

# **Vers une approche typologique d'alliance stratégique: Le cas du secteur sanitaire à l'île de la Réunion**

## **Résumé:**

Bien que les chercheurs aient proposé des typologies d'alliance stratégique, une connaissance globale de l'ensemble de ces dernières reste peu explorée. Ainsi, cet article envisage la proposition d'une typologie exhaustive de l'alliance stratégique.

A cet égard, nous exposerons les différents types des relations d'alliance en mobilisant le modèle SMOCS (Smida, 1995). Ce dernier est basé sur une articulation à trois dimensions: Objectifs, Moyens et Contexte. Ainsi, nous dégagerons en combinant ces dimensions quarante neuf types d'alliances allant de l'unidimensionnelles, bidimensionnelles au tridimensionnelles.

Une méthode de recherche qualitative sera adoptée. Cette démarche s'appuie sur l'analyse de vingt trois entretiens semi-directifs réalisés avec plusieurs acteurs du secteur sanitaire à l'île de la Réunion et des données secondaires.

Les résultats de notre recherche montreront qu'il existe plusieurs formes d'alliances stratégiques entre organisation sanitaire. L'application de notre modèle d'analyse permettra de valider seize types d'alliance dont trois alliances unidimensionnelles, sept alliances bidimensionnelles et six alliances tridimensionnelles. En effet, nous avons dégagé une forte présence de la dimension contexte dans onze type d'alliance stratégique contrairement au travaux antérieurs qui mettent l'accent sur les moyens ou objectifs.

Ce travail présente un double intérêt, un apport conceptuel et empirique, à savoir l'étude des différentes configurations et la proposition d'une typologie exhaustive d'alliance stratégique. Cette approche typologique génère un intérêt managérial quant au choix porté par les managers sur le type d'alliance en adéquation.

**Mots clés:** Alliance stratégique, Typologie, Modèle intégrateur, Secteur Sanitaire

## INTRODCUTION

Face à la mondialisation, à l'ouverture des marchés à l'international et à l'abaissement des barrières géopolitiques et institutionnelles, les entreprises se trouvent dans un jeu concurrentiel. Ainsi, ces dernières ne sont plus en mesure de faire cavalier seul et s'attachent à d'autres alternatives. L'alliance devient, de ce fait, une solution incontournable et joue un rôle primordial et stratégique pour la plupart des entreprises.

D'ailleurs, depuis les années quatre vingt, on note une croissance explosive des diverses formes de collaborations inter-entreprises. Ces dernières sont généralement regroupées sous le terme « alliance stratégique» (Tsang, 1998). Toutefois, ce sujet traduit certaines interrogations des acteurs s'intéressant à des relations de rapprochements. Face notamment à des cessations prématurées accusant un taux d'échecs élevés (Hughes et Weiss, 2007). Ce paradoxe résiduel entre le nombre croissant d'opérations d'alliances et d'échecs dans cette relation met en évidence la nécessité pour les gestionnaires d'appréhender ce phénomène. A cet égard, le choix d'un type de rapprochement par les alliés peut provoquer des situations d'échecs. Ainsi, la forme d'alliance fait partie intégrante des échecs et des baisses des performances suffisamment nombreuses (Varadarajan et Cunningham, 1995 ; Rangan et Yoshino, 1996).

Dans cette perspective, la question des formes d'alliance reste significative dans l'analyse du sujet. En effet, les typologies d'alliance stratégique proposées dans la littérature antérieure tournent autour de trois dimensions, à savoir, les objectifs de l'engagement dans une telle stratégie (Golden et Dolinger, 1993 ; Das et Teng, 2001), les moyens recherchés et/ou partagés (Puthod, 1995 ; Yoshino et Rangan, 1995 ; Rhoades et Lush, 1997 ; Tsang, 1999 ; Gudmundsson et Rhoades, 2001 ; Mudambi et al., 2009 ; Culpan, 2009 ; Zamir et al., 2014) et le contexte lié au choix de ce phénomène (Anastassopoulos et al., 1985 ; Cueille, 2002) ou encore la combinaison de deux dimensions (Garette et Dussauge, 1995 ; Wang et Evans, 2002 ; Jaouen, 2006).

Face à ce constat, l'objectif de cet article est l'émergence d'une approche typologique complète des alliances stratégiques permettant ainsi de dégager les différentes formes. Cette démarche mobilise le modèle « SMOCS » qui s'inspire du diagramme de Venn permettant ainsi de dégager quarante neuf types d'alliances stratégiques.

Sur la base de l'analyse par thématique de vingt trois entretiens semi-directifs avec les acteurs du secteur sanitaire à l'île de la Réunion et des données secondaires, nous avons dégagé seize formes d'alliance stratégique dont trois formes d'alliances unidimensionnelles, sept formes d'alliances bi-dimensionnelles et six formes d'alliance tridimensionnelles. Cet article cherche à combler la lacune portant sur l'absence d'une typologie exhaustive des alliances stratégiques au niveau de la littérature antérieure. Quant à la pertinence managériale, notre réflexion contribuera à l'aide et au choix de la forme d'alliance stratégique.

## **1. Les alliances stratégiques : Cadre d'interprétation théorique**

Malgré l'intérêt croissant des études portant sur ce phénomène, résident des lacunes dans la littérature. Au-delà des controverses autour de la définition de l'alliance stratégique, un manque de clarté et de consensus sur l'ensemble des formes qui émergent sous cette terminologie (Kauser et Shaw, 2004 ; Cuplan, 2009). A cela s'ajoutent des modèles d'analyses partiels émergeant dans la littérature afin d'expliquer ces relations. En effet, plusieurs chercheurs ont proposé des typologies d'alliance stratégique toutefois aucune de ces dernières n'est exhaustive et complète.

### **1.1. Les typologies d'alliance stratégique**

L'état de l'art sur la recherche antérieure présente un manque de consensus sur la définition de l'alliance stratégique. En effet, un premier courant définit l'alliance au postulat des relations de rapprochements qui visent l'atteinte des objectifs (Perlmutter et Heenan, 1988 ; Parkhe, 1991 ; Hagedoorn, 1993 ; Kanter, 1994 ; Mohr et Spekman, 1994), un deuxième courant explique l'alliance stratégique comme une relation de rapprochement permettant le partage et/ou l'échange des moyens (Glaister et

Buckley, 1998 ; Gulati, 1998 ; Dussauge et *al.*, 2000 ; Lima et Filho, 2009), un troisième courant présente la relation d'alliance comme une solution face à un contexte (Mazzali et Costa, 1997 ; Doz et Hamel, 2000). Ou encore des chercheurs décrivent la relation de rapprochement en combinant deux dimensions parmi les trois précitées. Face à la complexité apparente de la mise en œuvre des relations d'alliances, une définition générale des alliances peut s'édifier au postulat des principales caractéristiques soulignées par les spécialistes du domaine. Ainsi, nous définissons l'alliance stratégique comme un rapprochement entre deux ou plusieurs organisations concurrentes ou non pour la réalisation d'une partie ou la totalité de leurs objectifs commun ou non, d'allier une partie ou la totalité de leurs ressources (moyens) ou non, et de répondre à une opportunité ou pour faire face à des menaces, ou alertes de l'environnement.

Ce manque de conceptualisation au niveau de la définition de l'alliance stratégique s'accompagne par un manque de consensus sur sa typologie. En effet, la recherche antérieure tend à souligner que certains chercheurs classifient les alliances stratégiques selon leurs objectifs et leurs orientations stratégiques (Golden et Dollinger, 1993 ; Das et Teng, 2001), tandis que d'autres se basent sur l'engagement des diverses ressources au sein de l'alliance afin d'en différencier les types (Rhoades et Lush, 1997 ; Tsang, 1999 ; Gudmundsson et Rhoades, 2001 ; Mudambi et *al.*, 2009) ou encore en se basant sur le contexte qui constituent les variables environnementales (Cueille, 2002). En élargissant d'avantage la classification, certains chercheurs s'appuient sur la combinaison des objectifs et moyens (Dussauge et Garrette, 1995 ; Puthod, 1995), ou encore des moyens et contexte (Wang et Evans, 2002).

La typologie proposée par Lavalette et Niculescu, (1999) s'appuie sur les objectifs d'alliance particulièrement variés. Ces derniers distinguent trois catégories d'objectifs fortement rattachées à la notion de croissance poussant les entreprises à s'allier :

- Transférer ou acquérir un nouveau métier
- Transférer ou acquérir un savoir-faire identifié

- Transférer ou acquérir une spécialité industrielle, commerciale ou financière

Quant à Tsang (1999) propose une typologie d'alliance stratégique en se basant sur l'engagement des ressources, et plus particulièrement l'apprentissage dans les alliances stratégiques. L'auteur distingue deux axes d'alliances reposant sur « l'apprentissage des compétences de l'autre partenaire » et « l'apprentissage par l'expérience d'alliance stratégique ». Quatre modes d'apprentissage sont identifiés, à savoir : asymétrique, non mutualiste, compétitif et non compétitif.

Dans la recherche francophone, la typologie d'alliance stratégique la plus citée est celle proposée par Dussauge et Garrette (1995). Selon une étude menée sur des alliances entre concurrents, ces auteurs distinguent trois types d'alliances stratégiques :

- Les alliances de co-intégration : l'objectif est l'effet de taille sur un stade isolé du processus de production.
- L'alliance pseudo-concentration : l'objectif est l'effet de taille sur le produit complet, communs aux alliés.
- Les alliances complémentaires : l'objectif est la valorisation de la complémentarité des contributions.

La typologie proposée s'appuie sur les objectifs et les moyens et a été validée empiriquement, notamment, dans les secteurs aéronautiques et automobiles (Dussauge et *al.*, 2000).

Enfin, les typologies d'alliance en s'appuyant sur le contexte. Ce dernier constitue l'élément initiateur d'une relation d'alliance stratégique (Anastassopoulos et *al.*, 1985 ; Cueille, 2002). Anastassopoulos et *al.*, (1985) proposent une typologie d'alliance stratégique en créant le lien entre les différents contextes (concurrentiel, technologique, financier et social) et le type d'allié (l'Etat, les concurrents, les clients et fournisseurs, groupe de pression). Les auteurs dégagent six formes des stratégies relationnelles.

Quant à Cueille (2000), l'auteur a étudié les alliances stratégiques dans le secteur sanitaire français. L'étude spécifie en quoi l'alliance stratégique revêt différentes formes, telles que les coentreprises,

accords de licence à long terme et contrats d'approvisionnement, projets de développement conjoints, ou autres ressources ou d'échanges d'informations. Ainsi, les organisations sanitaires se reposent sur la prise en compte de l'influence des variables environnementales et organisationnelles selon la stratégie élaborée et sa mise en œuvre par ces organisations (Cueille, 2002).

Face à la multitude des formes d'alliances, nous constatons que les typologies proposées par les chercheurs antérieurs dépendent de trois dimensions de base:

- Selon les objectifs multiples de l'alliance allant de l'accès aux ressources à l'amélioration de la compétitivité et des parts de marché de renforcement (Franco et haase, 2015).
- Selon les moyens tangible et intangible partagés et échangés entre les alliés. Cette dernière constituent la dimension la plus recherchée derrière le choix de ce rapprochement. En effet, la plupart des entreprises rencontrent un problème de disponibilité des ressources (Ulrich, 1983).
- Selon le contexte de l'alliance qui constituent l'ensemble des variables environnementales. Ainsi, les entreprises sont systématiquement en recherche de nouvelles opportunités de marché dans des conditions d'incertitudes accrues et concurrentielles (Beverland et Bretherton, 2006).

## **1.2. Les modèles d'analyse partiels**

Nombreux sont les auteurs qui ont signalé le manque d'analyse des « processus » à indices explicatifs des alliances stratégiques (Ring et Van de Ven, 1994). Pourtant, la littérature qui traite de la prospective, du management stratégique et de l'alliance stratégique offre des modèles possibles au service d'une base à une meilleure appréhension de ce rapprochement (Noel et Zhang 1993 ; Vyas et *al.*, 1995 ; Smida, 1995 ; Lado et *al.*, 1997 ; Whipple et Fränkel, 1998 ; Bengtsson et Kock, 2000 ; Evans, 2001; Dyer et *al.*, 2001 ; Gnyawali et Park, 2009 ; Viana et Souki, 2015). Parmi ces modèles, les investigations quant à ce phénomène se sont vues confrontées aux problèmes de conceptualisation. En outre, pour déterminer un modèle conceptuel, il est important de mettre en avant les dimensions des alliances stratégiques qui restent de rigueur (Vyas et *al.*, 1995). Ainsi, nous constatons un hiatus entre les dimensions de base d'une alliance stratégique et les modèles mobili-

sés afin de l'expliquer. D'ailleurs, Noel et Zhang (1993) ont signalé la difficulté à déterminer un modèle intégrateur en mesure d'expliquer le phénomène d'alliance dans sa globalité.

A cet égard, nous citons le modèle de Das et Teng (2001). Dans un article publié dans *Journal of International Management*, ces auteurs proposent un modèle de structuration des alliances stratégiques reposant sur les perceptions des risques. Dans une telle relation, ces derniers estiment l'existence des antécédents de la perception du risque, le risque relationnel et de performance, la perception du risque et la préférence structurelle et pour finir, la résolution des préférences. Ce modèle s'appuie sur les travaux de Das (1986). Ce dernier démontre, sur la base d'une enquête auprès d'un large échantillon d'entreprises, que les perceptions de gestion de l'environnement de travail sont essentielles à l'anticipation de leurs intentions stratégiques. Les auteurs s'attèlent, selon ce modèle à déterminer l'objectif global comme facteur réducteur maximal du risque total. Cet objectif est fixé par les décideurs en réaction à une situation elle-même qualifiable selon leurs perceptions de l'environnement. Il s'agit, de la sorte, d'appréhender d'une meilleure façon le processus de structuration d'alliance stratégique. Cette dernière assigne un rôle important aux décideurs au postulat de leurs perceptions dont le mode de fonctionnement est comparable à celui d'un filtre sur l'environnement et l'objectif. Ainsi, Das et Teng, dans leurs modèles partiels, s'appuient sur deux dimensions, l'objectif et le contexte d'alliance.

Wigley et Provelengiou (2011), proposent un modèle explicatif du processus de création et de gestion de l'alliance stratégique, reposant sur les objectifs et les moyens engagés dans une alliance stratégique. A cet endroit, les objectifs de l'alliance, l'obligation des partenaires au partage des ressources et compétences s'élaborent sur la confiance et la communication permanente entre partenaires. Dès lors, dans la conception de leurs modèles, les auteurs s'appuient sur les objectifs et les ressources dans les alliances mais négligent, par ailleurs, les aspects de l'environnement et son impact sur la pérennité et le succès de la coopération. Cette variable est prise en compte dans le modèle de Viana et Souki (2015). En effet, les auteurs ont cherché à envisager un cadre conceptuel

permettant l'analyse de la formation et la gestion de l'entreprise. Ils considèrent que les entreprises constamment influencées par l'environnement dans lequel elles évoluent et qu'en raison de leurs capacités limitées, ne sont pas en mesure de développer ou produire toutes les ressources dont elles ont besoin.

Quant à Dan et Zondag (2016), le modèle développé par leurs soins mesure les facteurs observables au moment de la formation de l'alliance. Cette étude porte sur l'alliance dans l'industrie bio-pharmaceutique. Les auteurs considèrent que les partenaires doivent prendre en compte les particularités du marché, et pas uniquement les caractéristiques du partenaire lors d'une décision d'alliance. Ainsi, les alliés sont tenus à un référentiel contextuel lors d'une alliance caractérisée par une forte intensité technologique et une densité élevée du marché. Le contexte constitue alors la dimension de base d'une alliance stratégique.

Au postulat de cette incohérence apparente entre les modèles d'analyses et les dimensions de base des alliances, cette partie fait valoir la nécessité d'une approche globale à surmonter les limites des modèles et approches actuelles. Simultanément à ce constat, une prolifération des accords d'alliances avec une variété de conceptualisation des alternatives de ces derniers ayant vu le jour. Sans oublier qu'une stratégie d'alliance revêt de nombreuses formes et prolifère sur tous les types.

## **2. Vers une approche typologique des alliances stratégiques**

Basé sur une vaste revue de la littérature arguant les modèles et approches des alliances stratégiques, nous proposons, dans ce qui suit, un modèle conceptuel fournissant une approche globale mettant en abymes les dimensions des alliances stratégiques. Ainsi, nous présentons le modèle SMOCS que nous mobiliserons afin de proposer notre approche typologique.

### **2.1. Modèle d'analyse proposé**

Pour expliquer l'alliance stratégique, la présente partie s'est appuyée sur le modèle "SMOCS" (Stratégies de Moyens, Objectifs, Contextes Scénarisées) de Smida (1995). Cette approche configurationnelle trouve son inspiration de la théorie des ensembles (Diagramme de Venn).



Elle s'appuie sur les concepts de la prospective. À la base, ce modèle a été conçu pour délimiter et étudier les différentes combinaisons d'avenirs en combinant les trois catégories d'avenirs (les contraintes, les possibles et les souhaitables). Il s'agit d'un modèle utilisé pour choisir les stratégies futures destinées à mieux satisfaire les attentes de l'entreprise, à mieux utiliser ses moyens d'actions et à faire face à ses contraintes (Smida, 2007). Il suggère que les décideurs adoptent des stratégies qui ont simultanément des dimensions réactives, préactives et productives pour gérer la cohérence et l'utilité de ce modèle à l'appréhension des stratégies, de façon à déterminer le choix le plus judicieux vis à vis aux futures actions destinées à satisfaire les objectifs de l'entreprise, une meilleure utilisation de ses moyens et faire face aux contraintes de son environnement (Smida, 2007).

Également, le modèle SMOCS est utilisé dans plusieurs optiques pour répondre à des questionnements associés respectivement à l'alliance stratégique (Zouabi et Smida, 2016 ; Ben jemma et Smida, 2015), au capital risque (Smida et Mezraoui, 2015), au stress entrepreneurial (Smida et Gomez Méjia, 2012) ou encore à l'échec entrepreneurial (Smida et Khelil, 2010) ; pour comprendre les contraintes de la décision (Smida, 2007) ; pour conceptualiser et modéliser les moments de prise de décision stratégique (Smida, 2006) ; et pour expliquer l'irrationalité de la décision entrepreneurial de création d'entreprise d'une façon particulière. En effet, ce modèle configurationnel est composé d'un univers de variables favorables ou défavorables, agissant sur l'entreprise et influant sa stratégie. Il s'appuie sur trois dimensions clés (Smida, 1995) reliées à l'alliance stratégique. Le modèle SMOCS présente un univers de variables qui influence les entreprises dans leurs stratégies. Il préconise trois dimensions :

- Les objectifs (O) : fins, attentes, buts que l'organisation poursuit
- Les moyens (M) : incluent les ressources tangibles et intangibles, c'est-à-dire toutes les ressources humaines (compétences, expériences, etc.), organisationnelles (méthodes, processus et plans) et techniques dont dispose la firme à un moment donné

- Le contexte (C) : regroupe les variables imposées par l'environnement, c'est-à-dire, les attentes du contexte et autres contraintes imposées, cependant, hors du contrôle de l'entreprise.

Grâce à ces différents schémas, nous mobilisons le modèle SMOCS (Smida, 1995) afin de dégager une approche typologique des alliances stratégiques. Ce choix est justifié puisqu'il s'agit là, d'un modèle intégrateur sur le plan de la vision de la stratégie, prenant en compte les différentes théories explicitant trois dimensions, à savoir : objectifs, moyens et contexte. Il répond aux approches stratégiques et du dégagement d'une vision typologique.

## **2.2. Vers une typologie de l'alliance stratégique**

L'alliance stratégique peut prendre plusieurs formes. A cet égard, nous présenterons les éléments constitutifs de l'approche intégrative mobilisée. Ainsi, la première dimension recouvre les approches qui accordent une place d'importance aux objectifs. La deuxième est centrée sur les ressources. Enfin, la troisième englobe le contexte considérant les approches dénonciatrices du rôle prépondérant et vital aux variables environnementales de l'alliance. Par ailleurs, les ensembles O, M, et C présentent des espaces communs, soit les intersections entre deux ou trois dimensions.

### **(Figure 1: La typologie d'alliance stratégique)-(Tableau1: Les formes d'alliances stratégiques)**

En nous appuyant sur le modèle SMOCS, nous avons pu dégager 49 types d'alliances stratégiques. Ces types ont des diversités essentiellement basées sur les trois dimensions à l'origine de ce rapprochement : Objectif, Moyen et Contexte ; elles se répartissent comme suit :

- Trois (3) types d'alliances s'appuyant sur la combinaison d'une seule dimension de l'entreprise A et B appelée l'alliance unidimensionnelle. Elle se caractérise par la mise en commun d'une seule dimension, soit des moyens de A et/ou de B, ou les objectifs de A et/ou de B ou afin de faire face à un contexte de A et/ou de B
- Vingt et un types (21) d'alliances s'appuyant sur la combinaison de deux dimensions de l'entreprise A et/ou B appelée l'alliance bidimensionnelle. Cette forme se présente à travers

la mise en commun des moyens et/ou à atteindre des objectifs et/ou afin de faire face à un contexte spécifique.

- Vingt cinq (25) types d'alliances s'appuyant sur la combinaison des trois dimensions de l'entreprise A et B appelée l'alliance tridimensionnelle. Cette forme se présente par la mise en commun des moyens de A et/ou de B, à atteindre des objectifs de A et/ou de B et faire face à un contexte de A et/ou de B.

Ces typologies varient de l'alliance totale d'une combinaison des objectifs, moyens et contextes entre les deux alliés (A et B) à une alliance basée sur une seule dimension des entreprises A et B. Entre ces deux cas figurent 25 types d'alliances associant la combinaison des deux dimensions.

### **3. Méthodologie**

Notre recherche s'intéresse notamment aux alliances stratégiques dans le secteur sanitaire situé à l'île de la Réunion. Le choix de l'échantillon a été établi par choix raisonné (Royer et Zarlowski, 1999). En effet, le choix du secteur est lié à l'émergence de plusieurs mouvements de rapprochement, depuis une vingtaine d'années. Dans cette perspective, au niveau des agrégats macroéconomiques, la France est le pays où le nombre d'établissements publics et privés dans le secteur sanitaire rapporté à la population est le plus élevé : 3200 pour 63 millions d'habitants (1/20.000 habitants) contre en moyenne 1/40.000 en Europe (1/100.000 en Suède) (Retelous et *al.*, 2011). À un autre niveau, en France 491 groupement de coopération sanitaire (GCS) ont été recensés en 2012 contre 65 fin 2006. En effet certaines spécificités liées au secteur sanitaire conditionnent fortement les stratégies de synergies (Lopez et Bréchat, 2016). Ces spécificités sont relatives aux caractéristiques du secteur, aux réglementations, et aux disparités entre les besoins de la population et les ressources limitées. Ainsi combinés, les éléments liés au secteur et ceux relatifs aux besoins de la population, confèrent aux organisations sanitaires une certaine spécificité stratégique.

Concernant, le choix du terrain de recherche, notre région d'étude est originale. L'île de la Réunion est un département et une région française d'Outre-mer. Cette dernière est située à 9000 kilomètres de la France métropolitaine et dénombre plus de 800 000 habitants. La Réunion est située dans l'Ouest de l'océan Indien, dans l'archipel des Mascareignes à environ 684 kilomètres à l'Est de Madagascar, à 188 kilomètres à l'Ouest-Sud-Ouest de l'île Maurice, à 1 436 kilomètres de Mayotte et à 1,650 kilomètres de l'Archipel des Comores. Son emplacement géographique favorise une meilleure coordination avec les îles voisines. En effet, le choix de l'île de la Réunion comme terrain de recherche a été étudié. Deux principaux arguments se trouvent en amont de ce choix. La première raison est l'évolution rapide des opérations de rapprochement ces dernières années, ainsi, on note une augmentation de 300 % de nombre de groupements de coopération sanitaire (GCS) entre 2007 et 2010 ainsi qu'une fusion entre deux centres hospitaliers en 2011 donnant naissance au CHU Réunion. La deuxième raison s'appuie sur la géographie de la Réunion. En effet, du fait de l'espace géographique restreint de l'île, la typologie dégagée recouvre un aspect limité, ce qui permet d'observer toutes formes de rapprochements susceptibles d'exister dans le secteur sanitaire.

Nous avons choisi la méthodologie qualitative. Dans ce cadre, les événements qui se produisent dans leur environnement naturel. Comme le but de notre recherche est de comprendre les formes des relations d'alliances stratégiques entre les organisations sanitaires, ce choix nous paraît pertinent. Ce choix nous impose de faire appel à l'analyse documentaire et aux entretiens. D'ailleurs, la fiabilité des résultats est augmentée selon la multiplicité des sources de données (Benbasat et *al.*, 1987 ; Boyer et McDermott, 1999 ; Barret et *al.*, 2011) et en justifie les propositions (Voss et *al.*, 2002).

Ainsi, cette recherche s'appuie sur la retranscription de vingt trois entretiens semi-directifs et sur l'analyse des documents secondaires. Ces derniers constituent la pierre angulaire de la collecte des données dans le cadre de notre recherche. Ces entretiens ont eu lieu en partie à l'île de la Réunion et

à Paris en mobilisant un guide d'entretien établi préalablement. Notre recherche s'intéresse notamment aux alliances stratégiques dans le secteur sanitaire situé à l'île de la Réunion. De ce fait, nous avons été amenés à effectuer le voyage afin de rencontrer les différents acteurs. Même s'il s'avérait plus simple d'effectuer des entretiens téléphoniques ou via Skype, nous avons fait le choix du déplacement dédié à une appréhension du contexte et, par la même, rencontrer le plus grand nombre possible de personnes. En effet, notre présence sur place nous a largement facilité l'accès au terrain. Durant notre séjour à l'île de la Réunion en 2015, nous avons multiplié les rencontres avec les différents acteurs du secteur sanitaire de cette destination. Subséquemment, notre travail de recherche a retenu l'intérêt des acteurs de santé réunionnais. Cet intérêt s'est matérialisé par le fait de nous accorder des rendez-vous lors de notre séjour d'une durée limitée dans l'île mais également lors de déplacements de plusieurs acteurs de santé réunionnais à Paris dans le cadre du salon de la santé et de l'autonomie qui s'est tenu du 28 au 30 mai 2015. Cette participation a largement favorisé les rencontres et les échanges avec ces acteurs.

Ces différentes rencontres nous ont permis de réaliser 23 entretiens semi-directifs. En moyenne, une durée de 70 minutes ont été conduits, l'entretien le plus court ayant duré 30 minutes et le plus long 125 minutes. Ces entretiens semi-directifs comprenaient des acteurs du secteur sanitaire publiques et privées à l'île de la Réunion. Ces derniers ont été répartis en 6 catégories (les directeurs d'établissements sanitaires, les cadres de santé, les médecins, les infirmiers, les biologistes, autres intervenants). Nous détaillerons ces différents acteurs dans ce qui suit.

**(Tableau 2. Entretiens effectués avec des acteurs du secteur sanitaire à l'île de la Réunion )**

En plus des entretiens, nous avons mobilisé un large éventail de documents, sous diverses natures et formes, mais reste pour autant des sources d'informations qualitatives (Roussel et Wacheux, 2005). Ces derniers demeureront une source de données utiles mais à traiter avec précaution (Dixon-Food et *al.*, 2006). La méthode documentaire permet d'étudier, interpréter et identifier les limites des

sources physiques (Mogalakwe et *al.*, 2006). Leurs avantages résident en ce qu'elles sont produites hors contexte d'études. De la sorte, leurs exploitations restent objectives pour le chercheur qui n'a aucun contrôle sur son matériel d'étude (Rispa, 2002) mais qui peut néanmoins les compiler, analyser et comparer lors de son travail afin d'en faire le meilleur usage (Roussel et Wacheux, 2005).

Lors de notre étude, nous avons procédé à une étude documentaire en utilisant pour support la documentation existante sur le secteur, et plus particulièrement en relation au contexte réunionnais. Les documents écrits sont principalement des rapports, études menées sur le secteur, textes de lois et projets de texte de loi, présentations des organisations et conventions collectives. L'ensemble de ces documents ont validé une meilleure compréhension du secteur, des structures et des différents enjeux auxquels ces dernières sont confrontées. La totalité de ces documents compilés, classés et codés de la façon suivante **(Tableau 3. Recueil des documents écrits dans notre recherche)**

Les données (entretiens transcrits, notes, documents) ont été regroupées et organisées et codées afin d'obtenir une base maniable (Miles et Huberman, 2003). La phase de codage est le processus analytique de base exercé par le chercheur (Corbin et Strauss, 1990). Cet exercice précède l'analyse et l'interprétation rigoureuse pour faciliter l'exploitation des données. Par le codage, nous pouvons préfigurer, conceptualiser et classer les données afin de procéder à la phase d'analyse. Une fois les données données, nous avons procédé à l'analyse à travers le logiciel NVivo 11 afin de dégager les thématiques émergentes. Les traitements des données nous ont conduits à distinguer les différentes dimensions à l'origine de la naissance d'une alliance stratégique. Ensuite, nous avons identifié et testé l'ensemble de nos propositions de recherche relatives aux formes d'alliance stratégique entre organisations sanitaires à l'île de la Réunion. **(Tableau 4. Caractéristiques des entretiens réalisés.)**

## 4. Résultats

Lors des entretiens, nous avons remarqué une difficulté pour décrire les types d'alliances stratégiques. Ainsi, une absence de ce que englobe le terme « Alliance stratégique » manifeste lors des entretiens. Un interviewé stipule:

*« Il y a vraiment un **partenariat** qui a été affiché public/privé de manière importante pour que les activités qui sont déjà développées par le privé et portées puissent être effectuées ensemble et non plus entre guillemets en concurrence, parce que le terme n'est pas tout à fait exact, en tous cas que ce soit vraiment **un échange**, ça c'est une véritable volonté ».* DIRCF

*« On a un **partenariat** un petit peu différent, **d'échange**, je ne sais pas si le terme est exact mais on **collabore avec eux** ».* DIRCF

Nous avons identifié les différentes configurations d'alliance stratégique dans le secteur sanitaire à l'île de la Réunion. En effet, un schéma varié entre établissement public et privé donnant naissance à des alliances stratégiques entre établissements publics et privés mais également entre établissements publics et même entre établissements privés. A cet égard, trois grands axes de configurations émergent des diverses réalités issues du terrain, de notre problématique et méthodologie.

#### **4.1. Les alliances stratégiques unidimensionnelles**

Les alliances stratégiques unidimensionnelles sont les formes d'alliances stratégiques qui se basent sur une seule dimension (Moyens ou Objectifs ou Contexte) lors de la naissance d'une alliance stratégique entre deux organisations A et B. Ainsi, à travers ces rapprochements, les organisations cherchent à atteindre des objectifs spécifiques ou communs, à partager des moyens spécifiques ou communs, à faire face à un contexte particulier ou commun.

Nous avons pu dégager de notre analyse portant sur les organisations sanitaires à l'île de la Réunion trois formes d'alliances unidimensionnelles. Ces derniers s'appuient sur une seule dimension. En

effet, les différentes formes que nous examinerons dans cette section se basent sur les objectifs de A et de B, ou sur les moyens de A et de B ou sur le contexte de A et de B. Ces derniers donnent naissance à une alliance stratégique unidimensionnelle entre l'organisation sanitaire A et B.

- **MA/MB: Centre Hospitalier Universitaire Réunion (CHUR) « A » et le Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER) « B »**

Une alliance entre deux établissements publics. Le CHU Réunion « A » et le centre hospitalier Est « B », notamment au niveau de la direction. En effet, les deux établissements sont indépendants cependant une seule direction assure le management de ces derniers « M<sub>A</sub> » et « M<sub>B</sub> ». Ainsi, le directeur général de CHUR assure la direction du GHER.

- **OA/OB: Centre Hospitalier Universitaire Réunion (CHUR) « A » et le Groupe Clinifutur (GCF) « B ».**

Une alliance entre deux établissements public et privé. D'une part l'établissement public, le CHUR « A » et d'autre part l'établissement privé, le GCF « B ». Les deux établissements cherchent à assurer les soins dans plusieurs spécialités aux quatre coins de l'île « O<sub>A</sub> » et « O<sub>B</sub> ». Ainsi, chaque établissement est spécialisé dans une activité particulière. Le CHUR assure la spécialité de neurochirurgie, en parallèle le GCF assure la spécialité de Cancérologie, etc. Cette stratégie d'alliance a pour objectif de proposer une offre de soins complète à la population réunionnaise mais également de réaliser des économies d'échelle, de réduire les services déficitaires et d'équilibrer financièrement les deux structures « O<sub>A</sub> » et « O<sub>B</sub> »

- **CA/CB: Centre Hospitalier Felix Guyon « A » et L'Hôpital de Pemba situé à la région Cabo Delgado en Mozambique**

Une alliance entre deux établissements publics, le CHU Réunion « A » et l'Hôpital de Pemba « B ». En effet, les deux établissements sont présents dans le même cadre géographique dans le sud de l'océan Indien « C<sub>A</sub> » et « C<sub>B</sub> ». D'où le contexte géographique a incité la naissance d'une alliance stratégique entre les deux établissements. Ainsi, le CHU Réunion aide à la réhabilitation de l'hôpital



de Pemba (région Cabo Delgado). Ci-dessous le récapitulatif des alliances unidimensionnelles:

**(Tableau 5. Récapitulatif des alliances stratégiques unidimensionnelles)**

#### **4.2. Les alliances stratégiques bidimensionnelles**

Dans cette partie, nous présenterons les formes d'alliances stratégiques bidimensionnelles que nous avons pu dégager de notre analyse sur les organisations sanitaires à l'île de la Réunion. Ces dernières s'appuient sur deux dimensions. En effet, les différentes formes que nous exposerons se basent sur les objectifs de A et/ou de B, ou sur les moyens de A et/ou de B ou sur le contexte de A et/ou de B. La combinaison de ces deux dimensions donne naissance à une alliance stratégique bidimensionnelle entre deux organisations sanitaires A et B. Nous présenterons ci-dessous les formes d'alliances stratégiques entre deux établissements sanitaires se basant sur deux dimensions lors de la naissance d'une alliance.

- **CA/CB/MA/MB: Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER) « A » et Clinique de la paix « B »**

Alliance stratégique entre un établissement public et un établissement privé, il s'agit du GHER « A » et la clinique de la paix qui fait partie du Groupe Clinifutur (GCF). Ces derniers partagent les locaux et ont un échange permanent entre le personnel « MA », « MB ». En effet, les deux établissements sont dans le même bâtiment, le GHER fait de la médecine dans plusieurs spécialités (chirurgie, maternité, etc.) et la clinique de la paix est quant à elle, principalement spécialisée dans les soins de suite polyvalents et de réadaptation. Ainsi, le besoin de la population dans l'Est de la Réunion et le besoin du GHER en soin de réadaptation « CA », « CB » ont poussé la clinique de la paix à changer de qualification

- **CA/MA/MB: Clinique Jeanne d'Arc-Orchidées « A » et Laboratoire de biologie médicale « B »**

Une alliance stratégique entre deux établissements privés, d'une part la clinique Jeanne d'Arc-Orchidée qui fait partie du Groupe Clinifutur (GCF) « A », d'autre part le laboratoire biologique privé.

Les deux établissements partagent les locaux mais également d'autres moyens (navette, etc.). « MA », « MB ». Ainsi, pour éviter la collusion les cliniques privées font appel à un laboratoire de biologie médicale. Ainsi un contexte législatif pousse le GCF à des alliances stratégiques « CA ».

- **MA/OB: Groupement Hospitalier Est (GHER) « A » et Médecins libéraux « B »**

Une alliance stratégique entre l'établissement public GHER et le privé représenté par les médecins libéraux. Le GHER « A » met trois services et le personnel « MA » à la disposition des médecins libéraux « B » comme les chirurgiens privés de ville, l'ORL, l'ophtalmologie, les gastroentérologues, les cardiologues. Cette alliance stratégique permet aux libéraux d'assurer le suivi des patients et d'intervenir dans les blocs opératoires de l'hôpital, en particulier dans le service chirurgie traumatologique et orthopédique, viscérale ou ambulatoire « OB ».

- **CA/MB: Groupement hospitalier Est « A » et Clinique Sainte Clotilde « B »**

Une alliance stratégique publique privée, entre le Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER) « A » et la clinique Sainte Clotilde appartenant au Groupe Clinifutur (GCF) « B » pour l'accès à la radiothérapie dans le domaine de la cancérologie. Ce rapprochement entre ces deux établissements est en quelque sorte imposé. En effet, deux établissements à l'île de la Réunion sont habilités à pratiquer l'activité de radiothérapie. La clinique de Saint Clotilde et le CHU Sud Réunion qui ne peut pas assurer cette activité au regard de sa fermeture provisoire « CA ». A cet égard, tous les établissements de l'île envoient leurs patients vers la clinique de Sainte Clotilde qui possède les moyens nécessaires pour assurer l'activité de radiothérapie « MB ».

- **MA/CB: Centre Hospitalier Universitaire (CHU Sud Réunion) « A » et Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER) « B ».**

Une alliance stratégique entre deux établissements publics, d'une part le CHU Sud la Réunion « A » et d'autre part le GHER « B ». En effet, CHU Sud la Réunion dispose de médecins spécialistes et de services dédiés aux activités de neurologie, urologie, ainsi que d'autres spécialités « MA ». Il faut

mentionner également que sur l'île de la Réunion ces spécialités ne sont présentes qu'au niveau du CHU Sud « CB », ce qui explique le recours à cet établissement.

- **CA/MA/MB: Clinique de Sainte Clotilde « A » et Centre de radiologie privé « B »**

Une alliance stratégique entre deux établissements privés, la clinique de Sainte Clotilde qui fait partie du Groupe Clinifutur « A » et un centre de radiologie « B ». Le centre de radiologie est dans les locaux de la clinique moyennant une location « MA », et ajoute aux matériels dont disposent « MB » le matériel de la clinique qu'il loue « MA ». Ainsi, les deux établissements sont indépendants mais partagent les moyens puisque les cliniques ont l'obligation de collaborer avec des radiologues indépendants ainsi un contexte législatif « CA » à l'origine de cette forme d'alliance.

- **MA/MB/CA: Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER) « A » et Centre de radiologie « B »**

Une alliance entre l'établissement public le GHER « A » et un centre de radiologie privé. En effet, le centre de radiologie partage les locaux avec le groupement hospitalier Est Réunion « MA » moyennement une location et le matériel est propre au centre « MB ». Ainsi, le contexte institutionnel compliqué « CB » incite le GHER à externaliser l'activité de radiologie.

- **OA/MB: Centre Hospitalier Universitaire Réunion (CHU Nord) « A » et Clinique Saint Vincent « B »**

Une alliance stratégique entre l'établissement public, CHUR est plus précisément le site de Bellepierre à Saint Denis « A » et la clinique Saint Vincent à Saint Denis faisant partie du Groupe Clinifutur (GCF). En effet, la clinique possède une unité de soin de suite « MB », cette dernière reçoit les patients du CHU site de Bellepierre afin de diminuer les jours d'hospitalisation des patients « OA ».

- **CA/MB: Centre hospitalier Gabriel Martin « A » et Centre de radiologie privé « B ».**

Une alliance stratégique entre un établissement public et un établissement privé. Le centre hospitalier Gabriel Martin (CHGM) « A » et le centre de radiologie privé « B » ont une alliance straté-

gique. Le centre hospitalier Gabriel Martin « A » possède un service de radiologie au sein de l'hôpital avec les moyens nécessaires (IRM, scanner, radiologie, etc.) cependant en cas de panne de ces machines « CA », le centre hospitalier Gabriel Martin oriente les patients vers un centre de radiologie privé qui possède les moyens nécessaires « MB ». Une convention a été créée à cet égard, entre les deux établissements précisant les circonstances d'activation de cette alliance.

- **MA/CB: Centre Hospitalier Universitaire Réunion (CHUR) « A » et Clinique Sainte Clotilde « B ».**

Une alliance stratégique publique privée, entre le CHUR Sud « A » et la clinique Sainte Clotilde qui fait partie du Groupe Clinifutur (GCF). En effet, le CHU Sud est le seul établissement spécialisé en neurologie « MA ». Pour cela la clinique Sainte Clotilde est dans l'obligation de diriger ces patients vers le service neurologie du CHU Sud « CB ».

- **MA/CB: Centre Hospitalier Universitaire Réunion (CHUR) « A » et Clinique Sainte Clotilde « B ».**

Une alliance stratégique entre un établissement public le CHUR « A » et l'établissement privé, Clinique Sainte Clotilde « B ». Cette dernière est une clinique chirurgicale du Groupe Clinifutur (GCF). En effet, la réglementation impose aux unités chirurgicales la clause d'une unité de réanimation « CB ». Cependant l'île de la Réunion a deux autorisations d'unité de réanimation au CHU Nord et Sud « MA ».

- **MA/CB: Centre Hospitalier Universitaire Nord « A » et Centre Hospitalier Gabriel Martin « B »**

Une alliance stratégique entre deux établissements publics. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHUR) « A » représenté par le site de Bellepierre à Saint Denis et le centre Hospitalier Gabriel Martin (CHGM) « B » à Saint Paul dans l'ouest. Le CHGM envoie les examens afin d'obtenir des avis de spécialistes du CHU en cancérologie. En effet, ce centre hospitalier possède un service spécialisé en cancérologie « MA »

- **OA/OB/MA/MB: Groupement Hospitalier Est Réunion (GHER) « A » et Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion (E.P.S.M.R) « B ».**

Il s'agit d'une alliance stratégique entre deux établissements publics à savoir le GHER « A » et l'EPSMR « B ». Ce rapprochement a pour objectif d'assurer la prise en charge des patients du centre hospitalier souffrant des problèmes psychiatriques « OA » mais également pour assurer la prise en charge des soins physiques des patients de l'EPSMR « OB ». Pour atteindre ces objectifs, les deux établissements proposent leurs services l'un envers l'autre. En effet le GHER met à la disposition de l'EPSMR deux praticiens d'une façon régulière (MA). En contrepartie l'équipe de l'EPSMR intervient au sein du GHER en cas de nécessité pour une évaluation psychiatrique « MB ». Ci- dessous le tableau récapitulatif des alliances stratégiques:

**(Tableau 6. Récapitulatif des alliances stratégiques bidimensionnelles)**

**4.3. Les alliances stratégiques tridimensionnelles.**

Dans cette partie, nous présenterons les formes d'alliances stratégiques tridimensionnelles dégagées de notre analyse sur les organisations sanitaires à l'île de la Réunion. Ces dernières s'appuient sur trois dimensions. Les différentes formes que nous exposerons dans cette partie se basent sur les objectifs de A et/ou de B, et sur les moyens de A et/ou de B et sur le contexte de A et/ou de B. La combinaison de ces trois dimensions donne naissance à une alliance stratégique tridimensionnelle entre organisation sanitaire A et organisation sanitaire B. Nous avons dégagé 6 formes d'alliances stratégiques tridimensionnelles. Nous exposerons avec plus de détails ces spécificités.

- **OA/CB/MB: Plusieurs Etablissements Publics et Privés et L'Association de Soins à Domicile à la Réunion (ASDAR)**

Une alliance stratégique entre un établissement public et un établissement privé « A » et l'ASDAR « B ». Cet dernier est composé d'une équipe spécialisée (infirmiers, kinésithérapeute, etc.) « MB ». L'établissement prend en charge les patients des hôpitaux et des cliniques permettant ainsi de dimi-

nuer le taux d'occupation des lits dans ces derniers « OA ». Ainsi, le contexte social et la mentalité des réunionnais favorisent une prise en charge des patients à domicile « CB ».

- **OA/CB/MB/CA: Centre Hospitalier Réunion (CHUR) Sud « A » et Clinique de Sainte Clotilde « B ».**

Plusieurs dimensions sont derrière la naissance d'une alliance stratégique publique-privée entre le CHUR situé Saint Pierre « A » et la clinique de Sainte Clotilde faisant partie du Groupe Clinifutur (GCF) « B » dans le domaine de la cancérologie pour l'accès à la radiothérapie. D'une part, le contexte des deux organisations « CA » et « CB ». En effet, l'autorisation de la radiothérapie existe dans deux structures à l'île de la Réunion. La première est au sein du CHUR « A » et la deuxième est à la clinique Sainte Clotilde « B ». Suite à plusieurs raisons, l'activité de radiothérapie du CHU Sud a été suspendue. Face à cette fermeture, le CHU Sud cherche à assurer « OA » le suivi des patients habitués de cette structure. Cet objectif a été concrétisé par le recours aux moyens de la clinique Sainte Clotilde « MB ».

- **OA/OB/MB/CB: Centre Hospitalier Universitaire Réunion CHUR « A » et Clinique de Saint Joseph « B ».**

Une alliance stratégique entre deux établissements public et privé à savoir: le CHU Sud de Saint Pierre « A » avec la clinique de Saint Joseph appartenant au Groupe Clinifutur (GCF) « B ». En effet, la clinique de Saint Joseph « B » a développé une structure de soins de suite et de réadaptation (SSR) « MB » afin d'assurer le suivi des personnes âgées « OB » mais également pour diminuer le nombre de lits occupés « OA ». En effet, l'absence d'une structure de réadaptation polyvalente dans le territoire sud de la Réunion incite le GCF à proposer cette activité « CB ».

- **OA/OB/MA/CA/CB: Etablissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR) « A » et Centre Hospitalier Mayotte (CHM) « B ».**

Il s'agit d'une alliance stratégique entre deux établissements publics à savoir l'EPSMR « A » et le CHM « B ». En effet, le développement de l'offre de soins psychiatriques portée par le centre hos-

pitalier de Mayotte (CHM) se présente parmi les priorités du Projet Régional de Santé (PRS) pour la période 2012-2016 « OA ». A cet égard, la proximité géographique des deux îles « CA » et « CB » favorise un rapprochement entre ces établissements permettant ainsi au CHM de remplir cet objectif et accéder aux compétences des spécialistes réunionnais dans l'activité de la santé mentale « MB ». Mais aussi favorise le renforcement des relations entre ces derniers aux services des patients réunionnais « OA » et Mahorais « OB ».

- **MA/OB/CA/CB : Le Centre Hospitalier Universitaire Réunion (CHUR) « A » et Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) « B ».**

Une alliance stratégique entre deux établissements publics de l'océan Indien. Ce rapprochement entre le CHUR « A » et le CHM « B » est évident en vertu du contexte géographique des deux îles voisines « CA », « CB ». En effet, les deux départements français Réunion-Mayotte se situent à la zone Sud de l'océan Indien. A cet égard, l'Agence Régionale de Santé océan Indien (ARS) sollicite les établissements de la zone océan Indien pour des rapprochements surtout face à un contexte difficile comme celui de Mayotte caractérisé par une forte immigration irrégulière « CB » d'où le besoin d'un soutien réunionnais. Ce rapprochement favorise au CHM le renforcement de l'offre de soins à Mayotte grâce à une organisation des missions d'expertise et d'appui « OB ». Ces missions permettent aux personnels du CHM d'échanger avec les spécialistes du CHUR « MA ». Egalement, le CHUR accueille fréquemment des professionnels et des personnels du CHM pour des stages et des formations « MA ».

- **CA/CB/MA/MB/OA/OB: CHUR: Centre Hospitalier Bellepierre Nord « A » et Centre Hospitalier Sud Réunion « B ».**

Une alliance stratégique entre le Centre Hospitalier Bellepierre à Saint Denis dans le nord de l'île « A », et le Centre Hospitalier Saint Pierre dans le sud de l'île « B ». Cette alliance donne naissance au Centre Hospitalier Universitaire Réunion (CHUR). Ainsi, le CHUR est né suite à une volonté

politique et un contexte géographique et socio-démographique « CA » et « CB » cherchant à construire un seul territoire sur l'île de la Réunion « OA », « OB » en regroupant les deux établissements sous une seule direction « MA », « MB ». Le tableau ci-dessous regroupe les alliances tridimensionnelles identifiées. (**Tableau 7. Récapitulatif des alliances tridimensionnelles**)

Nous avons dégagé 16 formes d'alliances stratégiques. Ces formes vont recouvrir des dimensions différentes. L'alliance peut alors se présenter, le plus souvent pour atteindre ou partager les moyens, mais aussi pour réaliser des objectifs ou encore pour faire face à un contexte. Nous avons mis en évidence ces trois dimensions qui émergent de notre processus d'analyse. Nous avons dégagé ainsi trois formes d'alliances unidimensionnelles. Ensuite, nous avons dégagé sept formes d'alliances bidimensionnelles. Enfin, nous avons dégagé six formes d'alliances tridimensionnelles. Le tableau ci-dessous résume nos résultats.

**(Tableau 8 : Approche typologique des alliances stratégiques validées)**

## **5. DISCUSSION**

Notre objectif de recherche ne se limite pas à la description des relations d'alliances, nous escomptons plutôt comprendre les liens qui peuvent exister entre les différentes dimensions en se concentrant sur le contenu permettant ainsi de dégager les formes. Nous avons dégagé quarante neuf formes d'alliances stratégiques. L'analyse des données secondaires et de vingt trois entretiens semi-directifs menés avec les acteurs du secteur sanitaire à l'île de la Réunion, nous ont permis de valider seize formes d'alliances stratégiques. D'abord les alliances unidimensionnelles qui concernait trois configurations et se référait à la présence d'une seule dimension déclencheuse (Objectif ou Moyen ou Contexte). Ensuite, l'alliance bidimensionnelle qui présentait sept formes et se rapportait à la combinaison des deux dimensions déclencheuses (Objectifs et/ou Moyen et/ou Contexte). Enfin l'alliance tridimensionnelle qui touchait six formes d'alliances et se manifestait par la présence des trois dimensions déclencheurs (Objectifs et Moyens et Contexte).



D'abord, nos résultats valident totalement les formes d'alliances unidimensionnelles. Ainsi, plusieurs auteurs (Golden et Dollinger, 1993; Dussauge et Garrette, 1995 ; Tsang, 1999) ont proposé des typologies d'alliances en se basant uniquement sur les moyens intangibles. Toutefois dans cette forme d'alliance, nous avons dégagé également les moyens tangibles aussi bien que les moyens intangibles (MA/MB). Ensuite, nos résultats portant sur la forme d'alliance stratégique en se basant sur les objectifs commun ou spécifique à chaque partenaire (OA/OB) sont confirmés et rejoignent les travaux de (Lavalette et Niculescu, 1999). Cependant, nos résultats portent sur des objectifs généraux et d'autres spécifiques au secteur sanitaire. Enfin, nos résultats portant sur la forme dont le contexte est à l'origine d'une relation d'alliance stratégique (CA/CB) rejoignent les travaux de Anastassopoulos et *al.*, (1985) et Ceuille, (2002). Toutefois, nous ajoutons le contexte géographique d'alliance.

Nos résultats confirment la présence de sept formes bidimensionnelles dans le secteur sanitaire et valident partiellement notre proposition conceptuelle. Ces formes se répartissent en deux configurations. Le premier groupe se base sur deux dimensions à savoir les Moyens et le Contexte. Le deuxième groupe se base sur deux dimensions à savoir les Moyens et les Objectifs. Ces derniers viennent confirmer la littérature qui a établi la relation étroite entre les moyens et les objectifs (Reed et De Fillippi, 1990). Cependant, nous distinguons dans nos résultats entre les dimensions recherchées par l'entreprise A et les dimensions recherchées par l'entreprise B. En effet, nos résultats montrent que derrière l'engagement dans des relations d'alliance, les partenaires n'ont pas forcément les mêmes dimensions de base. Deux formes identifiées partagent ces idées (MA/CB, CA/MB). Comme ils peuvent partager les mêmes dimensions de base (CA/CB/MA/MB) ou encore ils partagent partiellement les dimensions de base c'est la forme (CA/MA/MB).

Enfin, nos résultats portant sur les formes d'alliances tridimensionnelles sont rarement présents dans la littérature. A cet égard, la typologie proposée par Golden et Dollinger (1993) intègre les trois dimensions précitées pour distinguer les formes d'alliances, toutefois aucune forme des rela-

tions proposées ne combine les trois dimensions de base (Objectif, Moyen et Contexte). En effet, les typologies d'alliances stratégiques citées dans la littérature antérieures sont basées sur le type d'activité collaborative, les caractéristiques des partenaires ou la structure juridique, en revanche, délimitent rarement des différences importantes dans la façon dont le travail collaboratif est organisé entre les partenaires (Albers et *al.*, 2016). D'ailleurs, la forme d'alliance stratégique tridimensionnelle la plus citée (OA/OB/MA/MB/CA/CB) dans la littérature sous le terme « fusion ».

Dans l'ensemble, nous avons détecté une forte présence de la dimension contexte dans le secteur sanitaire. En effet, parmi les seize formes d'alliances stratégiques dégagées, onze incluent la dimension contexte qui se présente comme un élément déclencheur d'une alliance stratégique. Ainsi, les chercheurs antérieurs ont étudié le contexte économique (Doz et Hamel, 2000), technologique (Doz et Hamel, 2000 ; Britto, 2002) et concurrentielle incitant à la naissance des relations d'alliances. Toutefois, l'accent n'a pas été mis par les chercheurs antérieurs sur le contexte politique, législatif et géographique à l'origine d'une alliance stratégique.

Toutefois, nous n'avons pas validées trente trois formes d'alliances stratégiques. Ces derniers peuvent émerger dans d'autres études empiriques ou d'autres secteurs d'activité. Cette réflexion trouve son inspiration du tableau des éléments périodiques de Mendeleïev validé à fur et à mesure avec l'évolution du contexte (technologique, scientifique, etc.) Ainsi, nous estimons que les formes d'alliances stratégiques que nous n'avons pas valider peuvent exister entre d'autres organisations sanitaires ou encore dans d'autres secteurs d'activités. Mais aussi elles peuvent émerger dans le temps avec l'évolution du contexte, des moyens et des objectifs des organisations. En effet, les enjeux liés à cette option stratégique sont considérables. De nouvelles configurations apparaissent et modifient en profondeur le mode de fonctionnement des entreprises. A cet égard, les alliances stratégiques remettent en cause les modes de fonctionnement « traditionnels » des entreprises en induisant de nouvelles exigences (Mayrhofer, 2007) et formes de gestion.

## **CONCLUSION**

La revue de la littérature non exhaustive portant sur les alliances stratégiques présentée au début de cet article contient plusieurs propositions typologiques. Cependant un manque de conceptualisation apparaît. A cet égard, les chercheurs antérieurs proposent des typologies d'alliances stratégiques sur la base des objectifs spécifiques ou communs aux alliés et/ou au partage et échange d'un éventail de moyens possibles et/ou à visée d'adaptation à un contexte ou encore la combinaison de ces dimensions. En conséquence, nous soulignons l'absence de discernement de la typologie d'alliance stratégique. A cela, nous avons identifié une tendance explicative des alliances stratégiques selon des modèles d'analyse partiels. En effet, les chercheurs antérieurs ont mobilisé des modèles d'analyses en s'appuyant sur les objectifs et/ou sur les moyens et/ou ou sur le contexte ou encore la combinaison de ces dimensions afin de comprendre l'alliance stratégique.

Ce manque de consensus au niveau des modèles d'analyse et la typologie d'alliance débute avec la définition même des alliances stratégique. Cette dernière a toujours été une question controversée, qui se reflète dans les multiples approches en publications professionnelles et académiques. L'absence de consensus dans les définitions est en grande partie due aux raisons des nombreuses formes d'alliances apparentées à différentes caractéristiques (Hilte et Mardjan, 2007 ; Franco et Haas, 2015). En conséquence, une ambiguïté apparente réside sur les formes sous la terminologie « alliance stratégique » (Rhodes et Lush, 1997).

Sur la base des lacunes constatées dans les recherches théoriques et empiriques antérieures, nous avons développé un modèle intégratif permettant de proposer une typologie exhaustive des alliances stratégiques. Cette dernière englobe les différentes formes que peuvent prendre une relation d'alliance, avec pour ambition, d'expliquer le phénomène dans toute sa complexité et dans son ensemble en mobilisant le modèle SMOCS.

Ce travail avait pour viser une appréhension et une meilleure connaissance des formes d'alliances stratégiques à travers l'analyse des dimensions de base de cette dernière et leur impact sur la configuration des alliances stratégiques. Les résultats de cette recherche peuvent déboucher sur de nom-

breuses préconisations managériales et différents éclairages. D'une part, la typologie d'alliance stratégique permet de piloter les décideurs et les managers. Ce guidage est dans la mesure où ces derniers souhaitent investir dans les alliances stratégiques, quant aux choix de la relation d'alliance en lien avec les objectifs de l'alliance, les moyens déployés ou souhaités et à la complexité de contexte environnemental. Il s'agit d'une contribution méliorative à l'appréciation de la terminaison des types d'alliances offrant des implications managériales d'importance en faveur d'une investigation constitutive sur les types d'alliances et projection de l'impact des différentes stratégies. D'autre part, la typologie des alliances stratégiques présentée dans ce travail pourrait aider à l'édification d'un bilan de situation de l'alliance de l'entreprise, lequel contribuera, à son tour, à la réussite de la relation d'alliance. D'ailleurs, Doz et Hamel (1998) dans l'introduction de leur livre stipule: « L'alliance stratégique est désormais la pierre angulaire de la compétitivité sur les marchés mondialisés, et tous les chefs d'entreprise ».

Notre recherche est caractérisée par des nombreux apports mais également de nombreuses limites relatives à la démarche théorique et méthodologique. En premier lieu, notre recherche inclut des limites d'ordre théorique relative au modèle mobilisé. En effet, seul l'aspect statique du modèle SMOCS fut mobilisé afin de construire la typologie d'alliance stratégique qui se limite à deux alliés. En second lieu, des limites d'ordre méthodologique porte sur le caractère mono-sectoriel (secteur sanitaire) et régional (île de la Réunion) liée à cette recherche. En effet, malgré la possibilité de généralisation des résultats, le caractère spécifique de notre terrain de recherche peut limiter cette généralisation.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Albers, S., Wohlgezogen, F., & Zajac, E.J. (2016). Strategic alliance structures: An organization design perspective, *Journal of Management*, 42(3), p 582-614.

Anastassopoulos, J.P., Blanc, G., Nioche, J.P. & Ramanantsoa, B., (1985). Pour une nouvelle politique d'entreprise, PUF, Paris.

Bengtsson, M., & Kock, S. (2000), Coopetition" in business Networks—to cooperate and compete simultaneously, *Industrial marketing management*, 29 (5), p 411-426.

- Britto, J. (2002). Cooperação Interindustrial e Redes de Empresa. IN: KUPFER, D. HASENCLEVER, L. Economia Industrial: fundamentos teóricos e prática no Brasil. Rio de Janeiro: Campus.
- Corbin, J., & Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons and evaluative criteria. *Zeitschrift für Soziologie*, 19(6), p 418-427.
- Cueille, S. (2002). L'engagement des hôpitaux publics français dans des stratégies d'alliance: construction et test d'un modèle d'analyse. *Revue Finance Contrôle Stratégie*, 5(2), p 5-31.
- Culpan, R. (2009). A fresh look at strategic alliances: research issues and future directions. *International Journal of Strategic Business Alliances*, 1(1), p 4-23.
- Dan, S. M., & Zondag, M. M. (2016). Drivers of alliance terminations: An empirical examination of the biopharmaceutical industry. *Industrial Marketing Management*, 54, p 107-115.
- Das, T.K., (1986). *The Subjective Side of Strategy Making: Future Orientations and Perceptions of Executives*. Praeger, New York.
- Das, T. K. & Teng, B. S. (2001). A risk perception model of alliance structuring, *Journal of International Management*. 7, (1), p 1-29.
- Dixon-Woods, M., Bonas, S., Booth, A., Jones, D. R., Miller, T., Sutton, A. J & Young, B. (2006). How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qualitative Research*, 6(1), p 27-44.
- Dussauge P., & Garrette. B (1991), Alliances stratégiques, mode d'emploi, *Revue Française de Gestion*, 85, p 4-18.
- Dussauge, P., & B. Garrette (1995), Determinants of success in international strategic alliances: Evidence from the global aerospace. *Industry Journal of International Business Studies*, 26, p 505-530.
- Dussauge, P., Garrette, B., & Mitchell, W. (2000), Learning from competing partners: Outcomes and durations of scale and link alliances in Europe, North America and Asia, *Strategic Management Journal*, 21(2), p 99-126.
- Doz, Y. L., & Hamel, G. (2000). *L'avantage des alliances: logiques de création de valeur*. Dunod.
- Dyer. J.H, Kale. P & Sing. H (2001). How To Make Strategic Alliances Work, *Research Feature*
- Evans, N. (2001), Collaborative strategy: an analysis of the changing world of international airline alliances, *Tourism Management*, 22(3), p 229-243.
- Franco, M., H. Haase (2015), Interfirm Alliances: A Taxonomy for SMEs, *Long Range Planning*, 48(3), 168-181.
- Hilte, C., & Mardjan, M. (2007), An overview of alliance forms: Towards an unified typology?. *Business Management Support Foundation*, Netherlands.
- Jiang, X., Li, Y. & Gao, S. (2008). The stability of strategic alliances: Characteristics, factors, and stages. *Journal of International Management*, 14 (2), p.173-189
- Kanter, R. M. (1994). Collaborative advantage. *Harvard Business Review*, 72(4), p 96-108.
- Klein. A (2015). Le deuxième dividende démographique à La Réunion : un levier de développement économique ?. *Colloque International de l'O.S.O.I. « Dire l'océan Indien »*. 5 et 6 novembre.
- Lavalette, G., & Niculescu, M. (1999). *Les strategies de croissance*. Les Ed. d'Organisation.
- Lima, F. G. S. N., & C. Filho, L. A. N. (2009). Mapping the Contemporary Studies on Alliances and Strategic Networks. *Review of Business Management*, 11(31), p 168-182.

- Mazzali, L., & Costa, V. M. H. M. (1997). As formas de organização “em rede”: configuração e instrumento de análise da dinâmica industrial recente. *Revista de Economia Política*, 17(4), p 68.
- Mudambi, S. M., Oliva, T. A., & Thomas, E. F. (2009). Industrial marketing firms and knowledge transfer: Toward a basic typology of community structures. *Industrial Marketing Management*, 38(2), 181-190.
- Mohr J. & Spekman R. (1994). Characteristics of Partnership Success: Partnership Attributes, Communication Behaviour and Conflict Resolution Techniques, *Strategic Management Journal*, 15 (Feb), p135-152
- Mogalakwe, M. (2006). The Use of Documentary Research Methods in Social Research. *African Sociological Review*, 10(1), p 221-230
- Noel A. & Zhang J. (1993). Alliances stratégiques : Une bibliographie thématique, *Cahier de recherche, CE-TAI (HEC Montréal)*, Juin.
- Parkhe, A. (1991). Interfirm diversity, organizational learning, and longevity in global strategic alliances. *Journal of International Business Studies*, 22(4), p 579-601.
- Perlmutter, H. V., & Heenan, D. A. (1986). Cooperate to compete globally. *Harvard Business Review*, 64(2), p 136-152.
- Puthod, D. (1995), Les alliances de PME: stratégie de développement et implications managériales, Doctoral dissertation, Chambéry. résilience: Illustration au travers du cas Voiles d’Oc. *Revue de l’Entrepreneuriat*, 5(1), p 59-72.
- Hagedoorn, J. (1993). Understanding the rationale of strategic technology partnering: inter-organizational modes of cooperation and sectoral differences. *Strategic Management Journal*, 14, p 371–385.
- Garrette B & Dussauge, P. (1995), Les stratégies d’alliance, Éditions d’Organisation, Paris.
- Golden, P. A., & Dollinger, M. (1993). Cooperative alliances and competitive strategies in small manufacturing firms. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 17(4), p 43-57.
- Glaister, K. W., & Buckley, P. J. (1998). Measures of performance in UK international alliances. *Organization Studies*, 19(1), p 89-118.
- Gulati, R. (1998). Alliances and networks. *Strategic Management Journal*, 19(4), p 293-317.
- Gnyawali, D. R., & Park, B. J. R. (2009). Co-opetition and technological innovation in small and medium-sized enterprises: A multilevel conceptual model, *Journal of Small Business Management*, 47(3), p 308-330.
- Kauser, S. & Shaw, V. (2004). The influence of behavioural and organisational characteristics on the success of international strategic alliances. *International Marketing Review*, 21(1), p 17-52.
- Gudmundsson, S. V., & Rhoades, D. L. (2001). Airline alliance survival analysis: typology, strategy and duration. *Transport Policy*, 8(3), p 209-218.
- Rangan, U. S., & Yoshino, M. Y. (1996). Forging alliances: A guide to top management. *The Columbia Journal of World Business*, 31(3), p 6-13.
- Rispa, M. H. (2002). La méthode des cas: application à la recherche en gestion. De Boeck Supérieur.
- Ring, P. S. & Van De Ven, A. H. (1994), Develop McCutcheon Jr et Swamidass (2004) mental processes of cooperative interorganizational relationships, *Academy of Management Review*, 19(1), 90-118.
- Rhoades, D. L., & Lush, H. (1997), A typology of strategic alliances in the airline industry: Propositions for stability and duration, *Journal of Air Transport Management*, 3(3), 109-114.
- Roussel. P & Wacheux. F (2005), Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales - De Boeck Supérieur

- Smida, A. (1995), Ingrédients de prospective et leviers de stratégie, in A. Noël, P. Véryet M. Wissler (dir.), Perspectives en Management Stratégique, Tome III, Economica, p 455-483
- Smida, A. (2007), SMOCS, un modèle de management anticipatif stratégique pour piloter l'organisation dans des environnements complexes, 6ème Colloque International de l'Association Tunisienne des Sciences de Gestion, Hammamet, Tunisie.
- Smida, A, & Gomez-Méjia, A (2010). Entreprise stressée. Un essai de conceptualisation et une typologie Management & Avenir 5 (35), p 130-148.
- Smida, A, & Khelil, N (2010). Repenser l'échec entrepreneurial des petites entreprises émergentes : proposition d'une typologie s'appuyant sur une approche intégrative, Revue internationale P.M.E. : économie et gestion de la petite et moyenne entreprise, 23(2), p 65-106.
- Smida, A, & Mezraoui, W (2015), Quelles alternatives aux modes de financement traditionnels pour les jeunes entreprises innovantes ? Entreprendre & Innover, 2(25), p 21-34.
- Tsang, E. W. (1998) Motives for strategic alliance: A resource-based perspective, Scandinavian Journal of Management, 14(3), p 207-221.
- Tsang, E. W. (1999), A preliminary typology of learning in international strategic alliances, Journal of World Business, 34(3), p 211-229.
- Yoshino, M. & Rangan, U. (1995), Strategic Alliances: An Entrepreneurial Approach to Globalization, MIT Sloan Management Review, 36(4), p 103.
- Ulrich, D. (1983), Governing transactions: a framework for cooperative strategy, Human Resource Management, 22(1-2). p 23-40.
- Varadarajan, P. R., & Cunningham, M. H. (1995), Strategic alliances: a synthesis of conceptual foundations, Journal of the Academy of Marketing Science, 23(4), p 282-296.
- Viana, F. S & Souki, G. O (2015). Proposal for an interactive analysis model of training and management of strategic alliances. Business Management Dynamics. 4 (7), p 12-23.
- Vyas, N. M., Shelburn, W. L., & Rogers, D. C. (1995). An analysis of strategic alliances: forms, functions and framework, Journal of Business & Industrial Marketing, 10(3), p 47-60.
- Wang, Z. H. & Evans, M., 2002. Strategic classification and examination of the developments of current airline alliance activities. Journal of Air Transport Management 7(3), 73-101.
- Whipple, J. M., & Frankel, R. (2000). Strategic Alliance Success Factors. Journal of Supply Chain Management. 36 (2) June. p 21-28.
- Wigley, S. M., & Provelengiou, A. K. (2011). Market-facing strategic alliances in the fashion sector. Journal of Fashion Marketing and Management, An International Journal, 15(2), p 141- 162.
- Zamir, Z., Sahar, A., & Zafar, F. (2014). Strategic Alliances; A Comparative Analysis of Successful Alliances in Large and Medium Scale Enterprises around the World. Educational Research International, 3(1) February
- Zouabi, B & Smida A (2016), Les alliances stratégiques : proposition d'une typologie en s'appuyant sur une approche intégrative « SMOCS » 25ème Conférence Internationale de Management Stratégique(AIMS) - Hammamet, 30 mai-1er Juin