

Les visages de la confiance. Restructurations et gouvernance des cliniques privées

Communication pour les 29èmes Journées des Économistes de la Santé Français

6 et 7 décembre 2007 - Université Catholique de Lille

PIOVESAN David, PASCAL Christophe et CLAVERANNE Jean-Pierre

Ifross Université Lyon 3

18 Rue chevreul 69007 Lyon

Tel : 04 78 78 77 62

Email : david.piovesan@univ-lyon3.fr

www.ifross.com

Résumé :

La thèse de la substitution des modes de gouvernance entre le contrat formel et la confiance informelle a longtemps prévalu. Le scénario de la complémentarité de ces dispositifs organisationnels, théoriquement séduisant, souffre de peu de validation empirique. L'objet de ce papier consiste dès lors à tester la validité empirique de cette thèse à partir du cas des cliniques privées françaises.

Mots clefs :

Clinique privée, gouvernance, contrat formel, mode informel, confiance, théorie de l'agence, substitution, complémentarité

Abstract :

The governance substitution view between contrat (formel) and trust (informel) has prevailed for a long time. The complementarity scenario of these organizational devices is very attractive in theory but suffers from not enough empirical validation. Thus, the object of this article consists on testing the empirical validity of the complementarity view from the case of the French private hospitals.

Keywords :

Private hospitals, governance, formel contrat, informel governance, trust, agency theory, substitution, complementarity

Les premières applications françaises de la théorie de l'agence dans le champ de l'économie de la santé remontent maintenant à plus de vingt ans (Mougeot, 1986 et Rochaix-Sanson, 1986). Un grand nombre de relations d'agence ont été décrites sur le champ sanitaire, allant dans le sens d'une adaptation de plus en plus fine aux spécificités et du cadre sanitaire et des particularités françaises : citons entre autres la relation d'agence entre le médecin et le patient (Ong et alii, 1995 et plus récemment Moujmid-Ferdjaoui, 2000), entre l'assuré-patient et l'assureur (Arrow, 1963, 1985), entre le médecin et la tutelle publique, entre le corps médical et l'administration gestionnaire de l'hôpital, entre le gestionnaire de l'établissement et la tutelle (Fargeon, Minvielle et Valette, 2005, pour une analyse des Agences Régionales d'Hospitalisation).

Très souvent utilisée dans le champ de l'économie de la santé pour décrypter des relations bilatérales, la théorie de l'agence est moins souvent mobilisée pour rendre compte des jeux organisationnels au sein des structures hospitalières alors que le potentiel explicatif de la théorie est également riche et prometteur pour comprendre le fonctionnement interne et complexe d'une organisation (Charreaux, 1999). Pour les tenants de la théorie de l'agence, l'organisation constitue en réalité un ensemble de mécanismes de résolution des conflits d'intérêts entre les différents acteurs (Charreaux et Wirtz, 2006). La bonne gestion des relations de coopération, pour parer aux pièges inévitables liés à l'opportunisme des individus, se doit d'organiser des dispositifs de contrainte et/ou de stimulation afin de limiter les coûts et pertes induits par ces pièges.

Les principaux travaux s'inspirant de ce référentiel théorique se focalisent sur les modes *formels* de gouvernance (Charreaux, 1996 et 1999). Une autre approche, plus récente et minoritaire dans l'approche néoclassique des organisations, se concentre sur les modes *informels* de gouvernance (North, 1990). Ainsi, Wintrobe et Breton (1986), Zaheer, McEvily et Perrone (1998) ou encore Tsai et Ghosal (1998) montrent que la confiance constitue un des moteurs de la gouvernance aussi bien des organisations que des réseaux. De même, Coleman (1988) puis Granovetter (2000) montrent que le capital social constitue un « lubrifiant » des rapports sociaux au sein d'une organisation ; il facilite la coordination entre acteurs et permet de réduire les coûts de coopération dans une organisation.

Mais, malgré l'apport de ces travaux hétérodoxes, l'analyse des mécanismes de gouvernance est restée largement concentré sur les modes formels (Hart, 2001), réduisant souvent le réseau social à une dynamique exogène ou à un facteur de contingence (« a shifting parameter » selon Williamson, 1991)

Il apparaît donc que les travaux sur les modes formels ont largement minoré le rôle des facteurs informels dans la gouvernance, l'inverse étant tout aussi vrai. De ce constat assez récent (Zenger, Lazzarini et Popo, 2001), sont nés différents travaux visant à mieux comprendre comment s'articulaient mode formel et mode informel dans la gouvernance des organisations. Dans cette approche, ces derniers peuvent ainsi se compléter, s'opposer voire se substituer, et ainsi produire des effets variables sur le fonctionnement global de l'organisation.

Si la thèse de la substitution des modes de gouvernance a longtemps prévalu (Dyer et Singh, 1998), des travaux plus récents (Poppo, Zenger, 2002) tentent de montrer que la complémentarité constitue aussi un pattern explicatif intéressant, même si les validations empiriques restent à ce jour modestes. L'objectif de notre communication consiste dès lors à tester empiriquement la validité du scénario de la complémentarité des modes de gouvernance à partir du cas de l'évolution des modes de gouvernance des cliniques privées françaises.

1 Gouvernance relationnelle et contrat formel : substitution ou complémentarité ?

La question des relations entre modes formels et informels de gouvernance n'a pu naître qu'à partir du moment où les travaux sur l'informel ont acquis une reconnaissance dans la communauté scientifique. S'il existe bien sûr des travaux déjà anciens sur ces dimensions (on pense ainsi à Macaulay, 1963 ou Macneil, 1978), leur légitimité reste somme toute récente, (Granovetter, 1985, Burt, 1992).

La thèse de la substitution a longtemps constitué l'approche dominante pour envisager les relations entre les différents dispositifs de régulation mais, à la suite de North (1990), une autre hypothèse a pu s'envisager : la complémentarité.

1.1 La thèse de la substitution

Dyer et Singh (1998) argumentent la thèse de la substitution des modes formels et informels en montrant que les dispositifs informels reposant sur la confiance et la réputation supplantent les mécanismes formels de contrôle de la relation. Gulati (1995) se montre encore plus explicite quand à la substituabilité dans ces travaux sur les alliances interfirmes : « *La confiance permet d'éviter les coûts de transaction, réduit la nécessité de surveiller et facilite les adaptations relationnelles [...] Entre d'autres mots, la confiance peut se substituer aux contrats hiérarchiques dans bien des cas...* » (p.93). Récemment, Corts et Singh (2003) valident empiriquement le scénario de la substitution pour les industries du forage offshore.

On peut ainsi résumer en deux points l'argumentation de la thèse de la substitution.

Premièrement, les contrats formels seraient inutiles car les relations informelles basées sur la confiance, les liens interpersonnels ou les normes sociales permettent une coopération entre acteurs moins coûteuse et moins complexe (Granovetter, 1985, Uzzi, 1997, Dyer et Singh, 1998).

Deuxièmement, et de façon plus convaincante, non seulement les contrats formels ne sont pas nécessaires à une bonne gestion de la relation d'agence (argument n°1), mais les modes formels sont dangereux (argument n°2) car le recours à la formalisation contractuelle témoigne d'une défiance entre les parties prenantes (Macaulay, 1963). En effet, recourir au contrat formel, c'est se défier de l'autre, se prémunir de son opportunisme, c'est donc penser qu'il n'est pas digne de confiance ; et donc, penser que l'autre pense que l'on n'est pas digne de confiance peut provoquer la rupture de la relation. Le mécanisme formel fonctionne ainsi comme un signal de méfiance et donc engendre des coûts d'agence supplémentaires pour les parties, nuisant ainsi à l'efficacité optimale de la coopération.

En définitive, dans une approche substitutive, en présence de gages de confiance ou dans le cas d'une gouvernance relationnelle, tout mécanisme formel se révèle au mieux inutile, au pire contreproductif (Poppo, Zenger, 2002).

Alors que la thèse de la substitution a longtemps prévalu (Gulati 1995 ; Dyer et Singh, 1998), il semble que depuis quelques années, la thèse de la complémentarité soit plus perçue comme pertinente pour expliquer la complexité des relations entre les différents modes de gouvernance.

1.2 La thèse de la complémentarité

Trois arguments militent en faveur de la thèse de la complémentarité des modes de gouvernances notamment dans les situations où l'incertitude est forte.

Premièrement, l'association des deux gouvernance permet de solidifier et d'allonger la durée prévue de la relation entre les parties prenantes en réduisant les gains dont pourraient bénéficier un des contractants en se retirant prématurément de la relation. L'espérance de gain provenant de l'introduction d'une formalisation permettant ainsi une stabilité relationnelle entre les contractants dépasse l'espérance de gain d'un comportement opportuniste des parties qui pourraient envisager de se délier de leur engagement et donc de profiter à leur avantage des asymétries d'information. Ainsi, le contrat complète et améliore la simple relation informelle par l'émergence d'anticipations croisées positives (Lazzarini, Miller et Zenger, 2004).

Deuxièmement, le formel peut compléter l'informel. En effet, le fait de mettre par écrit la contractualisation présage d'une volonté forte et durable de coopérer dans le futur et constitue donc un signal positif donné au contractant. Le recours au contrat permet aussi de déterminer à l'avance d'une part les modalités d'ajustement du contrat en cas de changement et d'autre part les modalités de règlement des conflits (Macneil, 1978). Le recours à l'un de ces mécanismes dépend ainsi de la période visée dans le cycle de vie d'une relation de coopération : à certains moments, (émergence), les mécanismes formels seraient indispensables ; à d'autres périodes (renégociation), la confiance primerait.

Troisièmement, et à l'inverse des arguments précédents, ce sont ici les éléments informels qui peuvent compléter une relation contractuelle par nature incomplète. Dans ce cas, la confiance entre les parties permet de combler les lacunes du contrat et donne aux parties l'assurance qu'aucun des contractants ne tirera profit des incertitudes inhérentes à toute relation d'agence.

La première validation empirique d'une telle approche date seulement de 2002 (Zenger et Poppo, 2002) à partir d'une enquête sur le management dans les sociétés de système d'information américaine. Si les avantages théoriques de cette hypothèse ont d'avantage fait l'objet d'éclairages (Vlaar et alii, 2007 ou Vandaele et alii, 2007), l'apport de travaux empiriques reste encore modeste (Lafontaine et Raynaud, 2002 ; Lazzarini, Miller et Zenger,

2004 ; Woolthuis, Hillebrand et Nooteboom, 2005). Très récemment, Cavusgil, Deligonul et Chun (2007) montrent l'efficacité d'un dispositif mixte formel et informel pour réduire l'opportunisme des distributeurs étrangers pour les manufactures américaines.

L'objet de notre propos consiste ainsi à tester la pertinence explicative du scénario de la complémentarité des modes de gouvernance sur un objet particulier : les cliniques privées françaises, posant ainsi pour la première fois la question « complémentarité versus substitution des modes de gouvernance » aux organisations sanitaires françaises.

2 Démarche méthodologique adoptée : source et outils

Acteur incontournable du système de santé quand on regarde la répartition des parts de marché public-privé (deux entrées sur trois en chirurgie, une entrée sur deux en médecine et obstétrique, une spécialisation très forte sur certains segments d'activité comme la cataracte ou les arthroscopies), la clinique reste un objet de recherche peu et mal connu par les sciences économiques (Hartmann, 2000, Claveranne et Piovesan, 2003). Contrairement à l'hôpital qui fait l'objet de nombreuses recherches tant en économie qu'en gestion, la clinique demeure un angle mort. Ce constat est d'autant plus dommageable que la spécificité française de la clinique fait qu'elle diffère largement d'autres modèles vers lequel on pourrait se tourner. Alors que l'accès aux sources premières s'est facilité ces dernières années dans le cas de l'hôpital public, l'appréhension de la clinique est plus délicate dans la mesure où l'accessibilité des données est obturée.

Cette étude se fonde donc sur l'analyse longitudinale de 13 recherches interventions menées dans des cliniques privées, dans le cadre le plus souvent de diagnostics stratégiques et de démarches de restructuration. Les données collectées portent sur la composition de l'actionnariat et son évolution depuis la création de la clinique, les contrats d'exercice des praticiens, la structure fonctionnelle et notamment l'évolution de la place accordées aux fonctions contrôle de gestion et qualité, la présence ou non d'une démarche de normalisation exogène (certification) ou endogène (label qualité interne). Ces données ont été recueillis dans le cadre d'entretien semi-directifs avec les dirigeants actuels et passés, et avec fondateurs de ces cliniques (entretiens, observations, analyse financière, prises de note, etc.), et à partir d'un travail systématique de recueil documentaire portant sur les documents comptables et

juridiques. Toutes ces données ont fait l'objet d'un recueil rétrospectif et longitudinal. Chaque fois, elles ont été confrontées entre elles, dans une logique de triangulation (Denzin, 1989).

Le choix des études de cas a été privilégié car il se révèle particulièrement adaptée dans des projets de recherche à visée compréhensive (Yin, 1994). L'étude de cas multiples (et non pas l'étude d'un seul cas, plus riche) a été privilégiée pour faire face à la très grande diversité du paysage des cliniques (Eisenhardt, 1989). La méthode du cas unique permet une compréhension fine des mécanismes intra-organisationnels mais se révèle insatisfaisante dans la perspective de dessiner le panorama du paysage hospitalier privé dans toute son hétérogénéité.

3 Le cas des cliniques privées

L'intérêt de cette étude repose sur la possibilité de tester empiriquement la validité de la thèse de la complémentarité pour expliquer l'évolution des rapports entre les dirigeants de cliniques et les médecins libéraux qui y travaillent.

3.1 La clinique, un objet économique non identifié

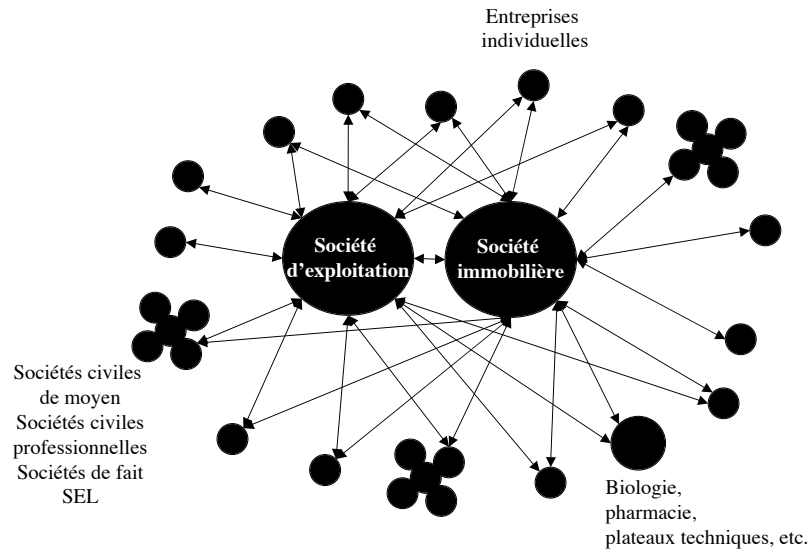
Derrière le terme générique clinique se cache une complexité organisationnelle, économique et juridique, qui prend la forme de montages juridiques et financiers plus ou moins complexes et plus ou moins opaques en fonction de l'histoire de la clinique et des relations des différents acteurs entre eux. Ce que l'on appelle communément la clinique est en fait la résultante de l'imbrication de plusieurs sociétés représentant une multitude d'acteurs aux intérêts divers (*Document 1*) :

- une société d'exploitation,
- une société civile immobilière qui possède les murs de la société d'exploitation,
- et une ou plusieurs sociétés civiles (professionnelles et/ou de moyens) regroupant le plus souvent, et ce, séparément, des chirurgiens, des anesthésistes ou encore des radiologues, auxquelles peuvent s'ajouter des sociétés de fait ou des sociétés d'exercice libéral.

Parce que le terme générique clinique masque une architecture complexe, il est nécessaire d'aller au-delà de la *clinique formelle* (« la clinique du logo ») pour approcher la *clinique réelle* caractérisée par un véritable « jeu de lego » (Claveranne, Pascal, Piovesan, 2003). Elle constitue une « structure transactionnelle » (Fréry, 1996) dans la mesure où elle se compose

d'organisations autonomes liées entre elles par des successions de transactions récurrentes dans le cadre d'une « chaîne de transactions » (Piovesan, 2003).

Document 1 – L'architecture organisationnelle de la clinique réseau.



Par le terme clinique, on entend généralement seulement la société d'exploitation, qui ne constitue en réalité qu'une des parties constitutives de la clinique réseau. Pour sortir de cette focale abusive, il est nécessaire de considérer l'enveloppe de la clinique, c'est-à-dire l'ensemble des sociétés qui gravitent autour et au sein de la clinique. On comprend ainsi que la clinique est fondée ontologiquement sur le mode réseau. On peut donc définir la clinique comme une grappe stabilisée d'acteurs indépendants et regroupés. On perçoit aussi l'infinitude du réseau puisque un élément périphérique au réseau anime et développe lui-même un autre réseau, dont il est le centre.

Cette architecture rappelle les travaux américains menés sur les réseaux d'organisations de santé (Luke, Begun et Pointer, 1989). On peut trouver dans le concept de quasi firm (Eccles 1981) ou dans celui de fédérations interstructures (Provan 1983, 1984 ; D'Auno et Zuckerman 1987) des références utiles pour comprendre la clinique privée française. L'anatomie organisationnelle de la clinique la fait aussi ressembler à un « nœud de contrats » ou un « nœud de traités » (Aoki, Williamson, Gustafsson, 1990) et rend particulièrement pertinent le cadre d'analyse inspiré de M. Jensen et W. Meckling (1976). La clinique est une illustration empirique particulièrement emblématique de la théorie de l'agence.

3.2 Les restructurations des cliniques

Le secteur des cliniques est actuellement un marché très fragmenté : les quelques groupes présents ne représentent qu'environ 25 % du marché en terme de chiffres d'affaires ; le reste des entreprises étant constitué de PME indépendantes. Toutefois, ici comme ailleurs, la définition de ce qu'est un groupe reste un gageure tant les critères peuvent varier pour apprécier les périmètres : à une première approche géographico-juridique (proximité, région, France, international), peut se conjuguer une approche reposant sur la ligne de produit proposée par la clinique (l'affermissement de l'hyperspécialisation médicale structure la gamme d'activité de la clinique et du groupe). Bien qu'une certaine diversité prévale, nous concentrerons notre propos sur les groupes internationaux de cliniques présents en France (Générale de Santé, Capiro, BlackStone pour les plus importants)

La structuration du marché des cliniques est le fruit de l'histoire des médecins et des cliniques qu'ils ont fondé (Claveranne et Piovesan, 2003). Les premières cliniques naissent, avant guerre comme dans l'immédiat après guerre, comme des extensions du cabinet individuel du médecin sous la forme de mini-plateaux techniques. Ces petites cliniques, construites sur le modèle de la *clinique-villa* (cabinet au rez-de-chaussée, clinique à l'étage, logistique en sous-sol), sont le produit de la chirurgie scientifique et technicienne naissante. Le médecin demeure seul dans son exercice professionnel. Il est difficile de dénombrer statistiquement le nombre de clinique villa encore existante mais l'histoire du secteur hospitalier nous incitent à penser qu'elles ont disparu.

Toutefois, la nécessité d'agrandir le plateau technique et de le moderniser sous l'effet des progrès récurrents de la médecine amène d'autres médecins libéraux (les disciples du fondateur), le plus souvent de la même spécialité, à rejoindre la clinique-villa pour mutualiser leurs ressources financières et en particulier leur capacité d'investissement face à des équipements technologiques dont le coût s'est renchéri. Ce passage de l'exercice individuel à l'exercice collectif scelle la naissance de la clinique privée en tant qu'organisation : c'est la *clinique éponyme*, caractérisée par *l'intuitu personnae* qui associe les médecins. La confiance et les liens interpersonnels demeurent, malgré l'évolution de cette configuration (*Document 2*), le fondement de la coordination de la clinique réseau. Il est difficile cependant d'estimer le nombre de cliniques éponymes actuelles : elles sont progressivement rachetées mais combien en reste-il ?

Document 2 – Les idéaux types de cliniques

	CLINIQUE VILLA	CLINIQUE EPONYME (« L'INTUITU PERSONNAE »)			CLINIQUE ANONYME (« L'INTUITU FINANCIER »)
		« le fondateur et les disciples »	« les héritiers »	« les affranchis »	
Paramètres structurants					
Propriété de l'exploitation	La clinique appartient au fondateur	Le fondateur (quelque fois avec des disciples)	Les héritiers spirituels du fondateur	Géographie du capital éclatée : actionnariat médical + investisseurs non médicaux	Actionnariat de groupe (financier, assurantiel, fonds de pension, etc.), régional, national ou international
Rapports entre la propriété de l'exploitation et de l'immobilier	Confusion dans la mains du leader fondateur	Le fondateur (quelque fois avec des disciples si manque de capitaux)	L'immobilier est détenu par la succession familiale du fondateur (les héritiers sanguins) ou à défaut par les héritiers spirituels	Il n'y a pas de recoupement entre la propriété de l'exploitation et celle de l'immobilier	Non : externalisation de l'immobilier sur des investisseurs institutionnels non médecins
Montage juridique	Simple : la clinique constitue le prolongement du cabinet individuel	Simple : une société d'exploitation, une société civile immobilière	Complexe, avec développement du lego	Plus complexe, avec intrication de multiples sociétés	Très complexe car reposant sur des holdings et des mini-cliniques en cascade
Partie clé de la structure					
Eléments clés de la structure	Le leader fondateur	Le fondateur et les disciples	Les héritiers sanguins et spirituels	Les affranchis (la troisième génération de médecins)	Direction du groupe, directions régionales, directions d'établissements

[Sources : Claveranne, Piovesan, 2003]

La clinique anonyme (ou la clinique financière), dont la clinique de groupe représente la version juridiquement et économiquement la plus aboutie, constitue le troisième idéal type de clinique, dans lequel le capital n'appartient plus au médecin mais à des investisseurs extérieurs.

4 Résultats et état d'avancement

4.1 Gouvernance formelle et informelle et configurations de cliniques

Le soubassement de la clinique éponyme repose sur la volonté du médecin de sortir de la solitude de son exercice professionnel (clinique villa) en se regroupant avec de jeunes confrères, tout juste sortis de leur cycle de formation, en qui il y a confiance parce qu'ils ont été formés au sein d'une même école, par un même chef, dans une même vision de ce qu'est la médecine. Cette « confiance technique » repose sur une standardisation des méthodes et des mentalités liée au processus de socialisation et de formation inhérent à l'exercice médical (Hall, 1946). La confiance constitue donc le lubrifiant principal de l'action médicale

collective organisée parce que le mode de recrutement des associés est fondé quasi-exclusivement sur *l'intuitu personae*.

Dans ce contexte, les mécanismes de contrôle formels sont extrêmement réduits. La clinique éponyme se caractérise par l'absence de technostucture au sens de Galbraith. Il n'y a pas de cadres dirigeants distincts des propriétaires, ni de fonction contrôle de gestion. Ce mode de fonctionnement s'apparente à celui d'un clan (Ouchi, 1979) : personne d'extérieur au clan (les associés fondateurs) ne doit participer (ou être au courant) aux arbitrages effectués au bénéfice de ses membres. Dans les cliniques au capital très fermé, la réunion de l'assemblée générale ordinaire annuelle ou du conseil d'administration se résume à un pur exercice formel dénué de tout contenu (dont la forme la plus courante est la signature formelle des PV au cabinet de l'avocat), les décisions essentielles ayant déjà été prises à d'autres moments, entre associés. Ce fonctionnement est inhérent à la concentration du capital entre quelques mains et à la volonté de maximiser l'intérêt individuel des membres du clan : l'entreprise leur appartient au sens archaïque (voire atavique) du terme.

La transformation de la possession du capital va cristalliser la rupture avec ce mode de fonctionnement fondé sur la confiance : le capital n'est plus majoritairement médical et certains médecins sont écartés (les jeunes n'accèdent ainsi que rarement à la propriété de l'exploitation). Ces transformations et l'arrivée d'une nouvelle catégorie d'actionnaires financiers vont produire des changements dans les mécanismes de gouvernance au sein de la clinique. La logique du propriétaire financier revient désormais à **maximiser la rentabilité de la clinique**, en agissant à la fois sur les créneaux d'activité, les volumes d'activité et enfin les coûts de production. Une telle logique est étroitement dépendante du **capital social des médecins**.

En effet, le champ médical est composé de réseaux. L'efficacité et l'efficience de ces réseaux reposent sur le capital social de chacun médecin qu'il peut mobiliser au gré des besoins de la prise en charge. Ce capital social recouvre l'ensemble des relations qu'il a nouées avec ses confrères susceptibles de lui adresser des patients, ou dont il peut solliciter l'expertise et avec lesquels il peut partager des savoirs et des pratiques, et les confrères de disciplines « voisines », clientes ou fournisseurs de soins au patient au cours de la prise en charge. Ce capital social est une ressource essentielle pour le médecin à double titre :

- D'un point de vue professionnel, il permet à chaque médecin de mobiliser rapidement les actifs cognitifs nécessaires pour réaliser au mieux la prise en charge d'un patient.
- D'un point de vue économique, la possibilité de mettre en tension rapidement et simplement un réseau de correspondants auxquels le médecin accorde sa confiance offre un double intérêt : augmenter le volume d'activité et le chiffre d'affaires de chacun, fluidifier la prise en charge du patient entre les différentes structures en diminuant la durée moyenne de séjour.

On comprend dès lors que la maîtrise du capital social de chacun des médecins de la clinique constitue un enjeu stratégique majeur pour les propriétaires de la clinique. Dans les cliniques des grands groupes (dont on rappelle qu'elles ne constituent qu'une des versions de la clinique anonyme ; il faudrait ainsi conduire une analyse nuancée sur la réalité de ces transformations dans les autres formes de cliniques anonymes), au contraire des cliniques éponymes, les mécanismes de contrôle formel sont dès lors très présents.

En réalité, l'irruption et l'implantation durable de ces actionnaires financiers dans le capital des cliniques va cristalliser le divorce des intérêts entre la clinique et les médecins libéraux. Ces actionnaires souhaitent en effet maximiser la rentabilité de la société d'exploitation de la clinique, sur laquelle les médecins avait reporté indûment de nombreuses charges de fonctionnement. Mais cette nouvelle volonté de rationalisation se conjugue aussi avec d'autres mouvements qui induisent, par eux-mêmes, le développement de mécanismes formels :

- l'advenue d'une médecine scientifique (*l'Evidence-Based Medicine*) induisant la mise en place de protocoles et de processus dans les organisations de santé,
- le renforcement du contrôle de l'Etat se traduisant par l'instauration de normes de transparence et de sécurité,
- la prise de conscience que l'hyper spécialisation médicale va découper le processus de production en de multiples de disciplines (le passage du colloque singulier au colloque pluriel) nécessitant ainsi transparence et coordination formelle. La chaîne de confiance qui alliait des médecins autour d'un même patient ne se suffit plus à elle-même tant l'acte médical s'est spécialisé et technicisé.

C'est parce que les médecins se sont déchargés sur la clinique éponyme de tous ces frais (liés aux transformations de la médecine et de l'Etat) que la clinique de groupe va chercher à

rationaliser et agir sur la compression des coûts par la mise en œuvre d'un contrôle de gestion, qui sera considéré par les médecins comme un système de défiance.

On pourra trouver deux illustrations de l'essor de ces mécanismes formels :

(1)- *le développement du contrôle de gestion* :: ce contrôle se manifeste notamment sur une exploitation fine du PMSI (programme médicalisé des systèmes d'information) ainsi que sur le déploiement de systèmes d'information intégrés permettant de gérer et d'évaluer la production (logiciels de gestion du bloc opératoire, logiciel de gestion des urgences, dossiers patients informatisés, modules de comptabilité analytiques couplés avec le PMSI). La fonction qualité tend également à occuper un rôle de plus en plus important, avec la création de postes de responsables qualité à temps pleins autrefois réservés aux établissements publics. Dans les cliniques de groupe comme CAPIO ou la Générale de Santé, l'activité de reporting des différentes cliniques vers le siège prend également une part croissante, de façon à réduire l'asymétrie d'information entre les détenteurs du capital et les établissements.

(2)- *des nouveaux contrats d'exercice libéral pour les médecins*, qui, par rapport aux anciens contrats, ne contiennent plus de clause d'exclusivité et imposent un taux plafond de dépassement d'honoraires. De ce fait, l'initiative du recrutement de nouveaux opérateurs passe progressivement de la communauté médicale au management de la clinique.

Nous avons donc montré dans cette première partie que la clinique éponyme renvoie à une gouvernance informelle (fondamentalement basée sur la confiance et le capital social des médecins) et que la clinique anonyme repose principalement sur une gouvernance formelle. Cette analyse de l'arrivée de nouveaux actionnaires non médicaux (majoritairement des fonds de pension) dans le capital des cliniques et la constitution de groupes de cliniques qui n'ont plus rien à voir avec *l'intuitu personnae* qui animait les premières cliniques éponymes tendrait à faire prévaloir la thèse de la substitution des modes de gouvernance. Mais la réalité n'est-elle pas plus complexe ?

4.2 Complémentarité ou substitution

C'est bien à une substitution des mécanismes de gouvernance à laquelle on a l'impression d'assister lorsque l'on observe les restructurations qui se sont déroulées ces dernières années dans le secteur des cliniques et les changements afférents des modes de régulation. Toutefois,

une analyse plus fine de ces transformations nous conduit à nuancer ce premier constat et à évoquer le scénario de la complémentarité des modes de gouvernance.

En effet, les difficultés concrètes rencontrées par les dirigeants des groupes de cliniques et cliniques anonymes pour maîtriser les comportements de leurs opérateurs médicaux soulignent les limites de la gouvernance purement formelle. Si au début des années 1980, le rachat par des groupes ou des chaînes de cliniques semblait ne devoir entraîner, pour les médecins, que des conséquences favorables sur l'optimisation de l'usage des ressources et sur les équipements technologiques à acquérir par le biais de capacités d'investissements plus importantes, il est assez vite apparu de nouveaux éléments qui ont modifié la posture des médecins. Ce qui semblait *inéluçtable* à l'origine — la montée du groupe, l'impuissance des communautés médicales, la résignation des médecins dans la défense de leur profession — est aujourd'hui perçu par les médecins comme un phénomène éventuellement *réversible*. Dans cette période récente, tout s'est passé comme si les médecins, après avoir admis qu'ils pouvaient se désengager des réflexions stratégiques et de gestion de leur établissement et donc devenir des « employés » du groupe, se sont trouvés confrontés assez rapidement à l'idée qu'ils devaient par eux-mêmes constituer des forces de stabilisation du système de production. N'ayant plus de prise directe sur le devenir de leur établissement, les médecins s'activent aujourd'hui à formaliser des « stratégies disciplinaires » qui les aident à garder une certaine forme de contrôle sur le développement, dans leurs établissements, de leurs disciplines et des disciplines avec lesquelles ils sont en étroite interaction.

Ces évolutions laissent ainsi penser que la confiance n'aurait pas complètement disparu mais se serait simplement déplacée à l'intérieur de la clinique déterminant de nouveaux modes de confiance : ce sont les *visages de la confiance*. Ce mouvement se caractérise par l'émergence, au sein de la clinique, de communautés médicales, qui fédèrent les praticiens d'une même spécialité. C'est entre orthopédistes que l'on se regroupe, voire entre chirurgiens si l'établissement n'est pas assez grand, pour compter un nombre suffisant d'orthopédistes. Certaines disciplines se sont plus investies que d'autres dans ces communautés médicales comme les anesthésistes ou d'autres spécialités (ophtalmologie, urologie, stomatologie). Cet investissement plus actif relève, il est vrai, de la nature des disciplines et de l'organisation du travail qui en est induite, des caractéristiques des tâches et activités (durée, fréquence, intensité, rythme). Certaines communautés médicales parviennent même à s'ériger en « porte-parole » des membres du groupe. Dès lors, les questions contractuelles (taux de redevance,

modalités de calcul, locations immobilières) et stratégiques (projet médical, chiffre d'affaires) sont débattues non plus entre la clinique et le médecin (ce qui pourtant semble indiquer la nature individuelle du contrat du médecin) mais entre la clinique et la communauté médicale.

Le développement de ces formes d'action collective permet aussi de fonder un « groupe » qui peut regrouper plus d'une dizaine de praticiens de même discipline dans le cas d'un établissement de grande taille. Dès lors, la communauté bénéficie aussi des effets de seuil lui conférant un avantage certain sur le marché local de la profession et la détention de parts de marché supérieures qui sont autant de promesses d'une rentabilité financière plus élevée.

Ces nouvelles formes d'action collective médicale s'apparentent à des communautés entrepreneuriales dont le fondement repose sur des éléments de gouvernance informelle : confiance, liens personnels, capital social en sont notamment les éléments constitutifs. Ces dernières années, marquées par l'affermissement des groupes et de leur volonté d'imposer une gouvernance formelle en lieu et place de la gouvernance informelle, ont donc vu se développer, à l'intérieur des cliniques anonymes, de nouveaux mécanismes de régulation pour mieux structurer un contrepouvoir médical au capital financier. Ces communautés, si elles tendent à se maintenir, nous feraient ainsi plutôt plaider pour le scénario de la mixité des modes de gouvernance, le renforcement des mécanismes de contrôle formel d'un côté ne supprimant pas la fécondation de modes informels de régulation de l'autre côté. La situation actuelle se caractériserait donc plutôt par une hybridation des modes de gouvernance dans les cliniques.

5 Conclusion

Les traces de ce nouveau modèle sont minces (car nous décrivons des changements en cours de réalisation) mais permettent malgré tout de se livrer à un exercice qui, poussé jusqu'à son extrême, dessine une autre image de la gouvernance des cliniques. Si le scénario que nous décrivons se confirme, l'hybridation, due à la pression exercée par le capital financier sur les mécanismes informels, conduira en retour les médecins à imaginer de nouveaux modes d'action fondé sur la confiance.

Ces communautés ont toutefois eu des effets limités par rapport à leurs objectifs. Au sein des groupes de cliniques, bien qu'en la matière une certaine diversité prévale, la participation des

médecins aux réflexions stratégiques demeure réduite. Le rôle des communautés médicales, malgré les efforts des médecins, reste fréquemment cantonné à la défense d'intérêts professionnels.

Plusieurs interrogations demeurent malgré tout. Cette mixité des modes de régulation constitue-elle une situation qui perdurera ou les acteurs (financiers et médicaux) trouveront-ils des arrangements plus stables pour construire un équilibre gagnant-gagnant ?

Se dessinent par ailleurs, dans la continuité des communautés, un mouvement d'autonomisation de ces structures collectives, à l'extérieur des cliniques, cette forme constituant ainsi le point final de l'investissement collectif du médecin parmi ses pairs au détriment de son investissement dans un établissement. Assistera-t-on au développement dans le futur de ces nouvelles communautés médicales indépendantes ?

6 Bibliographie

1. AOKI M., WILLIAMSON O. et GUSTAFSSON B., *The Firm as a nexus of Treaties*, London, Sage Pub, 1990, 358p
2. ARROW K., "The Economy of Agency" in PRATT W. et ZECKHAUSER W., *Principals and Agents : the Structure of Business*, Harvard Business School, 1985, p.49
3. ARROW K., "Uncertainty and the welfare economics of medical care" in *American Economic Review*, vol. 53, 1963, pp.941-975
4. BEJEAN S., "Les nouvelles approches théoriques en économie de la santé : fondements épistémologiques, divergences et convergences" in SAILLY J.-C. et LEBRUN T., *Dix ans d'avancées en économie de la santé*, Actes des XIXèmes Journées des Economistes de la Santé Français, Ed. John Libbey Eurotext, 1997, p.12
5. BURT R., *Structural Holes, The Social Structure of Competition*, Harvard University Press, 1992.
6. CAVUSGIL T., DELIGONUL S., CHUN Z., « Curbing Foreign distributor opportunism : an examination of trust, contracts and the legal environment in international channel », in *Journal of International Marketing*, 2004, 12-2, pp.7-27
7. CHARREAUX G., « La théorie positive de l'agence : lectures et relectures », in KOENIG G., (coord.), *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise du XXIème siècle*, Paris, Economica, 1999, pp.6-41
8. CHARREAUX G., *Vers une théorie du gouvernement des entreprises*, Cahier de recherche du GRECO/LATEC, mai 1996, 56p.
9. CHARREAUX G., WIRTZ P., *Gouvernance des entreprises : nouvelles perspectives*, Paris, Economica, 2006, 394p.
10. CLAVERANNE JP., PASCAL C. et PIOVESAN D., « Les restructurations des cliniques privées : radioscopie d'un secteur en mutation », in *Revue Française des Affaires Sociales*, vol. 3, juin-juillet 2003, pp.55-78
11. CLAVERANNE JP., PIOVESAN D., « La clinique privée, un objet de gestion non, identifié », in *Revue Française de Gestion*, 2003,
12. COLEMAN, J. S., "Social capital in the creation capital", in *American Journal of Sociology*, vol.94, 1988, (supplement), p. 95-120.
13. CORTS K., SINGH J., « The effect of repeated interaction on contract choice : Evidence from offshore drilling », in *Journal of Law, Economics and Organization*, 2004, 20-1, pp.230-260
14. DENZIN N., *The research act : a theoretical introduction to sociological method*, New York, P.H. Englewood Cliffs, 1989, 306p.
15. DYER J., SINGH H., « The relationnal view : cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage », in *Academy of Management Review*, 1998, 2, pp.660-679
16. EISENHARDT K., "Agency Theory : An assessment and review" in *Academy of Management Review*, vol. 14-1, 1989, pp.57-74

17. EISENHARDT K., "Building Theories from case Study Resaerch" in *Academy of Management Review*, vol. vol. 14, n° 4, 1989, pp.535-550
18. FRERY F., "L'entreprise transactionnelle" in *Gérer et Comprendre*, 1996, pp.66-78
19. FARGEON V., MINVIELLE E. et VALETTE A., « Les ARH, entre Big Bang et réforme », in CONTANDRIOPOULOS D. et alii, *L'hôpital en restructuration, Regards croisés sur la France et le Québec*, Presses Universitaires de Montréal, 2005, pp. 37-58
20. GRANOVETTER M., « Economic action and social structure, the problem of embeddedness », *American Journal of Sociology*, 1985, 91, pp.481-510
21. GRANOVETTER M., *Le marché autrement, les réseaux dans l'économie*, Paris, Desclée de Bowers, 2000, 253p.
22. GULATI R., « Does familiarity breed trust? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances », *Academy of Management Journal*, 1995, n°38, pp.85-112.
23. HART OD., *Norms and the theory of the firm*, Harvard Institute of Economic research, 2001, Discussion Paper, Cambridge
24. HARTMANN L., *Régulation, Tarification et incitations dans le secteur hospitalier privé en France*, Thèse d'économie, Aix-Marseille, 2000, 358p.
25. JENSEN M. et MECKLING W.I., "Coordination, Control and the Management of Organizations : Course Notes" in *Harvard Business School Working Paper*, vol. 98-098, 1998, p.8
26. JENSEN M., MECKLING W., « Theory of the firm : managerial behavior, agency costs ad ownership structure », in *Journal of Financial Economics*, 1976, vol. 3, pp. 305-360
27. LAFONTAINE F., RAYNAUD E., « The Role of Residual Claims and Self-enforcement in Franchise Contracting » in BROUSSEAU E., GLACHANT JM. (eds.), *The Economics of Contract in Prospect and Retrospect*, Cambridge University Press, 2002, pp.315-336.
28. LAZZARINI S., MILLER G., ZENGER TR., « Order with a little bit of law : complementarity versus substitution between formal and informal arrangements », in *Journal of Law, Economics and Organizations*, 2004, 20-2, pp. 261-298
29. MACAULAY S., « Non contractual relations in business : a premilinary study », in *American Sociological Review*, 1963, 28, pp.55-70
30. MACNEIL, IR., « Contracts :adjustment of long-terme economic relations under classical, neoclassical and relationnal contract law », in *Northwestern University Law Review*, 1978, 72, pp.854-905
31. MOUGEOT M., *Le système de santé : centralisation ou décentralisation*, Paris, Economica, 1986, 184p.
32. MOUJMIID-FERDJAOUI N., *La relation d'agence médecin-patient : expérimentation d'un outil de révélation des préférences des patients*, Thèse de sciences économiques, université Lyon 1, Gresac, 2000, 304p.
33. NORTH DC., *Institutions, institutionnal change and economic performance*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990
34. ONG L.M.L., DEHAES J.C., LOOS A.M. et LAMMES F.B., "Doctor-patient communication : a review of the litterature" in *Social Science and Medicine*, vol. 40, 1995, pp.903-918
35. PIOVESAN D., *Les restructurations des cliniques privées. Adaptations, évolutions ou métamorphoses*, Thèse de gestion, Ifross, Univ. Lyon 3, 2003 ? 509p.
36. POPPO L., ZENGER T., « Do Formal Contracts And Relational Governance Function As Substitutes Or Complements? », in *Strategic Management Journal*, 2002, n°23, pp.707-725
37. ROCHAIX-RANSON L., *Asymétries informationnelles et comportement médical*, Université de Rennes I, Thèse de doctorat en sciences économiques, 1986, 420p.,
38. ROSS S.A., "The Economic Theory of Agency : The Principal's Problem" in *American Economic Review*, vol. 63-2, 1973, pp.134-139
39. TSAI, W., GHOSAL, S. (1998). "Social capital and value creation : The role of intrafirm networks". *Academy of Management Journal*, vol.41, p. 464-478.
40. UZZI B., « Social structure and competition in interfirm networks », in *Administrative Science Quarterly*, 1997, 42, pp.35-67
41. VANDAELE D., RANGARAJAN D., GEMMEL P., LIEVENS A., « How to govern business service exchanges : contractual and relational issues », *International Journal of Management Reviews*, 2007, 9-3, pp.237-258
42. VLAAR P., VAN DEN BOSCH F., VOLBERDA H., « On the evolution of trust, distrust and formal coordination and control in interorganizational relationships : toward an integrative framework », in *Group and Organization Management*, 2007, 32, pp.407-429
43. WILLIAMSON O., « Calculativeness, trust, and economic organization », *Journal of Law & Economics*, vol. 36, April 1993b, pp. 453-486.
44. WILLIAMSON O., « Comparative economic organization : the analysis of discrete structural alternatives », in *Administrative Science Quarterly*, 1991, 36, pp.269-296

45. WILLIAMSON O., Les institutions de l'économie, Paris, Interéditions, 1994, p.86
46. WINTROBE, R. et BRETON, A., « Organizational structure and productivity », in *American Economic Review*, Vol.76, N°3, Juin 1986
47. WOOLTHUIS R., HILLEBRAND B., NOOTEBOOM B., « Trust, contracts and relationship development », in *Organization Studies*, 2005, 26-6, pp.813-840
48. YIN R., Case Study Research, London, S. Pub, 1994, 161p.
49. ZAHEER A., McEVILY, B., PERRONE V., « Does trust matter ? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance », in *Organization Science*, 9-2, 1998, pp.141-159
50. ZENGER TR., LAZZARINI S., POPPO L., Informal and formal organization in New Institutional Economics, working paper, oct. 2001, 42p.