**Auteur (s) :** Christelle ROUTELOUS

Coordonnées :

EHESP – Institut du Management

[christelle.routelous@ehesp.fr](mailto:christelle.routelous@ehesp.fr)

Résumé :

Depuis de nombreuses années toutes les tentatives de réformes des systèmes de santé se heurtent à une puissante inertie. L'exemple de la mise en œuvre de pratiques coopératives inter-établissements nous renseignent sur les enjeux d'accompagnement du changement des établissements de santé. Nous prendrons l'exemple d'une expérience de coopérations entre les trois établissements de santé d'un territoire de santé, expérience relue à partir de quelques données-clés associées aux théories de l'accompagnement du changement dans les sciences du management, en essayant de montrer en quoi elles sont explicatives des pratiques énoncées, puis nous essaierons d'en tirer des conclusions pour esquisser des pistes pratiques d'accompagnement du changement à l'hôpital.

Mots clefs : coopération, changement, régulation, restructuration hospitalière

## INTRODUCTION

Changer l'organisation des établissements de santé français est semble-t-il devenu une nécessité. La coopération entre établissements et la mutualisation des équipes médicales se présentent comme une solution possible répondant aux défaillances de l'offre hospitalière en matière de permanence et de continuité des soins. Les difficultés des établissements sont connues en matière permanence des soins : le mode de financement à l'activité ne permet plus de financer les blocs opératoires publics de proximité qui sont en sous activité et dépendent majoritairement de l'activité des urgences : la faible activité ne permet plus le financement de recrues en nombre suffisant pour conserver les postes attractif au regard du nombre de gardes alors qu'au même moment la pénurie de certaines disciplines médicales ne permet pas d'assurer les gardes et astreintes pour les disciplines impliquées dans la permanence des soins. Ainsi, la transformation des enjeux liés au financement à l'activité et à la démographie médicale a généré de profondes difficultés en matière de pérennisation de l'offre de soins. La volonté institutionnelle de limiter les dépenses de santé se combine donc à l'évolution des hôpitaux et de leur environnement pour favoriser de nouveaux modèles d'organisations fondés sur la coopération inter-établissement. Non seulement, il s'agit désormais de *faire ensemble*, entre acteurs par le passé en concurrence et autonomes, mais il s'agit aussi de collaborer en mutualisant moyens matériels et ressources médicales, transformant ainsi les frontières des établissements et des équipes médicales.

Pour autant, cette prescription de changement est-elle gage de sa mise en œuvre ? De nombreux travaux sur les réformes de l'hôpital tendent à montrer que non. Depuis, de nombreuses années les tentatives de réformes des systèmes de santé se heurtent à une puissante inertie (Contandriopoulos, 2003). L'exemple de la mise en œuvre de pratiques coopératives inter-établissements nous renseignent sur les enjeux d'accompagnement du changement des établissements de santé et des acteurs de terrain. Cette étude propose une mise en perspective de la problématique de changement organisationnel et de sa conduite à l'échelle d'un territoire de santé. Notre travail se propose de recenser quelques éléments d'analyse de la dynamique du changement organisationnel entre établissements de santé.

Nous prendrons l'exemple d'une expérience de coopérations entre les trois établissements de santé d'un territoire de santé, expérience relue à partir de quelques données-clés associées aux théories de l'accompagnement du changement dans les sciences du management, en essayant de montrer en quoi elles sont explicatives de l'inertie des acteurs en matière de changement, puis nous essaierons d'en tirer des conclusions pour esquisser des pistes pour penser le renouvellement des pratiques d'accompagnement du changement à l'échelle de plusieurs établissements.

Les travaux réalisés sur la restructuration de l'offre hospitalière et de coopération inter-organisationnelle portent surtout sur les enjeux et les résultats des restructurations. On peut citer d'une part le programme « restructurations hospitalières » de la MiRE (1999-2003) dont les principales contributions sont dans la Revue française des Affaires sociales, n°3 de juillet-septembre 2003 et d'autre part l'ouvrage collectif de Valette A., Contandriopoulos D. et al. (2005). Ces travaux montrent que les pouvoirs publics demeurent confrontés à des difficultés pour faire participer l'ensemble des acteurs concernés bien que, in fine, les frontières externes et internes des organisations hospitalières sont profondément remaniées. Selon Valette et al. (2005) : « Les restructurations résultent de l'interaction de facteurs exogènes et endogènes qui produisent des trajectoires partiellement émergentes et partiellement délibérées. Le processus est soumis à des opportunités locales, des problèmes spécifiques de ressources, des initiatives individuelles et collectives, des logiques professionnelles qui déterminent le déclenchement et la trajectoire de restructuration : trajectoire courte ou longue, aboutie ou avortée, rectiligne ou sinueuse, lente ou rapide... ». Mais ces travaux nous renseignent peu sur les négociations et les arbitrages des acteurs, comme le souligne Valette et Denis (2005). Or on peut faire l'hypothèse qu'au-delà des enjeux d'accompagnement du changement, les arbitrages et les intérêts des acteurs sont pour beaucoup dans l'inertie rencontrée.

La conduite du changement ne peut faire l'économie de la connaissance des formes d'implication des individus dans l'organisation, des bénéfices qu'ils retirent de leur participation aux négociations et aux actions collectives et des coûts qu'ils supportent pour participer à celles-ci.

## Méthodes

Cette étude qualitative transversale a été réalisée sur un territoire de santé auprès des trois principaux établissements hospitaliers (hôpital de proximité noté D., hôpital de référence noté M. et clinique). Nous avons utilisé trois sources de données : la documentation concernant les projets de coopération et les documents stipulant les accords conclus ; les entretiens semi-directifs et les *focus-groups* avec les équipes de directions. Cette triangulation nous a permis de réduire les risques de mauvaises interprétations (Denzin et Lincoln, 2003) et les problèmes de validité des données (Glesne, 1999). Les entretiens semi-directifs ont été la source principale de données.

### Entretiens semi-directifs et focus group

Dans chaque établissement équipe de direction et médecins concernés ont été interviewés. Nous avons fait une première sélection des participants afin d'avoir le maximum d'acteurs impliqués. Nous avons sélectionné des acteurs en faisant varier leur profil. Une majorité d'entretiens ont été mis à jour annuellement de 2006 à 2010. Au total nous avons réalisés 30 entretiens approfondis (une heure en moyenne) auprès des acteurs engagés dans les négociations collectives. La description des participants à l'étude est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau 1 : Description des participants à l'étude

	Hôpital D	Hôpital M	Polyclinique
Equipe de direction	Les deux directeurs successifs la directrice par intérim la directrice du secteur personne âgée les directrices des finances	le directeur de l'hôpital la directrice par intérim	les deux directeurs successifs
Comité Médical d'Etablissement	médecin président	médecin président	médecin président

Médecins	le médecin responsable du pôle des urgences anesthésiste un médecin urgentiste un gynécologue-obstétricien un gériatre	un anesthésiste un réanimateur un gériatre deux radiologues	un anesthésiste un chirurgien viscéral un radiologue libéral
Tutelles	l'inspecteur en charge du territoire le directeur adjoint de l'ARH/ARS l'ex directeur de l'ARH		
Médecins généralistes	deux médecins généralistes du territoire		

Le guide d'entretien abordait ensuite des thèmes plus spécifiques tels que la coordination de l'action avec les partenaires réellement à l'œuvre, les opportunités, les menaces, les forces et faiblesses des coopérations en mettant l'accent sur les enjeux médicaux et économiques des partenariats. Le guide d'entretien permettait aussi de recueillir le point de vue des personnes sur les coopérations inter hospitalières devant permettre d'assurer la permanence des soins. Les participants ont donné leur consentement de participation à la recherche et n'ont pas reçu de compensation financière. Les verbatim des entretiens ont été lus et codés par le chercheur principal et validé par un deuxième chercheur afin de s'assurer que l'analyse des données est fidèle à la réalité. Les données ont été analysées en mobilisant les méthodes standards de l'analyse thématique qualitative.

Deux niveaux d'analyse ont été privilégiés : un niveau micro s'attachant à l'analyse les pratiques collaboratives individuelles ; un niveau plus institutionnel visant à comprendre les modes de collaboration entre les professionnels et les structures et entre les structures et la tutelle.

Des données de sources variées ont été mobilisées : recueil d'entretien, focus groupes, recueil de données administratives, des documents juridiques, articles de presses... Nous avons obtenus des données des établissements publics mais aussi des acteurs privés. Nous avons pu réaliser un focus groupe annuel avec les différentes directions. Les données issues

des focus-group et de la documentation ont été utilisées pour confirmer, valider et compléter les résultats issus de l'analyse des entretiens.

## **Le cadre théorique**

Comme l'objectif global de cette étude est de mettre à jour et d'analyser les formes d'engagement des acteurs dans les coopérations inter hospitalières, nous mobilisons dans notre analyse la théorie de la régulation sociale de Reynaud (1997). Cette théorie permet en effet d'interroger les modes de régulation fondant les négociations relatives à des actions de coopérations et converties ou pas en de nouvelles pratiques.

La théorie de la régulation sociale a été élaborée pour comprendre le conflit et la négociation dans le cadre de relations professionnelles dans lesquelles des acteurs inventent une régulation (De Tersac, 2003). Dans ce sens, elle nous permet de définir la nature et la construction de règles sociales à l'œuvre dans la conduite du changement.

En appliquant la théorie de la régulation sociale à notre objet d'étude, nous avons donc analysé comment les règles sont créées, maintenues, détruites et transformées par les acteurs. L'accent est mis ici sur la façon dont les acteurs locaux adaptent les règles, les transforment à leur usage, sur les conflits d'interprétation entre eux et sur les modes de validation qu'elles subissent, à travers le jeu complexe de l'activité de régulation.

La théorie de la régulation sociale permet aussi de tenir compte du rôle de pilotage des tutelles et des politiques publiques. En effet, dans cette théorie, la régulation se définit comme l'opération par laquelle se constitue une communauté autour d'un projet (Reynaud, 2003). Le projet ne doit pas être assimilé à la poursuite d'objectifs dans le cadre d'un plan ou d'un programme d'action totalement défini a priori. Il s'agit plutôt d'un cadre d'interprétation commun qui conduit les protagonistes à définir un cheminement vers une visée partagée (Reynaud, 2003). Notre travail met à jour les formes particulières d'action collective qui sont à la fois « fortement prescrites et peu réglées » (Hatchuel in De Tersac, 2003).

Nous abordons la conduite du changement en décrivant comment les acteurs (ARH, médecins et directions) inventent collectivement ou pas des solutions singulières fondées sur la coopération entre établissements, comment ils participent ou pas aux négociations, quels sont les gains et les couts pour les acteurs, quelles sont les limites des modes

d'accompagnement et de conduite du changement mobilisés. Pour se faire, nous distinguerons la régulation de contrôle qui émane de l'agence régionale, des règles conjointes issues de négociation entre les directions d'établissements, des régulations autonomes qui proviennent des groupes de médecins qui appliquent plus ou moins ces règles pour gérer l'organisation de leur travail.

## **I. Pérenniser la permanence des soins : quelles leçons tirer de la mise en œuvre de coopérations**

Nous présenterons trois modes de régulation issus de l'analyse des données qui nous renseignent sur les modes d'engagement des différents acteurs dans la conduite du changement et sur les limites de ces pratiques.

Un premier mode de régulation est dit « entrepreneurial ». Il décrit la nature de la régulation mise en œuvre par l'autorité. Ce mode de régulation nous renseigne sur la conduite du changement promue par la tutelle, ses actions et ses impacts sur les acteurs.

Le second mode de régulation est dit « opportuniste ». Il décrit les stratégies des directions d'établissements visant à se rendre éligible à l'aide de l'Etat. Il nous renseigne sur les limites d'une régulation conjointe fondée sur la proximité et non sur le projet.

Le troisième mode de régulation est la « solidarité contractuelle mesurée ». Elle décrit la position des praticiens. Elle nous renseigne sur les impacts et les enjeux relatifs à la régulation autonome et les limites d'outils juridiques devant favoriser la participation des acteurs.

Ainsi dans chacune des sections suivantes nous préciserons comment ces modes se construisent en pratique sur la base des données recueillies.

### ***1.1 Le contexte et les enjeux locaux***

Revenons brièvement sur la présentation de notre terrain. Cette recherche se situe dans un contexte de restructuration de l'offre sanitaire sur D., ville d'environ 10 000 habitants au centre d'un « pays » d'environ 100 000 habitants. Cette offre est intégrée au territoire de santé n°6 de la région Bretagne. La démarche territoriale du schéma régional de l'organisation

sanitaire (SROS) de seconde génération a conduit en 1999 à unir ce territoire avec celui de M. son voisin pour former ensemble un secteur sanitaire, le secteur 6, peuplé d'environ 250 000 habitants. Les deux territoires de D. et de M. ont historiquement peu d'échanges entre eux. Sur le territoire de D., le partage d'activités en vue d'une meilleure complémentarité est préconisé depuis la fin des années 90 : regroupement des maternités de la ville (celle du public et celle du privé) sur le site hospitalier public et regroupement de l'activité chirurgicale (des deux sites) sur le site privé. Le regroupement des maternités a été effectué sur le site hospitalier public dès 1998. Le regroupement physique des deux cliniques privées de la ville est effectif depuis 2000. En ce qui concerne le regroupement de la chirurgie sur le site hospitalier privé, celui-ci se met en oeuvre en plusieurs étapes. Avec l'aide du plan « hôpital 2007 », en 2003, l'hôpital de D. obtient les moyens de construire la structure qui accueillera la clinique dans ses murs. L'accord cadre de 2005 entre les deux établissements de D. prévoit que le centre hospitalier assure l'accueil des urgences et que l'activité chirurgicale, à l'exception de la chirurgie gynécologique, relève de la clinique de D. Cependant, dans une phase intermédiaire avant le regroupement géographique sur un seul site des deux établissements, la chirurgie orthopédique et la chirurgie viscérale sont prise en charge par la clinique depuis 2008, à la demande de l'ARH qui exige la fermeture de ces disciplines à l'hôpital faute de praticiens publics et d'activité. Fin 2009, la clinique s'installe enfin sur le site de l'hôpital dans de nouveaux locaux. Dès lors elle participe à la permanence des soins en assurant la couverture chirurgicale des urgences.

Le rapprochement avec le centre hospitalier de référence de M. a été précipité avec le départ du directeur du CH de D. durant l'été 2009. Au même moment, la publication de la loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 29 juillet 2009 incite les acteurs à envisager à court terme une communauté hospitalière de territoire entre établissements publics du territoire. Il est rapidement question d'une direction commune aux deux établissements publics, en accord avec les élus et les instances des deux établissements. Progressivement d'autres accords de coopération se formalisent.

Le tableau A présenté en annexe résume les actions de coopérations mises en oeuvre pour les trois établissements, il stipule également les gains, les coûts, les outils contractuels et les enjeux de planification sanitaire.

## ***1.2 L'action entrepreneuriale de l'ARH***

Kerleau (2003) avait analysé les procédures de négociations et de contractualisation des ARH dans le cadre d'actions de restructurations. Il ressortait de son enquête sur le SROS de première génération que les agences favorisaient « la négociation plutôt que les actions administratives unilatérales ». Ainsi, il importe de comprendre la nature des négociations à l'œuvre. Dans ce sens, nous allons voir comment l'agence régionale de l'hospitalisation mobilise, dans le cadre des schémas de seconde et troisième génération, un régime de régulation de contrôle qui est avant tout prescriptif et incitatif. Nous l'avons qualifié de mode de régulation d'« entrepreneurial » car l'action de l'autorité est ici d'abord une action incitative qui vise à impulser de nouvelles organisations et qui exploite les occasions pouvant être favorable aux changements.

### **1.2.1 La prescription du changement**

La pérennité de l'offre publique de proximité et du territoire plus largement est en danger. Sans évolutions significatives de la situation l'accès à la permanence des soins est menacé de même que la survie financière des établissements. La taille du territoire de santé, la concurrence et l'absence de coordination entre les établissements mettent en cause la viabilité des trois établissements. Les deux établissements publics pâtiennent tous deux d'un important déficit financier. Leurs activités sont peu coordonnées et nombreux de patients quittent le territoire pour se faire soigner. L'ARH notifie dès 1997, la nécessité du partenariat entre les établissements publics et entre l'hôpital public de proximité et la clinique locale.

L'ARH entreprend des actions sur deux fronts : créer une communauté hospitalière de territoire entre établissements publics et coordonner leur action selon un principe de graduation de l'offre ; et créer un pôle public entre les deux établissements de D. en répartissant les activités selon un principe de complémentarité.

L'agence tente d'impulser le changement en donnant une vision de plus long terme dès la fin des années 90. Elle inscrit ce principe dans les outils de planification, juridiquement opposable (annexe du schéma régional d'organisation de l'offre sanitaire, contrat pluriannuel d'objectif et de moyens) pour forcer les acteurs à se rapprocher. Ainsi, il s'agit d'abord d'un

rapport de prescriptions (Hatchuel, 2003). Selon Paradeise (2003), l'action de régulation de contrôle vise à favoriser stratégiquement les postures considérées comme les plus « performantes ». Mais la seule prescription des changements nécessaires ne suffit pas à convaincre les acteurs à produire des régulations conjointes.

### **1.2.2 Une stratégie alliant long court et opportunisme**

L'agence travaille sur du long terme tout en saisissant les occasions qui permettent la réorganisation de l'offre, sans rentrer en conflits avec les acteurs locaux et les élus. Les agences ont peu de moyens pour contraindre les établissements hormis les menaces de non-renouvellement d'autorisation et les sanctions financières, qui sont par ailleurs très rarement mises en œuvre. C'est la tarification à l'activité et les déficits qu'elle engendre ainsi que la pénurie médicale qui apporte leurs aides indirectes à l'agence. C'est la fragilisation de l'établissement qui joue en faveur du changement car elle nécessite une aide financière et la couverture de postes vacants. Ainsi un contexte nécessitant le changement permet de faire évoluer la situation, en dépit de la résistance passive des acteurs. L'ARH peut initier le changement d'une manière non autoritaire et mobiliser un registre incitatif faire évoluer les positions des acteurs.

L'ARH propose des aides financières conditionnées aux actions de coopérations et peut proposer des contreparties à la fermeture de la chirurgie par exemple, en proposant de nouvelles autorisations pour des soins de suites spécialisés rémunérateurs et assurant une attractivité supplémentaire pour la médecine. Ces aides sont des investissements car ils doivent permettre de rééquilibrer l'offre et la rendre attractive en médecine, pour la pérenniser. L'agence soutient son action en construisant des règles d'allocation de ressources permettant à court terme le soutien au changement mais nécessitant une transformation durable des organisations. Car les avantages financiers consentis par l'Etat ne sont pas pérennes ; le retour inéluctable dans le droit commun appelle, en principe, la constitution progressive de capacités endogènes de développement d'activité des établissements sans assurance de réussite.

Ainsi, l'autorité met en place des régulations de contrôle qui entremêlent des régulations autoritaires mais limitées, un fort rapport de prescription et des instruments incitatifs.

### **I.2.3 Les limites d'une régulation entrepreneuriale**

La posture entrepreneuriale de l'autorité vise à mettre en pratique une vision stratégique de l'organisation territoriale qui se manifeste par la prescription d'une organisation plus performante qui pérennise les établissements et l'exploitation d'occasion favorable aux changements. Les limites du modèle reposent sur le fait qu'il nécessite des opportunités (plan hôpital 2003...) pour pouvoir se mettre en place ce qui est donc aléatoire et nécessite des durées longues pour impulser le changement. Par ailleurs, les dispositifs sont transitoires : ils favorisent le passage de systèmes de prise en charge porteurs de fortes identités professionnelles à des rassemblements de circonstances d'intérêts économiques très divers et à priori sans projet collectif partagé. Cette tentative de restructuration d'une permanence des soins locale autour d'opportunités financières laisse de côté une réflexion sur les missions et le sens de l'action. On est face à l'émergence de régulations plus curatives et court-termistes que préventives.

Toutes fois, ce mode de régulation permet de mettre en œuvre des dispositifs «facilitateurs» d'échanges entre acteurs indépendants.

## ***I.3 Une action collective opportuniste***

Minvielle et Contandriopoulos (2004) soulignent que les directeurs d'hôpitaux ne sont pas formés à la gestion du changement en matière de restructuration hospitalière. Ce d'autant, que les établissements avaient l'habitude de penser seul, leurs stratégies en se plaçant plutôt dans une stratégie de concurrence que de complémentarité avec les autres services de soins (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996). Ainsi, il existe de nombreuses interrogations en matière d'action des directions face aux actions de coopération inter établissements.

### **I.3.1 Des intérêts convergents**

Les acteurs initialement en concurrence en viennent à collaborer. L'engagement des acteurs tient à la fois à une forte demande des tutelles mais aussi à des raisons opportunistes.

Pour obtenir les aides financières conséquentes de l'agence les acteurs définissent ensemble des arrangements provisoires qui permettent de répondre aux demandes de l'agence pour se rendre éligible aux aides. En 2003, le projet de reconstruction de la clinique est relancé, les établissements candidatent pour obtenir les crédits du plan hôpital 2007. Le projet public privé est retenu comme projet de maintien d'une offre de soins de proximité complète à D. Le plan hôpital 2007 permet la reconstruction de la clinique sur le site de l'hôpital, grâce à un apport important de crédits de l'Etat. C'est plus de 130 millions de francs qui seront nécessaire à la construction du pôle. Une communauté d'intérêt se crée et un projet émerge en 2003, un accord cadre est rédigé en 2005, la construction débute en 2007, les premières actions de coopérations émergent en 2007, sans qu'il existe un véritable projet médical partagé.

Chacun des établissements compte tirer avantage des aides apportées par le projet. La clinique va obtenir des locaux et des blocs neufs ainsi que l'autorisation de nouveaux recrutements de chirurgiens afin de couvrir la concession de service public en chirurgie. Cette dernière augurant de nouveaux recrutements de patients via les urgences de l'hôpital et l'absence de concurrence sur le territoire de proximité. Pour l'hôpital public la reprise par le privé de l'ensemble des blocs opératoires a un réel intérêt financier car cela permet d'imaginer de conséquentes économies de fonctionnement. De même l'hôpital achètera les prestations de stérilisation à la clinique. Il est question de mutualiser à termes les contraintes médicales et non médicales, l'encadrement du bloc, l'équipe de brancardage, l'équipe ménage, gaz médicaux, groupe électrogène, équipe de sécurité... Ces économies potentielles sont nécessaires à l'hôpital pour pouvoir poursuivre son activité de maternité. De plus, dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre des finances de D., l'ARH favorise le développement de la médecine de D. en lui donnant des autorisations pour des nouvelles activités de soins de suites spécialisés rémunérateurs.

Les établissements ont établi un partenariat afin de capter les finances publiques. La mise en œuvre d'un pôle de santé public privé a permis aux deux parties de bénéficier au mieux du ciblage des aides publiques de l'Etat. Le projet de pôle public privé a engagé au départ les acteurs dans des réflexions proches de la décision économique. Les crédits et les divers avantages consentis par l'ARH ont permis de faire émerger progressivement des intérêts collectifs en partant de questions périphériques à la question proprement dite de la permanence des soins.

### **I.3.2 Une collaboration fondée sur le principe de complémentarité et d'autonomie**

Cette collaboration opportuniste est permise aussi par la répartition des activités car les établissements ne sont plus des « compétiteurs » dans certains secteurs d'activités médicales comme par le passé. La répartition de l'offre organise la coopération en rendant les acteurs des deux établissements dépendant les uns des autres via la prise en charge des urgences. Les médecins de la clinique peuvent intervenir pour donner des avis chirurgicaux aux urgences et prendre en charge les urgences qui relèvent de la chirurgie. En aval de la chirurgie, les malades intègrent les soins de suite de l'hôpital, si besoin. Une filière est mise en place où chacun travaille de manière autonome dans son organisation. La coopération répond à la définition classique de l'alliance stratégique, qui suppose que des organisations partenaires s'associent pour poursuivre des objectifs communs, tout en gardant leur autonomie stratégique et en conservant des intérêts qui leurs sont propres.

### **I.3.3 L'absence de projet fédérateur commun**

Les travaux de Loilier (2010) montrent les limites de la proximité géographique et la nécessité de fonder les coopérations sur des projets effectifs d'innovation qui font lien et sens. Cette construction de sens s'appuie sur les projets collectifs qui fédèrent les acteurs et génèrent des dynamiques d'action. Or, dans les projets de coopérations public-privé ou public-public, l'organisation du travail semble demeurer la part ignorée des processus de coopérations. L'observation tend à mettre en évidence que les acteurs s'attachent d'avantage à la gestion des aspects structurels et formels. Ce sont les instruments juridiques qui ont pris le pas sur l'organisation des coopérations dans les pratiques.

D'après Contandriopoulos (2003), pour qu'un processus de changement prenne corps et se développe, il faut qu'il soit porté par des promoteurs jouissant d'une forte légitimité et qu'ils trouvent suffisamment d'appuis dans les autres acteurs. L'adoption par les différents groupes d'acteurs doit permettre de constituer un véritable « leadership collectif » qui va permettre au projet de transformation des pratiques de s'institutionnaliser (Denis, 2001). Or, l'« action collective » de type opportuniste semble ignorer au départ des projets les enjeux collectifs et opérationnels de la prise en charge alors qu'elle sollicite lourdement les finances

publiques et l'engagement de nombreux acteurs déjà fortement mobilisés par les fonctionnements et les dysfonctionnements internes de chacune des organisations.

Ainsi, la régulation collective ou l'acteur collectif préexistant ici, artificiellement, aux actions de coopérations. De ce fait, le partenariat est exposé à de sérieux risques d'enlèvement si les apprentissages collectifs réalisés dans la phase de mise en œuvre s'avèrent insuffisants pour soutenir efficacement une coopération légitimée artificiellement par les intérêts financiers et d'affichage politique.

### **I.3.4 La diffusion du changement par déstabilisation**

Si on interroge les modes de diffusion du changement à l'œuvre en reprenant les trois types définis par Mintzberg et Westley (1992) on distingue : la préparation du changement par petit groupe au sein de l'organisation (l'encerclement stratégique) ; la diffusion du changement porté par des groupes différents et distincts (l'émergence simultanée) ; et la déstabilisation par perturbation des schémas cognitifs traditionnels.

Depuis la fin des années 90, les démarches de préparation du changement se sont appuyés sur des petits groupes, essentiellement constitué des directeurs, équipes de directions et président de CME. Le changement d'interlocuteur au niveau des tutelles ou au niveau des établissements est un facteur qui a ici son importance. Car l'implication des directeurs n'est pas nécessairement identique. Leur mobilité professionnelle (volontaire ou forcée) fragilise aussi le dispositif. Les relations récursives qui se tissent au cours du temps entre les acteurs peuvent être mises à mal par le changement d'interlocuteur. A l'inverse ce changement de personnes peut aussi être profitable lorsque les relations entre acteurs s'enveniment comme cela était le cas entre les directeurs en poste avant 2007. Le changement de personnes a permis de faire évoluer plus rapidement les accords entre 2007 et 2009. Le rythme du processus de changement est dépendant de la conduite du changement par le directeur mais aussi des changements de directeurs. Rappelons que depuis 2006 ce sont trois voir quatre nouveaux directeurs qui se sont succédé à la tête des trois différents établissements, sans compter les changements de président de CME.

Au-delà, ces deux dernières années, dans les deux cas de coopération la déstabilisation par perturbation des schémas cognitifs traditionnels a jouait un rôle important dans

l'accélération des processus. Suite au départ des chirurgiens de l'hôpital de D., l'agence a transféré la chirurgie à la clinique invitant les établissements à s'organiser pour assurer dans ce cadre d'action rénové l'organisation de la permanence des soins. De même au départ du directeur de D., la nomination du directeur de M. et la formation d'une équipe de direction commune à hâté le rapprochement des établissements publics. Si le leadership des directeurs dans l'accompagnement des projets de coopérations est important il n'est pas suffisant car les initiateurs des projets ne sont pas sur la durée les porteurs des projets. Aussi est-il nécessaire d'intégrer d'autres promoteurs « initiateurs » ou « porteurs » des projets de coopération.

Nous allons voir que l'intérêt commun ne détermine pas automatiquement une action collective et que différentes formes de régulations et de légitimités cohabitent au sein des organisations.

#### ***1.4 Une solidarité contractuelle mesurée***

Nous revenons ici précisément sur la construction de règles par les médecins hospitaliers dans le cadre de négociations de coopérations qui sont à la fois fortement prescrites (par l'autorité) et peu réglées (par les directions). Nous décrivons une forme d'engagement que nous avons nommé « la solidarité contractuelle mesurée ». Ce mode d'engagement nous permet de distinguer les leviers de participation à l'action mais aussi les limites de l'engagement contractuel et les freins à la participation des praticiens.

##### **1.4.1 Un environnement de travail dysfonctionnel**

Raveyre et Ughetto (2003), soulignent que les recompositions hospitalières interviennent dans un contexte de travail déjà en proie à des dysfonctionnements. Selon eux, plus que d'apporter des éléments de solutions à ces derniers, les restructurations hospitalières amplifient les tensions existant dans les situations de travail. Ces sont alors les acteurs qui pallient de façon pragmatique aux défaillances de l'organisation du travail.

L'émergence de régulation territoriale des dysfonctionnements de l'offre pose avec acuité la question de la dépendance mutuelle entre les équipes médicales, action collective et

projet médical partagé. La mutualisation des ressources médicales rares et la mise en place d'équipe multi-site sont présentées comme la réponse pertinente aux problèmes de pénurie médicale et de pérennisation de l'offre de proximité. Mais la pénurie de ressources médicales dans certaines disciplines interroge les formes de solidarités qui peuvent se constituer à l'occasion de la coopération inter établissement.

Rappelons le cadre du débat : l'organisation de la permanence des soins hospitalière pour les établissements de proximité porte sur trois spécialités obligatoires nécessaires pour les urgences : la chirurgie viscérale, la chirurgie orthopédique et la chirurgie gynéco obstétrique, par territoire de proximité avec un minimum de 3 praticiens par spécialité, ainsi que de l'imagerie médicale et des anesthésistes. Mais les établissements font face à la pénurie de praticiens dans certaines disciplines médicales. Cette pénurie est accrue dans le cadre des petites maternités de moins de 1000 naissances et pour les services d'urgences. Les anesthésistes, en particulier, font défaut dans le public.

Ce qui unit les acteurs dans le projet c'est d'abord le constat de dysfonctionnements. En effet, les projets de coopération, plus que d'apporter des éléments de solutions aux dysfonctionnements, apparaissent comme un révélateur des tensions présentes dans les situations de travail en amont des coopérations. C'est surtout un état des lieux des besoins qui est fait et de la fragilité de l'existant plus que l'inscription dans une véritable dynamique de fédération des acteurs autour de projet commun.

#### **I.4.2 La contractualisation de la participation**

En matière d'urgences il a été convenu, à la demande de l'ARH que les chirurgiens privés (viscéraux et orthopédistes) participent à la couverture des urgences en assurant des avis chirurgicaux à la demande des praticiens publics. La participation des chirurgiens viscéraux à la permanence des soins a été conditionnée au départ au recrutement d'un troisième praticien et à la certitude de ne pas perdre de revenus, ni de désorganiser leur activité programmée. Grâce au système de salariat pour les vacations, les praticiens ne perdent pas d'argent et peuvent même escompter de gagner une nouvelle clientèle, par les urgences. Du point de vue de la permanence des soins en orthopédie, gynécologie et viscéral, les vacations des praticiens privés ont permis des collaborations fonctionnelles qui reposent sur

l'engagement des parties et une dépendance réciproque en matière d'adressage et dans la rémunération complémentaire des chirurgiens.

Cette solidarité « contractuelle » entre les praticiens publics et privés est une solution inédite pour assurer une permanence entre les établissements et une continuité des prises en charge relevant des urgences. Mais le sens de la règle n'est pas donné une fois pour toute et dépend des enjeux pour les acteurs.

### **I.4.3. La concurrence entre modes de régulation et intérêts des acteurs**

La régulation conjointe et la régulation contractuelle éclatent au profit d'autres formes de régulation autonomes. Les débats relatifs à la participation des anesthésistes publics et privés et leur refus d'obtempérer montrent les limites de ces modes de régulation.

Les anesthésistes publics et privés refusent de participer à la permanence des soins en dépit d'un contrat de fédération médicale inter hospitalière impliquant les praticiens publics et malgré la concession de service public signé par la clinique. C'est le statut quo. R. Bercot (2003) nous rappelle que deux formes de régulations cohabitent à l'hôpital : d'un côté une régulation de contrôle proposée voir imposée par les cadres réglementaires et législatifs ; et de l'autre une régulation autonome faite de protocoles de coopérations modifiés et formalisés par des groupes dédiés. Les coopérations mises en place résultent de production normative endogène aux disciplines médicales en présence et à l'implication individuelle des acteurs. Les accords ou les désaccords sont l'aboutissement de projets autonomes par disciplines. Une des caractéristiques des négociations semble être de s'appliquer au cas par cas et non dans le cadre d'un projet médical partagé. Les logiques professionnelles locales l'emportent sur les orientations définies dans les contrats juridiques et différentes conventions.

Claveranne et all. (2003) soulignent que l'efficacité des établissements demeure suspendue à la mise en place de modes d'organisation permettant de faire converger les logiques d'actions parfois antagonistes du praticien individuel et de l'entité collective. Fortement sollicités pour répondre aux enjeux internes de leurs organisations et cadrés dans leur travail « ordinaire » par de nombreuses autres régulations « professionnelles », les praticiens ne répondent pas collectivement aux injonctions réglementaires ou contractuelles. Il ne faut pas négliger les éléments qui menacent ces nouvelles formes de solidarité qui sont la

pénurie de ressources médicales et la pénibilité des pratiques. En effet, la pénurie de recrutement engendre une charge de travail croissante sur les praticiens. Or, les gardes et astreintes deviennent de plus en plus difficiles avec l'âge. Le sommeil est perturbé et la récupération plus fragile. Ce d'autant que les praticiens privés disent explicitement d'avoir fait le choix de travailler dans un établissement où il n'y a pas de maternité et donc pas de gardes pour éviter cette situation. De plus, la direction de la clinique ne peut intervenir car les contrats individuels protègent les praticiens. De leur côté, les anesthésistes publics de M font valoir le fait que leur équipe est déjà incomplète et a déjà un nombre de gardes et d'astreintes important et refusent à leur tour de participer à la prise en charge des gardes de D. Ils rappellent que légalement ils ne doivent assumer qu'une nuit par semaine de gardes, ce qui en l'état est déjà le cas dans leur établissement, du fait de l'effectif. Nous sommes donc en présence de régulations en compétitions. La négociation ne s'affranchit pas des conventions telles que les contrats d'exercice privée des praticiens libéraux qui stipule l'absence d'astreintes obstétriques ou la réglementation sur les astreintes qui les limite à une par semaine pour les anesthésistes publics. Fort de ces dispositions les acteurs ne négocient pas et tentent d'échapper à la mise en œuvre d'une organisation mutualisée. Ce d'autant, que l'engagement des praticiens dans les coopérations est soutenu par des contrats ou conventions peu contraignants qui ne disposent pas des ressources qu'apporte l'exercice d'un réel pouvoir de mobilisation. Sans leaders médicaux le projet de coopération s'enlise dans les négociations. La menace de défection des anesthésistes définit une stabilité qui est acceptée in fine par tous. La solution retenue du recours prolongé à l'intérim médical apparaît obéir d'abord à un arbitrage sur la validité interne des choix pour les professionnels plus que sur l'efficacité organisationnelle et économique du choix et de son impact sur la permanence des soins.

Cette forme d'engagement qui repose sur une solidarité mesurée témoigne de la fragilité et les limites des outils contractuels qui supportent les actions de coopération. Elle nous renseigne aussi sur la faiblesse de l'agence et des directions en matière de prise de décisions contraignantes vis-à-vis de certaines catégories d'acteurs.

## CONCLUSION

De nombreuses mesures réglementaires et de nombreuses injonctions externes accompagnent les actions de coopérations et de restructurations de l'offre hospitalières.

Les établissements se lancent dans des applications partielles et souvent instrumentales des injonctions des tutelles. Le problème du changement n'est pas appréhendé à sa mesure. La mise en œuvre d'un projet de changement organisationnel entre établissements de santé ne peut se contenter d'une démarche planifiée et incitative. Un certain nombre d'aspects d'accompagnement du changement semble manquer.

Notre travail a permis de préciser les régimes d'engagement des acteurs dans le changement et la régulation collective. En effet, les catégories d'analyse de la théorie de la régulation sociale se prêtent bien à l'étude de la conduite du changement : elles permettent de différencier l'action selon les modalités de sa construction, son autonomie par rapport au projet de changement et de coopération, les objectifs et enjeux propres aux acteurs. Elles permettent aussi de distinguer plusieurs catégories de règles en fonction des acteurs qui les déterminent. Dans ce sens, nous avons distingué la régulation de contrôle qui émane de l'agence régionale, des règles conjointes issues de négociation entre les directions d'établissements, des régulations autonomes qui proviennent des groupes de médecins.

La régulation de contrôle que nous avons mis à jour est de type entrepreneuriale. Le changement est imposé mais pas de manière autoritaire mais prescriptive. Elle cadre les coopérations par ses actions incitatives mais reste fortement dépendante des opportunités de changement engendrées par l'environnement des établissements. Il est risqué d'initier des changements organisationnels de telles envergures en abordant la coopération sous un angle strictement instrumental.

La régulation conjointe bâtie sur un partenariat opportuniste, bien que légitimant les actions de coopérations par sa nature pragmatique, trouve ses limites. Les formes de régulation conjointes sont dépendantes de l'action publique et de son action incitative. Elles négligent trop la construction d'un sens partagé du projet et favorisent les démarches ambivalentes. Elles intègrent peu les acteurs traditionnels des relations professionnelles que sont les médecins notamment. Néanmoins elles favorisent les conditions d'apprentissage du dialogue entre établissements sans toute fois faire émerger un sens partagé aux changements organisationnels.

La « solidarité contractuelle modérée » nous renseigne sur force de l'autonomie de certains acteurs au détriment des enjeux contractuels et collectifs. Ici, la qualité et la pérennité des actions collectives sont dépendantes de la « qualité » des ressources humaines mobilisées et de la rareté des compétences à mobiliser. Ces négociations peuvent se nouer autour d'une situation de crise (disparition des chirurgiens et des radiologues), puis évoluer vers une régulation qui s'attache à améliorer l'efficacité des prises en charge (réduire les lignes de gardes, mutualiser les moyens). Mais les régulations autonomes ne sont pas linéaires. En dépit des outils juridiques et des prescriptions, il en ressort une solidarité mesurée à l'échelle des disciplines médicales qui témoigne de la concurrence entre les régulations (pratiques multi-sites/temps de garde réglementaire/fatigue et pénibilité/rémunérations additionnelles/moindre attractivité des recrutements...).

Il n'y a pas de conflits violents car les acteurs résistent par leur non-engagement dans l'action de coopération. Les négociations s'ancrent dans la durée. En dépit de résistances notables, progressivement la régulation à l'œuvre construit des règles d'organisation du travail qui créent des interdépendances fortes entre les équipes. Les frontières entre les établissements s'estompent pour constituer une prise en charge territorialisée sur de nombreux aspects des prises en charge.

Du point de vue de l'état de l'art, nous avons montrés comme les travaux existants cités précédemment que les moyens d'action de la politique publique, même si les outils de contractualisations deviennent plus pesants, restent principalement les incitations financières. Comme les auteurs nous avons révélés que les directeurs d'établissements représentent un vecteur clé de la mise en œuvre de la politique publique de restructuration, réactifs aux opportunités de l'environnement ils négligent la conduite du changement pour se concentrer sur des aspects formels et contractuels. Nous avons aussi montrés que les médecins sont des acteurs incontournables, à la fois acteurs des concertations car ils peuvent y avoir intérêts mais aussi acteurs récalcitrants ; ils construisent un « ordre négocié » qui répond à des modes de régulations en concurrence. La solution coopérative pour être adoptée et engager de nouvelles pratiques, doit trouver plus qu'un problème à résoudre comme en témoigne la problématique de la permanence des soins. Les acteurs pour s'engager doivent y découvrir un intérêt et du sens.

Ces initiatives territoriales témoignent d'une recomposition de l'offre qui n'est pas achevée, comme le révèle la précarité de certains arrangements et la faiblesse des outils contractuels. Le projet est ambitieux car il vise la transformation des organisations et une

reconfiguration des frontières et des rôles des organisations. Compte tenu de la complexe imbrication des différents modes d'engagement, la coopération territoriale est exposée à d'importants risques d'enlisement si les apprentissages collectifs réalisés dans le cours des projets s'avèrent insuffisant pour entretenir efficacement une coopération légitimée par l'implication des acteurs de terrain. De plus, la coopération territoriale, complexe articulations d'engagements, soutenue par des outils juridiques et contractuels peu contraignants, ne dispose pas des ressources qu'apporte l'exercice d'un réel pouvoir de décision qui est partagé ici entre de (trop) nombreux acteurs. Sans support de ce type, les coopérations territoriales parviendront-elles à pérenniser la permanence et la continuité des soins ?

Aussi, il importe de sensibiliser les acteurs de terrains, qu'il s'agisse des promoteurs des politiques publiques ou des initiateurs internes aux établissements quand à la nature des enjeux que les coopérations soulèvent. Le choix de s'engager d'abord sur la négociation d'aspects formels et structurels (nature des contrats juridiques...) peut se faire au détriment du projet médical et donc laisser de côté les enjeux cliniques et organisationnels des prises en charge. In fine, sans la participation des médecins, les organisations nouvelles ne pourront voir le jour. Aussi est-il prudent d' enrôler dès le départ les acteurs qui seront au cœur des pratiques. Les transformations de cette ampleur ne se résument pas à la seule adaptation aux besoins de l'environnement, elles engagent les frontières des organisations mais aussi la nature de ses missions. Dans ce sens le pilotage à distance de la tutelle est aussi à interroger.

Annexe : Tableau récapitulatif des coopérations inter établissement issue du terrain

Les caractéristiques des coopérations du point de vue des actions mises en œuvre, les gains et les coûts des partenariats pour les établissements se trouvent dans le tableau ci-après. Nous avons également indiqué les enjeux de planification sanitaire et les outils contractuels qui supportent ces coopérations.

	Etablissement de proximité	Clinique	Etablissement de référence / de proximité
Coopération en place ou en cours	<p>Accès aux avis chirurgicaux des privés pour la couverture des urgences et de la maternité</p> <p>Construction de la clinique sur le site de l'hôpital</p> <p>Mutualisation des blocs opératoires et environnement du bloc</p> <p>Mutualisation de la stérilisation</p> <p>Permanence en imagerie médicale avec l'hôpital de référence : mutualisation des postes et télé-imagerie</p>	<p>Concession de service public en contre partie de la participation des chirurgiens à la couverture de la maternité et des urgences</p> <p>Construction de la clinique sur le site de l'hôpital</p> <p>Mutualisation des blocs opératoires et environnement du bloc</p> <p>Mutualisation de la stérilisation</p>	<p>-Mutualisation de l'équipe de direction</p> <p>-Consultations avancées de médecine et mise en œuvre de filières gradées entre les structures</p> <p>-Permanence en imagerie médicale pour l'hôpital de proximité : mutualisation des postes et télé-imagerie</p> <p>- Principe de subsidiarité dans certaines disciplines médicales (alcoologie, neurologie, gastroentérologie)</p>

	Mise en place de filière (amont/aval) concertée principe de subsidiarité (« chimiquement pur »)	Mise en place de filière (amont/aval) concertée principe de subsidiarité (« chimiquement pur	
Gains	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Efficience accrue par baisse de couts relatifs des astreintes chirurgicales et blocs opératoires</li> <li>-Pérennisation de la maternité et des urgences par la couverture chirurgicale privée</li> <li>-Pérennisation de l'imagerie médicale par la mutualisation des postes avec l'HR</li> <li>-Nouvelles autorisations de médecine / PREF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nouvel outil de travail</li> <li>-Disparition de la concurrence et OQOS ambitieux</li> <li>-Rémunérations complémentaires pour les chirurgiens</li> <li>-Recrutement accrue de clientèle par les urgences</li> <li>-Attractivité pour les nouveaux praticiens-actionnaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mise en place du principe de subsidiarité en médecine au travers de consultations avancées dans quelques disciplines</li> <li>-Captation de clientèle sur un territoire de proximité via filières concertées</li> <li>-Mutualisation d'équipe possiblement plus attractif (gardes, nouveaux outils d'imagerie...)</li> </ul>
Coûts	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Période de transition très onéreuse à la fermeture de la chirurgie : recours ++ à l'intérim médical</li> <li>-Altération provisoire de l'image de marque de l'établissement auprès de la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tensions sur la charge de travail des chirurgiens (avis chir + chirurgie d'urgences non programmée qui désorganise le plan opératoire) et surcouts pour l'organisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La mise à disposition de personnel n'est pas rémunérateur (T2A)</li> <li>-Déstabilise équipe par le multi-site sur des équipes déjà incomplètes et dissuade recrues</li> </ul>

	clientèle (détournement provisoire des urgences vers autres ET)	<p>-Tensions avec les praticiens car CSP engage la direction mais pas les libéraux (secteur 1)</p> <p>-Pression sur les anesthésistes (risque de rendre les postes moins attractifs)</p>	-Concurrence d'un pôle fort en chirurgie et en médecine
Du point de vue de la planification sanitaire	Maintien d'une offre complète de proximité (MCO)	Continuité et pérennité de l'offre grâce à la solidité de la clinique et de son attractivité sur les ressources rares	Gradation de l'offre de médecine entre établissements qui est salutaire à l'établissement de référence
Outils juridiques et contractuels mobilisés	CPOM, accords cadres, conventions de coopérations, groupement de coopération sanitaire,		<p>CPOM, conventions de coopérations, fédération médicale interhospitalière, groupement de coopération sanitaire et communauté hospitalière de territoire</p> <p>Projet médical partagé</p>

## **BIBLIOGRAPHIE :**

Bercot, R., (2009), Rationaliser la gestion des blocs opératoires : la négociation des territoires et des légitimités professionnelles, Rationalisations hospitalières, Sciences de la Société, n°76.

Bercot, R., La coopération au sein d'un territoire de santé, Négociations, territoires et dynamiques professionnelles, Négociations, 2006-1, n°5.

Cattla M., De la genèse d'une régulation territorialisée à l'émergence d'une gouvernance territoriale, Droit et société, vol. 44, 2007.

Claveranne J-P., Pascal Ch. et Piovsesan D., Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation, Revue française des Affaires sociales, n° 3, juillet-septembre 2003, 55-78.

Contandriopoulos A.-P., Minvielle E., (2004), La conduite du changement, Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière, Revue Française de Gestion, n°150.

Contandriopoulos A.-P., (2003), Inertie et changement, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol.9, n°2, 4-31.

Contandriopoulos, A.-P., Souteyrand, Y., (dir.), (1996), L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins. Ed. J. Libbey Eurotext, Montrouge.

Commaille J., Jobert B., Les métamorphoses de la régulation publique, LGDJ, Paris, 1998.

Denis J.-L., Lamothe L., Langley A., (2001), The dynamic of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. Academy of Management Journal, 44, 4, 809-837.

De Tersac G., (ed) La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements. La découverte, Paris, 2003.

Gaudin J-P., L'action publique. Sociologie et politique, Sciences Po – Les presses et Dalloz, Paris, 2004.

Hatchuel, A., (2003), La théorie de la régulation est-elle une théorie de l'action collective ? Essai sur la théorie de la régulation de Jean Daniel Reynaud, dans De Tersac, La théorie de la

régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements. La découverte, Paris, 289-302.

Jobert, A., (2003), Quelle régulation pour l'espace territorial ? dans De Tersac, La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements. La découverte, Paris, 134-146.

Kerleau, M., L'agence régionale de l'hospitalisation : un espace de négociation pour les restructurations hospitalières ? Revue française des Affaires sociales, n° 3, juillet-septembre 2003.

Lascoumes, P. et Le Galès, P., Gouverner par les instruments, Sciences Po – Les presses, Paris, 2004.

Latour, B., (2004) Politiques de la nature, Comment faire entrer les sciences en démocratie, La Découverte, Poche Sciences Humaines et sociales.

Le Galès, (1998), Régulation, gouvernance et territoire, dans Commaille et Jobert, Les métamorphoses de la régulation politique, Paris, LGDJ, coll. Droit et Société.

Letourmy A. et Vallette A., (2005), Les contextes français et québécois, dans Contrandriopoulos et al (ed) L'hôpital en restructuration, Presses de l'Université de Montréal.

Loilier T., (2010), Innovation et territoire, le rôle de la proximité géographique ne doit pas être surestimé, Revue française de gestion, vol. 36, n°200, janvier, 16-35.

Meriaux O., « Le débordement territorial des politiques », dans Faure, A. (ed) L'action publique et la question territoriale, PUG, Grenoble, 2005.

Mintzberg et Westley (1992), Cycles of organization change. Strategic Management Journal, 13.

Paradeise C., « La théorie de la régulation sociale à l'épreuve de la pratique », dans De Tersac (ed) La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements. La découverte, Paris, 2003.

Paturel R., (2007), « Grandeurs et servitudes de l'entrepreneuriat », Editorial du n° spécial de la Revue Internationale de Psychosociologie consacré aux représentations entrepreneuriales, Direction R. Paturel, C. Schmitt et C. Bourion, Volume XIII, n° 31, Hiver 2007, 27-43.

Pinson, G., 2004, Le projet urbain comme instrument d'action publique, dans Lascoumes et Le Galès, Gouverner par les instruments, Sciences Po – Les presses, Paris, 2004.

Raveyre M. et Ughetto P., « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », Revue française des Affaires sociales, n° 3, juillet-septembre 2003, 97-119.

Reynaud J.D., 1997, Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale, Armand Colin/Masson, Paris.

Reynaud J-D., « Réflexion : Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe » dans De Terssac (ed.), La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud, La Découverte, Paris, 2003.

Thévenot L., 2006, L'action au pluriel, sociologie des régimes d'engagement, La découverte, Paris.

Valette A., Contandriopoulos D., Denis J-L., Contandriopoulos A-P., (2005), L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec, Montréal, Presses Universitaires de Montréal.

Verdier E., Vers une gouvernance territoriale des risques du travail ? Travail et Emploi n°113, 2008, 103-115.

Vincent, C., Volovitch P., Les syndicats face aux restructurations hospitalières, Revue française des Affaires sociales, n° 3, juillet-septembre 2003.